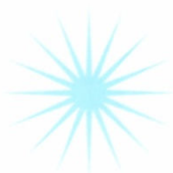
Peste 1 milion de exemplare vândute

De la CLINICA MAYO
cele mai noi informaţii medicale

GHIDUL SĂNĂTĂŢII FAMILIEI



Ediţia a 3-a
Complet revizuită şi adăugită

CLINICA MAYO

GHIDUL SĂNĂTĂŢII FAMILIEI

GHIDUL SĂNĂTĂŢII FAMILIEI

Dr. Scott C. Litin



Traducere de:
Adriana Muşat
Dragoş Radu
Andrei Vlad Vasilescu

Ediţia a 3-a



MAYO CLINIC FAMILY HEALTH BOOK
Scott C. Litin

GHIDUL SĂNĂTĂŢII FAMILIEI
Scott C. Litin

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
LITIN, SCOTT C.
Ghidul sănătăţii familiei / Scott C. Litin;
trad.: Adriana Muşat, Dragoş Radu, Andrei Vlad Vasilescu. -
Bucureşti: BIC ALL, 2006
Index
ISBN (10) 973-571-646-1; ISBN (13) 978-973-571-646-2

I. Muşat, Adriana (trad.)
II. Radu, Dragoş (trad.)
III. Vasilescu, Vlad Andrei (trad.)

616

Editura **BIC ALL** — Bucureşti
Bd. Constructorilor nr. 20A, sector 6, cod 060512
Tel.: 402.26.00
Fax: 402.26.10

Departamentul difuzare: Tel.: 402.26.34, 402.26.30

Comenzi la: comenzi@all.ro
www.all.ro

Redactor: dr. Bianca Vasilescu
Design coperta: Alexandru Novac

Cuvânt înainte

Noi toţi cei de la Clinica Mayo suntem fericiţi şi mândri în a vă recomanda această carte. Această ediţie nouă şi revizuită a lucrării „Ghidul sănătăţii familiei" conţine informaţii aduse la zi despre mai mult de 1000 de afecţiuni şi tulburări, alături de importante sfaturi despre îngrijirile profilactice în scopul menţinerii unei stări bune de sănătate.

Clinica Mayo şi-a bazat întotdeauna practica medicală pe satisfacerea nevoilor unice ale fiecărui pacient şi oferirea posibilităţii ca fiecare persoană să poată lua decizii în ceea ce priveşte propria sănătate. În anul 1932, dr. Charles H. Mayo a spus: „Scopul educaţiei pentru sănătate este de a schimba comportamentul bărbaţilor, femeilor şi copiilor învăţându-i să se îngrijească şi de propriul lor corp". Cu această misiune educaţională şi cu profunzimea cunoştinţelor experienţei şi practicii medicale, Clinica Mayo ocupă o poziţie de neegalat ca sursă de informaţii în domeniul medical. Din anul 1983, Clinica Mayo a publicat informaţii de încredere şi pe înţelesul tuturor de care au beneficiat milioane de oameni, prin intermediul buletinelor informative, cărţilor şi serviciilor online. Beneficiile rezultate din activitatea publicistică sunt folosite pentru susţinerea programelor Clinicii Mayo, inclusiv cele de educaţie pentru sănătate şi cercetare medicală.

Clinica Mayo cuprinde mai mult de 45 000 de medici, cercetători, asistente medicale şi alt personal de sprijin, aflaţi în principalele trei sedii: Rochester (Minnesota), Jacksonville (Florida) şi Scottsdale (Arizona), precum şi în cabinetele de îngrijire a sănătăţii din comunităţile regionale.

În numele tuturor persoanelor care alcătuiesc marea familie a profesioniştilor în îngrijirea medicală ai Clinicii Mayo vă mulţumim că aţi ales această ultimă ediţie a lucrării „Ghidul sănătăţii familiei".

Denis A. Cortese, M.D.
President and Chief Executive Officer
Mayo Foundation

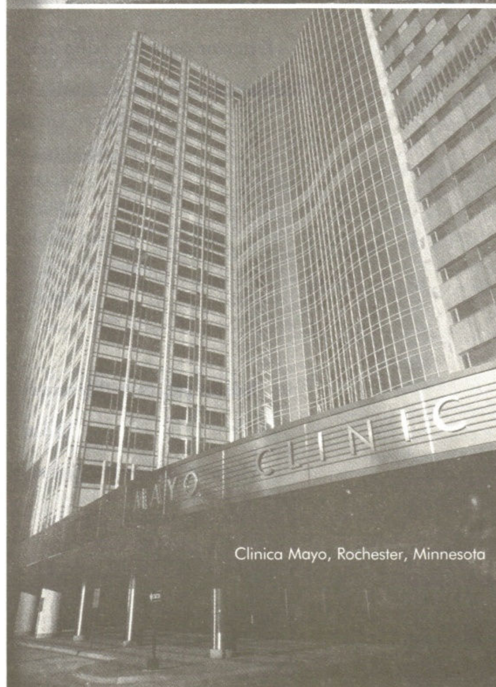
Hugh C. Smith, M.D.
Chair, Rochester Board of Governors

George B. Bartley, M.D.
Chair, Jacksonville Board of Governors

Victor F. Trastek, M.D.
Chair, Scottsdale Board of Governors


Clinica Mayo, Scottsdale, Arizona


Clinica Mayo, Jacksonville, Florida



Clinica Mayo, Rochester, Minnesota

Colectivul editorial

Editor şef	Scott Litin, M.D.
Editor asociat	Kenneth Berge, M.D.
Director editorial	Karen Wallevand
Copy editor	Mary Duerson
Corectori	Miranda Attlesey Donna Hanson Judith Shuster
Director de creaţie	Daniel Brevick
Art Directori	Brian Fyffe Stewart Koski Paul Krause Christopher Srnka
Ilustraţii	Kent McDaniel
Ilustraţii medicale	Stephen Graepel John Hagen Michael King M. Alice McKinney
Fotografii	James Bambenek Mary Frantz Elman Hanken Joseph Kane Richard Madsen Carol Sparrow Randy Zeigler
Director cercetări editoriale	Deirdre Herman
Bibliotecari cercetări editoriale	Anthony Cook Michelle Hewlett
Colaboratori	Rachel Bartony Lee Engfer Rebecca Gonzalez-Campoy Regina Martinez Stephen Miller Anne O'Connor Susan Rodsjo Robin Silverman
Editor şef, carte/literatură	Christopher Frye
Index	Cohen & Carruth Inc.
HarperCollins Publishers	Leah Carlson-Stanisic, Design Manager Penelope Haynes, Senior Production Editor Karen Lumley, Senior Production Manager Donna Ruvituso, Executive Managing Editor Toni Sciarra, Senior Editor

Editori asistenţi

Robert Albright, D.O., Nefrologie
Charles Beatty, M.D., Otorinolaringologie
W. Mark Brutinel, M.D., Boli pulmonare
Helmut Buettner, M.D., Oftalmologie
Jane Carlon, M.D., Radiologie
April Chang-Miller, M.D., Reumatologie
Maria Collazo-Clavell, M.D., Endocrinologie
Wyatt Decker, M.D., Medicină de urgenţă
Paul Friedman, M.D., Boli cardiovasculare
Lawrence Gibson, M.D., Dermatologie
Philip Hagen, M.D., Medicină preventivă
Roger Harms, M.D., Obstetrică şi ginecologie
Jay Hoecker, M.D., Pediatrie
Robert V. Johnson, M.D., Neonatologie
Pamela Karnes, M.D., Genetică medicală
John E. King, M.D., Gastroenterologie şi Hepatologie
Keith Kramlinger, M.D.,Psihiatrie
Leo Kupp, D.D.S., Specialităţi stomatologice
Edward Laskowski, M.D., Medicină fizică şi recuperatorie
James Li, M.D., Alergologie
David P. Martin, M.D., Anestezie/Clinica durerii
Timothy Moynihan, M.D., Oncologie
Jennifer K. Nelson, R.D., Nutriţie
Todd Nippoldt, M.D., Endocrinologie
Donald Novicki, M.D., Urologie
Ronald Petersen, M.D., Neurologie
S. Vincent Rajkumar, M.D., Hematologie
Deborah Rhodes, M.D., Medicină internă/Clinica sânului
Robert Sheeler, M.D., Medicină de familie
Sheldon Sheps, M.D., Hipertensiune
Michael Stuart, M.D., Ortopedie
Jerry Swanson, M.D., Neurologie
Paul Takahashi, M.D., Medicină internă/Geriatrie
Zalalem Temesgen, M.D., Boli infecţioase
Donald Williams, Ph.D., Psihologie

Colaboratori suplimentari

Administraţie şi jurişti
Rick Colvin
Richard Edwards
Sara Gilliland
Daniel Goldman, J.D.
James Hale Sr.
David E. Larson, M.D.
Kathleen Meyerle, J.D.
Vicki Moore
Steven Stenhaug

Anatomie
Stephen Carmichael, Ph.D.
Wojciech Pawlina. M.D.

Anestezie
Keith Berge, M.D.

Boli cardiovasculare
Thomas Allison, Ph.D.
John Bresnahan, M.D.
Brooks Edwards, M.D.
Raymond Gibbons, M.D.
David Holmes Jr., MD
Stephen Kopecky, M.D.
Thomas Kottke, M.D.
Thom Rooke, M.D.
Ray Squires, Ph.D.
Lois Thorkelson, R.N.
Douglas Wood, M.D.
R. Scott Wright, M.D.

Servicii religioase
Warren Anderson, M.Div.

Specialităţi stomatologice
Kevin Reid, D.M.D.
Phillip Sheridan, D.D.S.
Victoria Zook

Dermatologie
Jayne Feind
Henry Randle, M.D.
Randall Roenigk, M.D.
Donna Whipple
Patricia Witman, M.D.

Otorinolaringologie
Ann Anderson
Christopher Bauch, Ph.D.
David Fabry, Ph.D.
Ray Gustafson, M.D.
Kathryn Kerst
AnnaMary Peterson
Jon Shallop, Ph.D.

Servicii de urgenţă
Julia Rosekrans, M.D.

Endocrinologie
Bart Clarke, M.D.
Donald Hensrud, M.D.
Pasquale Palumbo, M.D.

Medicină de familie
John Bachman, M.D.
Joseph Furst, M.D.
John Wilkinson, M.D.

Gastroenterologie şi hepatologie
David Ahlquist, M.D.
Albert Czaja, M.D.
Eugene DiMagno, M.D.
Mark V. Larson, M.D.
Edward Loftus Jr., M.D.
Jean Perrault, M.D.
Johnson Thistle, M.D.
William Tremaine, M.D.

Hematologie
Stephen Ansell, M.D.
Angela Dispenzieri, M.D.
Michelle Elliott, M.D.
Morie Gertz, M.D.
Thomas Habermann, M.D.
C. Christopher Hook, M.D.
William Nichols Jr., M.D.
Luis Porrata, M.D.
Rajiv Pruthi, M.D.
Ayalew Tefferi, M.D.

Programe de îngrijire în bolile terminale
Ann Bartlett, R.N.

Resurse umane
M. Kim Bryan, J.D.

Hipertensiune
Gary Schwartz, M.D.

Boli infecţioase
Abinash Virk, M.D.

Medicină internă
Brent Bauer, M.D.
Darryl Chutka, M.D.
Alan Duncan, M.D.
J. Taylor Hays, M.D.
Richard Hurt, M.D.
Ruth E. Johnson, M.D.
Mark Liebow, M.D.
Paul Mueller, M.D.
Robert Orenstein, D.O.
Gregory Poland, M.D.
Sandhya Pruthi, M.D.
Lynne Shuster, M.D.
Janet Vittone, M.D.
Dietlind Wahner-Roedler, M.D.

Medicină de laborator şi anatomopatologie
Robert Kisabeth, M.D.
Carol Reynilds, M.D.

Agent literar
Artur Klebanoff

Mayo Medical Venture
Aleta Capelle
Elizabeth Davies
Richard Dieteman
Michelle Felten
Marne Gade
Carol Gunderson
Mary Hines
Kevin Kaufman
Joey Keillor
Mary Ann Kemp
Vonda LaChance
Laura Long
Carol Olson
Rozella Pearson
Jill Pepelnjak
Gary E. Peterson
S. Rebecca Roberts
Daniel Simmons
Beveryl Steele
Jill Thompson-Riese
Richard Van Ert

Servicii media
Nancy Moltaji

Medicină genetică
Dusica Babovic-Vuksanovic, M.D.

Neurologie
Andreea Adams, M.D.
J. Eric Ahlskog, M.D.
Allen Aksamit, M.D.
Patty Atkinson, M.D.
Raymond Auger, M.D.
James Bower, M.D.
Robert Brown Jr., M.D.
Jeffrey Buchhalter, M.D.
Charles Harper Jr., M.D.
B. Mark Keegan, M.D.
David Kimmel, M.D.
Paola Sandroni, M.D.
Michael Silber, M.D.
Joseph Sirven, M.D.
Elson So, M.D.
Guillermo Suarez, M.D.

Nutriţie
Jenny Buccicone, R.D.
Sara DiCecco, R.D.
Nancy Kaufman, R.D.
Diane L. Olson, R.D.
Jennifer Rogers, R.D.
Charla Schultz, R.D.
Jacalyn See, R.D.

Obstetrică şi Ginecologie
Ann Craighead, R.N.
Susan Crawley, R.N.
Charles Field, M.D.
Margaret Gadient, R.N.
Mary Gallenberg, M.D.
Andrew Good, M.D.
Lori Hoefs, R.N.
Thomas Kastner, M.D.
Elizabeth LaFleur, R.N.
Linda Letts, R.N.
Dawn E. Nelson, R.N.
Kirk Ramin, M.D.
Jerelyn Sehl, R.N.
Cheryl Stuhldreher, R.N.
Ann Teske, R.N.
Eunice Wicks, R.N.

Oncologie
Steven Alberts, M.D.
Donna Betcher, R.N.
Harry Long, M.D.
Randolph Marks, M.D.
Scott Okuno, M.D.
Paula Schomberg, M.D.

Oftalmologie
George Hohberger, M.D.

Ortopedie
Peter Amadio, M.D.
James Graham, D.P.M.
William Shaughnessy, M.D.
Thomas Shives, M.D.

Pediatrie
William Barbaresi, M.D.
Daniel Broughton, M.D.
Robert Jacobson, M.D.
Patricia Simmons, M.D.
Jill Swanson, M.D.
Robert Voigt, M.D.

Servicii Farmaceutice
Tracy Berg, R.Ph.
Todd M. Johnson,Pharm.D.
Joseph Kostick, R.Ph.

Medicină fizică şi recuperatorie
Timothi Madson, P.T.
Jeffrei M. Thompson, M.D.
Gudni Thorsteinsson, M.D.

Psihiatrie şi Psihologie
Ted Laska
Terry Schneekloth, M.D.
Lloyd Wells, M.D.

Boli pulmonare
Eric Edell, M.D.
Paul Scanlon, M.D.

Radiologie
E. Meredith James, M.D.
Gary Miller, M.D.
Kristie Nelson
Steven Williams

Reumatologie
Audrey Nelson, M.D.

Centrul pentru tulburările de somn
Peter Hauri, Ph. D
Timothy Morgenthaler, M.D.
Eric Olson, M.D.

Servicii sociale
Mary Ely

Logopedie
Jack Thomas

Chirurgie
Dudely Davis, M.D.
Richard Devine, M.D.
John Donohue, M.D.
Michael Ebersold, M.D.
Fredric Meyer, M.D.
Christopher Moir, M.D.
Thomas Orszulak, M.D.
Mickel Prieto, M.D.
Geoffrey Thompson, M.D.
Jonathan van Heerden, M.D.

Urologie
Deborah Lightner, M.D.
David Patterson, M.D.

Prefaţă

Noile descoperiri din medicină continuă să ofere mari speranţe. Dezvoltarea tehnologiilor, tehnicilor chirurgicale şi de noi medicamente oferă medicilor şi oamenilor de ştiinţă mai multe şi mai puternice instrumente pentru diagnosticarea şi tratarea bolilor. Astăzi, mai mult ca niciodată, toţi oamenii au o şansă mai bună de a trăi mai mult şi de a avea o viaţă mai sănătoasă.

Dar doar dezvoltarea tehnicilor medicale nu poate garanta o sănătate mai bună. Dumneavoastră încă jucaţi un rol crucial în determinarea sănătăţii şi stării de bine. Chiar mai important decât capacitatea de a trata bolile este abilitatea de a le preveni. Şi acesta este domeniul în care acţiunile dumneavoastră sunt cel mai bine răsplătite. Obiceiurile de viaţă sănătoase, cum ar fi exerciţiile fizice zilnice, o dietă sănătoasă şi controale regulate la medic, reprezintă încă cele mai bune opţiuni pentru a vă bucura de o viaţă îndelungată şi productivă.

„Ghidul sănătăţii familiei" se bazează pe premisa că informaţia este esenţială în menţinerea unei bune stări de sănătate. A treia ediţie a acestei lucrări a fost creată prin revizuirea şi rescrierea unei mari părţi din informaţiile din ediţiile precedente şi prin adăugarea de noi capitole şi secţiuni. Sperăm că această a treia ediţie complet revizuită şi adăugită vă va servi nu doar ca referinţă în momentele de boală, dar vă va fi un ghid pentru a vă ajuta pe dumneavoastră şi pe familia dumneavoastră în a adopta un stlil de viaţă sănătos. Considerăm că cu cât ştiţi mai multe despre organismul dumneavoastră şi despre potenţialele ameninţări asupra sănătăţii dumneavoastră, cu atât mai bine înarmaţi veţi fi pentru a trăi sănătos. În această lucrare veţi găsi informaţii practice şi uşor de înţeles pentru a vă ajuta să rămâneţi productivi şi să luaţi decizii informate în ceea ce priveşte sănătatea dumneavoastră.

Informaţiile oferite de această lucrare nu înlocuiesc vizita la medicul dumneavoastră. Nici o carte nu poate înlocui sfaturile unui medic care v-a evaluat starea generală de sănătate. Scopul acestei lucrări este de a vă ajuta să înţelegeţi mai bine diferitele afecţiuni, tulburări, teste şi tratamente, astfel încât să puteţi comunica mai eficient cu medicul dumneavoastră şi împreună să colaboraţi pentru menţinerea unei mai bune stări de sănătate.

„Ghidul sănătăţii familiei" este bazată pe experienţa a sute de specialişti în sănătate ai Clinicii Mayo şi pe sfaturile pe care ei le oferă pacienţilor lor zi de zi. Adresez mulţumiri speciale tuturor membrilor echipei Clinicii Mayo, care şi-au răpit din timpul lor preţios pentru a oferi sfaturile lor şi îndrumare pe măsură ce pregăteam această nouă ediţie. De asemenea, aduc mulţumiri lui David Larson, M.D., şi David Swanson pentru eforturile lor enorme ca redactor şef şi, respectiv, director editorial, al ediţiilor anterioare ale cărţii.

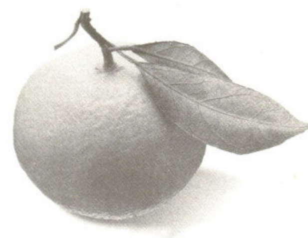
Această carte nu ar fi putut să apară fără dedicaţia şi eforturile depuse de Karen Wallevand, director editorial, şi Kenneth Berge, M.D., editor asociat.

În final, mulţumesc soţiei mele, Jolene, fiicei mele, Cassie, şi fiului meu, Sam. Ei m-au învăţat adevăratul sens al cuvântului familie.

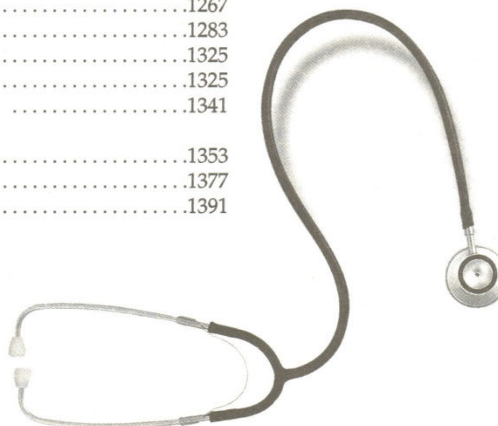
Pentru fiecare şi pentru toţi, sincerele mele mulţumiri pentru un lucru bine făcut.

Scott C. Litin, M.D.

Cuprins







Cum să utilizaţi această carte

Informaţiile cuprinse în această carte sunt organizate în şase părţi, o secţiune de ilustraţii color, un glosar cuprinzător, o secţiune de resurse şi indexul. Pentru a utiliza eficient această lucrare, veţi găsi că vă este de ajutor să înţelegeţi cum sunt aranjate informaţiile.

Partea I: Să trăim corect

Obiceiurile bune reprezintă cheia unei vieţi sănătoase. Partea I cuprinde un ghid practic al unor subiecte cum ar fi: alimentaţia, exerciţiile fizice, controlul greutăţii, stresul şi utilizarea alcoolului, a tutunului şi a altor droguri. Informaţiile din această secţiune au scopul de a vă ajuta să faceţi schimbări sănătoase ale stilului dumneavoastră de viaţă şi să înţelegeţi potenţialele consecinţe ale comportamentelor riscante pentru sănătatea dumneavoastră.

Partea a II-a: Afecţiuni şi îngrijorări frecvente de-a lungul stadiilor vieţii

Fiecare capitol al acestei secţiuni se adresează diferitelor stadii ale vieţii, începând cu perioada de sugar şi mergând progresiv către anii maturităţii şi bătrâneţii. Dacă doriţi să aflaţi mai multe informaţii despre modificările normale ale organismului sau despre unele probleme de sănătate pe care le întâlniţi în perioada copilăriei, la părinţii dumneavoastră sau chiar la dumneavoastră înşivă, aici le puteţi găsi.

Partea a III-a: Interpretarea semnelor şi a simptomelor

De multe ori, este foarte uşor să ne dăm seama despre ceea ce ne provoacă anumite semne şi simptome pe care le avem. De exemplu, strănutul, inflamarea gâtului sau o secreţie nazală abundentă sunt adesea provocate de răceala comună. Alteori, însă, este mai dificil să interpretăm ceea ce ne spune organismul nostru. Această secţiune specială vă ajută să identificaţi mai corect posibilele cauze ale anumitor semne şi simptome.

Partea a IV-a: Primul ajutor şi îngrijirea de urgenţă

Nimeni nu este imun la traumatisme sau urgenţe. Această secţiune specială oferă informaţii pe înţelesul tuturor despre numeroase traumatisme minore, precum şi despre urgenţele majore de sănătate cu care v-aţi putea confrunta la un momentdat.

Ghidul vizual

Această secţiune specială conţine 40 de pagini de ilustraţii color cuprinzând anatomia umană şi multe boli sau tulburări.

Partea a V-a: Boli şi tulburări

În această secţiune cuprinzătoare sunt descrise atât afecţiunile frecvente, cât şi cele mai rar întâlnite. Aici puteţi găsi informaţii detaliate despre anumite boli specifice. Descrierea fiecărei afecţiuni sau tulburări începe cu o enumerare a semnelor şi simptomelor caracteristice, urmată de descrierea bolii şi informaţii despre metodele de diagnostic. De asemenea, este discutat tratamentul specific şi, când este cazul, sunt date informaţii despre măsurile de profilaxie a bolii respective.

Partea a VI-a: Teste şi tratamente

Această secţiune vă ajută să înţelegeţi mai bine examinările frecvente utilizate în evaluarea sănătăţii dumneavoastră şi în identificarea afecţiunilor. De asemenea, sunt descrise principalele forme de tratament, incluzând tratamentul medicamentos, tratamentul chirurgical şi tratamentele alternative. În plus, sunt incluse informaţii despre variate metode de tratament al durerii care însoţeşte bolile cronice.

Glosar şi resurse

La sfârşitul acestei cărţi există un glosar care conţine o listă cuprinzătoare de termeni medicali, anatomici şi de îngrijire medicală. Glosarul este urmat de o listă a organizaţiilor de sănătate (din SUA) care vă pot oferi informaţii adiţionale sau sfaturi despre îngrijorările dumneavoastră.

Index

Indexul detaliat de la sfârşitul cărţii vă uşurează accesul la termenii specifici din text. Indexul cuprinde atât terminologia medicală, cât şi cea nespecifică.

Numele bolii

Pneumonia

Semne şi simptome caracteristice

Semne şi simptome

- Tuse
- Scurtarea respiraţiei
- Dureri toracice (pleurezie)
- Frisoane
- Febră

Descrierea de bază a bolii

Pneumonia este o inflamaţie a ţesutului pulmonar. Ceea ce medicul dumneavoastră numeşte pneumonie poate avea astăzi mai mult de 50 de cauze diferite. Există multe tipuri de pneumonie. Ele variază ca intensitate de la forme blânde la cele ameninţătoare de viaţă.

Pneumonia infecţioasă poate fi produsă de virusuri, bacterii ca penumococi, stafilococi şi streptococi, precum şi de alte microorganisme. Virusurile, inclusiv cele care produc gripă, sunt răspunzătoare de aproape 50% din totalul cazurilor de pneumonie. Iritanţii chimici, paraziţii şi unele tipuri de fungi, de asemenea pot cauza pneumonie. Pentru a înţelege mai uşor pneumonia, majoritatea tipurilor au fost clasificate în subtipuri.

Pneumonia comunitară

Pneumonia comunitară îşi ia numele de la modalitatea în care este contractată – mai degrabă din comunitate decât din spital. Cauzele frecvente ale pneumoniei comunitare sunt bacteriile pneumococice, mycoplasmele şi virusurile gripale.

Pneumonia de spital

Riscul de a dezvolta pneumonie creşte dacă sunteţi internat, mai ales dacă sunteţi conectat la un ventialtor mecanic, dacă vă aflaţi într-o secţie de terapie intensivă sau dacă aveţi un sistem imunitar afectat. Într-un spital sunt prezente multe tipuri de microorganisme potenţial infectante şi acestea pot fi mult mai periculoase decât cele întâlnite în viaţa de zi cu zi. Pneumonia de spital poate fi foarte gravă, mai ales la adulţi şi la copiii mici.

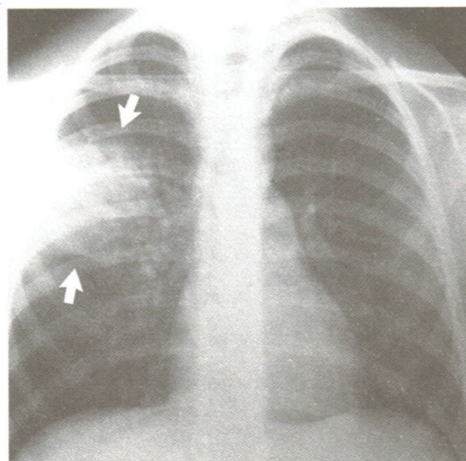
Pneumonia de aspiraţie

Penumonia de aspiraţie este rezultatul aspirării de material străin în plămâni. Aceasta se produce, de obicei, atunci când conţinutul stomacului intră în plămâni după ce aţi vărsat. De asemenea, poate apărea în boli care interferă cu deglutiţia.

Pneumonia produsă de microorganisme oportuniste

Pneumonia produsă de microorganisme oportuniste afectează persoanele cu sistemul imunitar compromis. Microorganismele oportuniste, în general, nu produc îmbolnăvire la persoanele sănătoase, dar sunt extrem de periculoase la cei infectaţi cu HIV sau SIDA, în drepanocitoză şi în alte boli care afectează sistemul imunitar. Medicamentele care supresează sistemul imunitar, cum ar fi corticosteroizii sau tratamentele pentru anumite cancere, de asemenea vă cresc riscul pentru acest tip de pneumonie.

Ilustraţii informative



Această radiografie toracică arată pneumonia lobului superior al plămânului (vezi săgeţile).

Cum se pune diagnosticul bolii

Diagnostic

Semnele şi simptomele de pneumonie variază în funcţie de tipul şi extinderea infecţiei. La debut, pneumonia poate apărea ca o răceală sau se poate dezvolta ca o complicaţie a acesteia. Cele mai multe tipuri sunt însoţite de febră, ca şi de tuse. Tusea poate fi uscată sau poate produce spută colorată sau cu sânge.

Medicul vă va asculta plămânii cu un stetoscop pentru a verifica dacă există zgomote respiratorii care pot indica inflamaţia produsă de infecţie. Examenul radiologic poate fi de ajutor în depistarea localizării şi extinderii infecţiei.

Consecinţe potenţiale

Cât de gravă este pneumonia?

Pneumonia este o boală frecvent întâlnită, apărând la mai mult de 1 din 100 de persoane anual. Gravitatea acestei boli depinde de starea generală de sănătate şi de tipul de pneumonie pe care o contractaţi.

Persoanele sănătoase au, în general, mecanisme de apărare suficiente pentru a neutraliza majoritatea agenţilor infecţioşi. Dacă alcoolismul, vârsta, traumatismele, utilizarea medicamentelor imunosupresoare sau alte boli v-au afectat mecanismele de apărare naturală, puteţi deveni mai susceptibil la pneumonie. La adulţii mai în vârstă şi la persoanele slăbite de boală – mai ales la cele cu insuficienţă cardiacă sau cu boli pulmonare, cum ar fi astmul bronşic sau emfizemul – pneumonia poate fi fatală.

Informaţii despre tratament

Tratament

În caz de pneumonie sunt esenţiale îngrijirea medicală adecvată, repausul la pat şi supravegherea corectă. Tratamentul pe care vi-l recomandă medicul dumneavoastră depinde de cauza - dacă este virotică, bacteriană sau de alte cauze, şi de severitatea simptomelor. În cazul în care cauza este bacteriană, vi se va prescrie tratament antibiotic.

Alegerea antibioticului este influenţată de mai mulţi factori, incluzând bacteria cauzatoare. În cazurile severe poate fi necesară spitalizarea.

Informaţii despre profilaxie

Sfaturi pentru prevenire

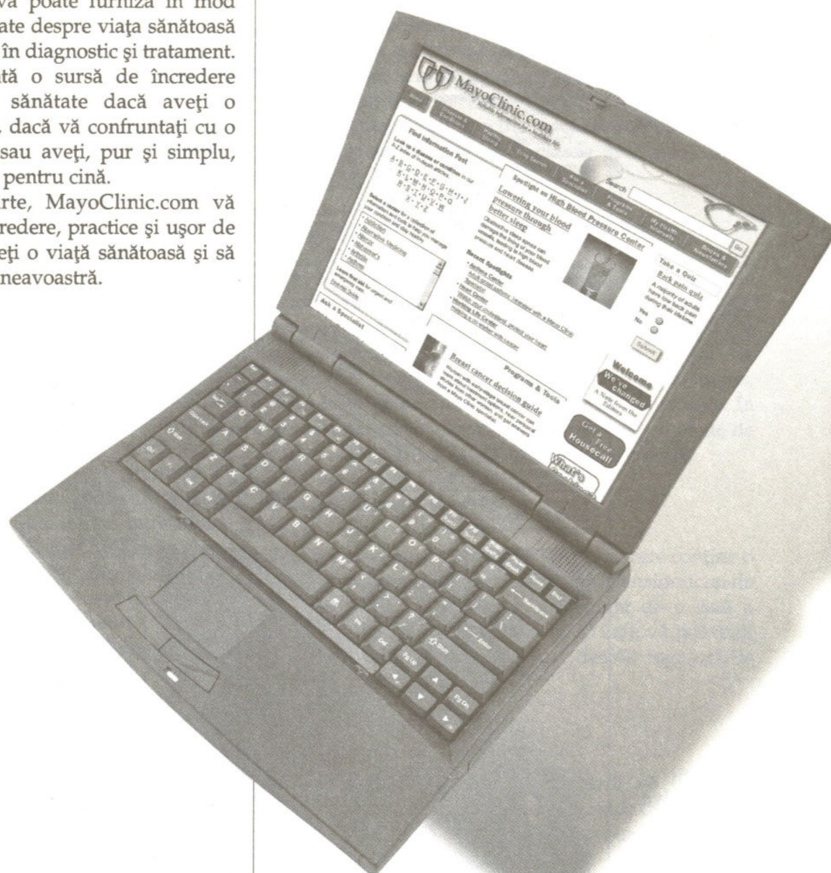
Puteţi reduce riscul de a contracta un anumit tip de pneumonie cu vaccinul antipneumococic. El vă protejează împotriva formei de pneumonie determinată de pneumococ. Pentru mai multe informaţii, vezi pagina 15.

MayoClinic.com

Pentru informații privind sănătatea sau starea dumneavoastră de bine, vizitați site-ul nostru, MayoClinic.com, la *www.MayoClinic.com*. În domeniul în permanentă shimbare al îngrijirii sănătății, MayoClinic.com vă poate furniza în mod continuu informații actualizate despre viața sănătoasă și boli, ca și ultimele noutăți în diagnostic și tratament.

MayoClinic.com reprezintă o sursă de încredere despre informații despre sănătate dacă aveți o afecțiune nou diagnosticată, dacă vă confruntați cu o decizie terapeutică majoră sau aveți, pur și simplu, nevoie de o rețetă sănătoasă pentru cină.

La fel ca și această carte, MayoClinic.com vă furnizează informații de încredere, practice și ușor de înțeles care vă ajută să duceți o viață sănătoasă și să aveți grijă de sănătatea dumneavoastră.





PARTEA ÎNTÂI

Să trăim corect

CAPITOLUL 1 PARTEA I

Vaccinările

Prevenţia este esenţială pentru menţinerea sănătăţii. Este mult mai bine să previi o boală decât să o tratezi. Una dintre cele mai bune metode de a vă proteja – atât pe dumneavoastră cât şi pe cei din familie – de o serie de boli este vaccinarea.

Imunizarea, un alt termen folosit pentru vaccinare, este cea mai bună formă de apărare împotriva unor boli ca: pojarul (rujeola), oreionul (parotidita epidemică), tetanosul, hepatita şi poliomielita. Imunizarea stimulează mecanismele naturale de apărare ale organismului, pentru a-i mări rezistenţa la infecţii, distrugând virusul înainte ca acesta să provoace boala.

Datorită vaccinurilor, multe boli infecţioase care erau odată frecvente în SUA, acum sunt rare sau au dispărut. Părinţii nu trebuie să se mai teamă că, din cauza unor boli ca difteria, tusea convulsivă (bacilul pertussis) sau pojarul, copiii lor pot muri sau pot rămâne cu handicapuri definitive. Copiii nu mai trebuie să evite fântânile şi bazinele de înot pentru a nu contacta poliomielita.

Din momentul în care, în secolul XX, vaccinurile au început să fie folosite pe scară largă, au fost salvate miliarde de vieţi în toată lumea. Totuşi, în ciuda faptului că vaccinurile sunt disponibile, mulţi oameni rămân nevaccinaţi. Unul dintre motive îl constituie temerile părinţilor cu privire la riscurile vaccinării. Aceste temeri apar adesea datorită informării greşite.

Cum acţionează vaccinurile

În fiecare zi, organismul dumneavoastră este ameninţat de bacterii, virusuri şi alţi germeni. Când un microorganism patogen (care poate determina îmbolnăvirea) intră în corp, sistemul imun mobilizează mecanismele de apărare, producând nişte proteine numite anticorpi, care vor respinge microorganismul invadator. Scopul sistemului dumneavoastră imun este să neutralizeze sau să distrugă microorganismul străin, făcându-l inofensiv şi prevenind apariţia bolii.

Să înţelegem imunitatea

Sistemul dumneavoastră imun respinge microorganismele invadatoare şi vă protejează de boală în două moduri:

Imunitatea dobândită natural (postexpunere)

Imunitatea dobândită natural apare după ce organismul dumneavoastră a fost expus la un anumit microorganism. Sistemul dumneavoastră imun mobilizează un sistem complex de apărare pentru a preveni reîmbolnăvirea la un nou contact cu tipul respectiv de virus sau bacterie.

Expunerea la un microorganism străin (antigen) activează producerea de către organism a unor anumite tipuri de celule albe, numite celule B (limfocite B). Celulele B se transformă în plasmocite (alt tip de celule), care vor produce cantităţi mari de anticorpi proiectaţi specific pentru a lupta împotriva acelui microorganism invadator. Aceşti anticorpi circulă în lichidele organismului. Când microorganismul invadator pătrunde a doua oară în corpul dumneavoastră, anticorpii îl recunosc şi îl distrug. O dată ce organismul dumneavoastră a produs un anumit tip de anticorp, poate oricând, la nevoie, să producă rapid cantităţi mari de anticorpi de tipul respectiv.

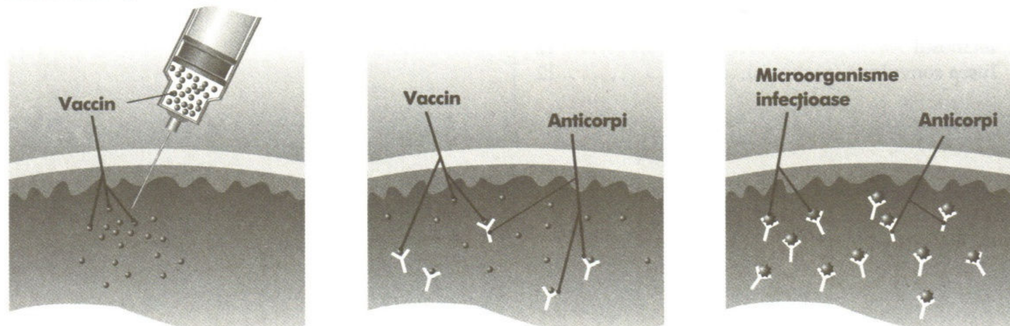
În plus faţă de acţiunea celulelor B, celulele albe numite macrofage atacă şi distrug microorganismele străine. Macrofagele „prelucrează" microorganismul străin, analizând dacă acesta reprezintă un pericol pentru organismul dumneavoastră. Dacă organismul dumneavoastră intră în contact cu un germen la care nu a fost expus, informaţiile despre acest germen sunt transmise unor celulele albe numite celule T-helper (ajutătoare). Aceste celule ajută în procesul de formare a altor tipuri de celule antiinfecţioase, printre care şi celulele T cu memorie.

Odată ce aţi fost expus la un anumit virus sau bacterie, la următorul contact cu acest germen, anticorpii şi celulele T cu memorie intră în acţiune. Aceştia reacţionează imediat la pătrunderea în corp a microorganismului respectiv, atacându-l înainte ca el să producă boala. Sistemul dumneavoastră imun poate recunoaşte şi combate eficient mii, chiar milioane, de microorganisme diferite.

Imunitatea dobândită prin vaccinare (imunitate artificială)

Acest tip de imunitate apare în urma injectării unui vaccin. Vaccinul

Imunitatea prin vaccinare



Un vaccin care conţine forme omorâte sau atenuate (nepericuloase) ale unui virus, bacterie sau alt tip de microorganism este injectat unui anumit individ (stânga). Vaccinul stimulează producerea de către sistemul imun de anticorpi împotriva microorganismului (centru). La orice expunere ulterioară la germenul respectiv, anticorpii îl atacă şi opresc infecţia (dreapta).

acționează asupra sistemului imun care își dezvoltă capacitatea de a lupta împotriva infecției respective și își introduce în memorie informațiile cu privire la acel germen fără ca organismul dumneavoastră să fie expus la acea boală. Vaccinul conține germeni omorâți sau atenuați (slăbiți) sau doar anumite porțiuni din gemenul infecțios. În contact cu vaccinul, organismul dumneavoastră crede că a fost invadat de un germen infecțios specific, sistemul imun declanșând acțiunea de distrugere a microorganismului și de prevenire a îmbolnăvirii la un nou contact cu acesta.

Dacă sunteți expus la o boală împotriva căreia ați fost vaccinat, germenii invadatori vor fi întâmpinați de anticorpii pregătiți să-i distrugă. Imunitatea care apare după vaccinare este identică cu cea dobândită natural, în urma infecției. În cazul anumitor boli, vaccinul este chiar mai eficient decât infecția în producerea imunității; în plus, vaccinurile pot fi administrate fără riscul efectelor severe ale bolii respective.

Pentru a obține un răspuns imun complet pot fi necesare mai multe doze de vaccin. Unele persoane nu-și dezvoltă imunitatea specifică după primele doze de vaccin, dar răspund adesea la administrările ulterioare. În plus, imunitatea conferită de anumite vaccinuri – de exemplu, antitetanos sau antipertussis – nu durează toată viața. Datorită faptului că răspunsul imun se poate diminua în timp, poate fi necesară administrarea unei noi doze de vaccin (doză de amplificare, rapel) pentru a reface sau crește imunitatea.

Tipuri de vaccinuri

Vaccinurile sunt produse în câteva moduri diferite. Indiferent de tipul vaccinului, scopul este același – stimularea răspunsului imun fără a produce și boala respectivă.

Germenii vii atenuați

Unele vaccinuri, cum sunt cele pentru pojar, oreion și varicelă, folosesc virusuri vii care au fost atenuate (slăbite).

Germenii omorâți sau inactivați

Alte vaccinuri folosesc bacterii sau virusuri inactivate (omorâte). În acest mod este obținut vaccinul antipoliomielitic inactivat (IPV – inactivated polio vaccine).

Vaccinuri antitoxice

Unele tipuri de bacterii determină boala prin producerea de toxine care invadează circulația sangvină. Vaccinurile antitoxice, cum sunt cele pentru difterie și tetanos, folosesc toxine bacteriene prelucrate astfel încât să nu mai fie periculoase.

Vaccinuri acelulare și pe bază de componente ale germenilor

Acestea sunt produse utilizând doar anumite părți ale virusului sau ale bacteriei respective. În acest mod sunt produse vaccinul antihepatitic și cel anti-*Haemophilus influenzae* tip b (Hib).

Avantajele vaccinării

Datorită faptului că multe boli pentru care există vaccinuri sunt acum rare în SUA, unii oameni consideră că nu este foarte important să se vaccineze sau să-și vaccineze copiii. Foarte puțini oameni au văzut vreun caz de difterie, poliomielită sau tetanos. Unii consideră că igiena și curățenia sunt suficiente pentru a preveni bolile. Răspunsul la întrebarea „este necesar să fii la zi cu vaccinările?" este afirmativ. Multe boli infecțioase care practic au dispărut în SUA pot reapărea rapid. Germenii care produc aceste boli există încă și pot îmbolnăvi pe cei neprotejați prin vaccinare. Datorită faptului că, fără să știe, turiștii „transportă" boli dintr-o țară în alta, în urma unei simple călătorii cu avionul, o boală infecțioasă poate reizbucni în SUA. De la un singur purtător, o boală infecțioasă se poate răspândi rapid printre persoanele nevaccinate.

Persistența pericolului îmbolnăviri reprezintă doar unul dintre motivele pentru care autoritățile din sănătatea publică recomandă vaccinurile. Vaccinurile prezintă avantaje atât pentru indivizi cât și pentru comunități și întreaga populație mondială.

? **Întrebare și răspuns**

Alăptarea la sân nu-i asigură copilului o imunitate naturală? Mai estre necesară vaccinarea?

Proteinele din laptele matern asigură protecție împotriva anumitor infecții cum sunt răcelile, otitele (infecții la nivelul urechii) și diareea. Acest tip de imunitate durează doar o perioadă de o lună până la un an. În plus, chiar un copil alăptat la sân nu dobândește astfel imunitate la o serie de boli contagioase grave, printre care și tusea convulsivă.

Siguranța vaccinurilor

Mulți își pun întrebarea și sunt preocupați de siguranța vaccinurilor. Una dintre temerile obișnuite este aceea că vaccinurile ar putea determina reacții adverse sau chiar ar putea cauza boala. Părinții se pot îngrijora după ce ascultă sau vizionează reportaje despre o „reacție gravă" care survine la scurt timp după imunizarea copilului și care este considerată efect secundar sau complicație a vaccinului. Astfel de povestiri care induc teama de vaccinare circulă frecvent.

În realitate, vaccinurile sunt foarte sigure. Pentru a se aproba utilizarea lor, acestea trebuie să se încadreze în anumite standarde foarte strict legate de lipsa de riscuri, standarde stabilite de către Departamentul pentru Controlul Alimentelor și Medicamentelor (Food and Drug Administration – FDA, SUA). Pentru a întruni criteriile prevăzute în aceste standarde sunt necesare testări de până la 10 ani, urmate de 3 faze de studii clinice.

Și după ce vaccinurile sunt autorizate și puse la dispoziția populației, FDA și Centrele pentru Controlul și Prevenirea Bolilor (Centers for Disease Control and Prevention – CDC, SUA) continuă să monitorizeze eventualele riscuri prezentate de acestea. În plus, cercetarea continuă în domeniul respectiv, vaccinurile fiind controlate și îmbunătățite, efort în care sunt implicați medicii, cercetătorii și lucrătorii din sănătatea publică.

Riscul de a suferi din cauza bolii este mult mai mare decât riscul de a fi afectat de un vaccin administrat pentru a preveni boala.

Eficacitatea

Vaccinurile sunt foarte eficiente. Cele mai multe vaccinări făcute în copilărie sunt eficiente la peste 85-99% dintre copii. De exemplu, o serie completă de vaccinare împotriva pojarului protejează 99 din 100 de copii împotriva bolii, iar o serie completă de vaccin antipoliomielitic protejează 99 din 100 de copii împotriva poliomielitei.

În unele cazuri, vaccinul determină doar o imunitate parţială. Nu previne boala, dar adesea micşorează durata bolii şi severitatea simptomelor.

? **Întrebare şi răspuns**

Există situaţii în care copilul meu nu ar trebui vaccinat?

În câteva situaţii vaccinarea ar trebui amânată sau evitată. Dacă nu sunteţi sigur că vaccinul trebuie administrat, discutaţi cu medicul dumneavoastră.

Vaccinarea este nerecomandată dacă un copil:

- a suferit o reacţie severă, cu risc vital, în urma unei administrări anterioare a vaccinului respectiv;
- este cunoscut ca prezentând reacţii alergice importante la o componentă a vaccinului (de exemplu: oul de găină sau gelatina);
- suferă de o boală de tipul SIDA, leucemie sau cancer care i-a compromis sistemul imun, astfel încât un vaccin cu virus viu ar putea determina îmbolnăvirea.

Poate fi necesar să amânaţi vaccinarea în cazul în care un copil:

- este bolnav (boli şi forme de boală moderate şi severe);
- a primit tratament cu corticosteroizi în ultimele 3 luni;
- a primit transfuzii cu sânge sau plasmă sau i-au fost administrate produse derivate din sânge în cursul ultimului an.

Vaccinarea nu trebuie amânată în cazul în care copilul prezintă o îmbolnăvire minoră, de tipul răcelii obişnuite, unei otite sau diareei uşoare. Vaccinarea va fi eficientă şi nu va agrava starea copilului.

Reducerea suferinţei şi a sechelelor

Multe infecţii pot cauza moartea, dar şi sechele permanente. Poliomielita poate determina paralizie. Meningita poate produce surditate. Pojarul poate determina leziuni cerebrale sau moartea. Hepatitele pot produce leziuni ale ficatului. Vaccinurile previn aceste complicaţii severe.

Un exemplu bun este reprezentat de vaccinul anti-*Haemophilus influenzae* tip b (Hib). Înainte de introducerea vaccinului în anul 1988, această bacterie determina aproximativ 20 000 de cazuri de infecţii severe în rândul sugarilor şi copiilor americani, în fiecare an. Meningita cu Hib omora 600 de copii în fiecare an şi determina sechele ca surditate, crize convulsive sau retardare mentală la mulţi dintre supravieţuitori. Până în anul 2000, vaccinarea a redus incidenţa infecţiei cu Hib cu 99%.

Protejarea sănătăţii comunităţii

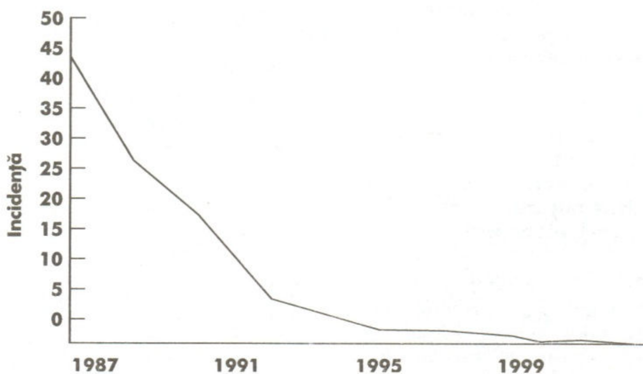
Vaccinarea nu vă protejează doar sănătatea dumneavoastră sau pe cea copilului dumneavoastră, ci protejează şi sănătatea comunităţii: în fiecare comunitate există un număr mic de persoane care nu trebuie vaccinate – de exemplu, persoanele alergice la o componentă a vaccinului sau care suferă de boli în care sunt interzise anumite vaccinări.

Dacă 95% din persoanele dintr-o comunitate sunt vaccinate, este mult mai puţin probabil ca persoanele neprotejate prin vaccinare să fie expuse la contactul cu germenul respectiv, deci riscul de infecţie este mult mai mic. Acest tip de protecţie se numeşte imunitate de cohortă.

Eradicarea unor boli în întreaga lume

Vaccinarea protejează nu numai un oraş, o ţară sau o generaţie. Beneficiile sale se pot extinde la scară planetară şi în viitor. Pe termen lung, scopul unui program de vaccinare este eliminarea completă a bolii. Cel puţin într-un caz, acest scop a fost extins. Eradicarea mondială a variolei constituie o poveste de succes a medicinei moderne. Variola a făcut ravagii timp de secole. Survenea în epidemii şi

Incidenţa* estimată a infecţiei cu Hib, 1987-2000



* Calculată pentru 100 000 de copii cu vârsta < 5 ani

Sursa: Centers for Disease Control and Prevention

Între 1987 şi 2000, numărul cazurilor de infecţii cu *Haemophilus influenzae* tip b (Hib) în SUA a scăzut cu 99%, datorită vaccinului anti Hib.

omora până la 60% dintre persoanele afectate. Boala producea dureri de cap puternice, febră şi o erupţie roşie, cu vezicule care adesea lăsa cicatrice desfiguratoare la supravieţuitori. Până la 1/3 dintre bolnavi ajungeau la orbire din cauza infecţiei corneene.

La sfârşitul sec. al XVIII-lea, Edward Jenner, un medic englez, a descoperit că inoculând unor persoane virusul vaccinei – un virus asemănător virusului variolic, dar care în mod obişnuit nu produce îmbolnăviri – acestea devin rezistente la variolă. În SUA şi Europa s-au declanşat campanii de vaccinare antivariolică. În anul 1967, Organizaţia Mondială a Sănătăţii (OMS) a declanşat o campanie globală, pentru eliminarea variolei. Ultimul caz a fost raportat în anul 1977, indicând sfârşitul uneia dintre cele mai periculoase şi temute boli din istoria omenirii. În consecinţă, vaccinarea antivariolică nu mai este necesară. Totuşi, SUA păstrează în depozite vaccin antivariolic pentru eventualitatea în care virusul variolic ar fi folosit ca armă biologică, în bioterorism.

Succesul campaniei de vaccinare antivariolică a încurajat eforturile mondiale de eradicare a altor boli infecţioase. Poliomielita a fost eliminată din emisfera vestică, iar numărul de cazuri la nivel mondial a scăzut dramatic. În SUA, vaccinare a redus incidenţa pojarului cu 99% şi a infecţiei cu Hib cu 98%. Incidenţa difteriei în SUA a scăzut de la 206 000 de cazuri şi 15 520 de decese în 1921 la un singur caz raportat în 1999. Pentru generaţiile viitoare este posibil că astfel de boli să fie doar de domeniul trecutului.

Aditivi ai vaccinurilor

Pe lângă microorganismele omorâte sau atenuate din compoziţia vaccinurilor, pot fi adăugate cantităţi mici de alte substanţe pentru a îmbunătăţi răspunsului imunitar, pentru a preveni contaminarea şi pentru a stabiliza vaccinul împotriva variaţiilor de temperatură şi a altor factori. Vaccinurile pot conţine mici cantităţi de materiale folosite în procesul de fabricaţie, cum ar fi gelatina.

Unul dintre aditivii căruia i s-a acordat atenţie de curând este un conservant numit thimerosal, un derivat de mercur. Thimerosalul a fost folosit în produse medicale începând cu anii '30 şi în mici cantităţi în unele vaccinuri pentru a preveni contaminarea bacteriană. Nu există probe care să sugereze afectarea copiilor de către această substanţă. Cu toate acestea, vaccinurile pentru copii sunt fabricate acum fără thimerosal sau doar cu cantităţi extrem de mici.

Efectele adverse ale vaccinurilor

Deşi vaccinurile sunt considerate foarte sigure, ca toate medicamentele, nu sunt complet lipsite de efecte adverse. Cele mai multe astfel de efecte sunt minore şi trecătoare – de exemplu dureri la nivelul braţului, febră uşoară sau tumefacţie la locul injectării. Reacţiile severe, de tipul unei crize convulsive sau al febrei înalte, sunt foarte rare. Conform declaraţiilor de la nivelul Centrelor pentru controlul şi prevenirea bolilor (Centers for Disease Control and Prevention – CDC, SUA), frecvenţa efectelor adverse severe este de 1 la 1 000 până la un milion de doze de vaccin injectate. Riscul de deces în urma vaccinării este atât de mic încât nu poate fi determinat precis. Când sunt raportate reacţii uşoare, Departamentul pentru controlul alimentelor şi medicamentelor (Food and Drug Administration, SUA) şi CDC le investighează cu atenţie.

S-a afirmat că unele vaccinuri produc boli cronice – de exemplu autism sau diabet. Dar zecile de ani în care s-a practicat vaccinarea în SUA nu au adus dovezi solide că vaccinurile pot determina boli cronice. La un moment dat, anumiţi cercetători au publicat studii care indicau o legătură între utilizarea vaccinurilor şi anumite boli cronice. Totuşi, când alţi cercetătorii au încercat să reproducă rezultatele – aceasta reprezentând în cercetarea ştiinţifică un test de confirmare – nu au reuşit.

Ideea că vaccinarea produce autism a fost generată de un articol publicat în 1998 de un grup de cercetători din Marea Britanie care au indicat o legătură între autism şi vaccinul antirujeolic, antirubeolic şi antiurlian. De la acea dată, multe alte studii au infirmat aceste date şi nu s-a găsit nici o dovadă care să susţină faptul că vreun vaccin ar creşte riscul pentru autism sau pentru alte tulburări comportamentale.

De asemenea, au apărut în presă şi pe Internet articole care asociau vaccinurile cu sindromul morţii subite a sugarului (SIDS), diabetul, cancerul şi alte afecţiuni severe. Aceste afirmaţii nu sunt susţinute de nici o dovadă ştiinţifică solidă.

Semnele reacţiilor adverse severe

După o vaccinare, trebuie urmărită apariţia unor semne neobişnuite, cum ar fi o reacţie alergică severă, febră înaltă sau modificări comportamentale. Semnele şi simptomele unei reacţii alergice grave sunt: respiraţie dificilă, răguşeală, erupţie tegumentară, paliditate, fatigabilitate, puls rapid, ameţeli şi umflarea gâtului. Dacă dumneavoastră sau copilul dumneavoastră prezentaţi o astfel de reacţie severă, chemaţi imediat medicul sau mergeţi urgent la camera de gardă a spitalului.

Cântărind riscurile şi beneficiile

Consecinţele unei boli infecţioase care ar putea fi prevenită prin vaccinare sunt mult mai nefaste chiar decât efectele adverse severe ale vaccinurilor. De exemplu,

în cazul oreionului, riscul de a face encefalită, o inflamaţie a creierului care poate produce la acest nivel leziuni severe, permanente, este de 1 la 300 de cazuri. În cazul pojarului, riscul este de 1 la 2 000. În schimb, riscul de a face encefalită în urma vaccinării antirujeolice (pentru pojar) sau antiurliene (pentru oreion) este sub 1 la un milion. Dacă un copil face o infecţie severă cu Hib, riscul de deces este de 1 la 20. Pe de altă parte, vaccinul anti Hib nu a fost asociat cu nici o reacţie severă.

Dumneavoastră sunteţi cel care hotărăşte ce vaccinuri i se vor administra copilului dumneavoastră. Dacă aveţi îndoieli, discutaţi cu medicul care se ocupă de copilul dumneavoastră, pentru a vă ajuta să apreciaţi riscurile şi beneficiile vaccinării.

Schema de imunizare a copilului sănătos

Următoarea listă conţine vaccinurile obişnuite care se fac în copilărie. Regulile vaccinării la copii se schimbă destul de frecvent pe măsură ce apar vaccinuri noi, sunt revizuite recomandările cu privire la dozare şi interval de administrare, şi apar noi combinaţii de vaccinuri. Medicul dumneavoastră va fi la curent cu ultimele recomandări.

În general, asigurările de sănătate acoperă cea mai mare parte a costurilor imunizărilor (în SUA). Un program federal numit „Vaccinuri pentru copii" (Vaccines for Children, SUA), asigură vaccinuri gratuite pentru copiii care nu beneficiază de asigurări de sănătate şi pentru alte grupe de copii. Discutaţi cu medicul dumneavoastră despre acest program.

Vârsta la care se recomandă vaccinările obişnuite în copilărie

Vaccinul ▼ Vârsta ►	Naş-tere	1 lună	2 luni	4 luni	6 luni	12 luni	15 luni	18 luni	24 luni	4-6 ani	11-12 ani	13-18 ani
Antihepatită B (AHB)[1]	doza 1		doza 2			doza 3						
Diftero-tetanic-pertussis (DTdP)			doza 1	doza 2	doza 3		doza 4			doza 5		
Anti-*Haemophilus influenzae* tip b (Hib)			doza 1	doza 2	doza 3	doza 4						
Vaccin antipoliomielitic cu virus inactivat (IPV)			doza 1	doza 2		doza 3				doza 4		
Vaccin antirujeolic, antiurlian şi antirubeolic (MMR) ((Trimovax)						doza 1				doza 2		
Antivaricelos (VZV)							doza 1					
Antipneumococic conjugat (PCV-7)			doza 1	doza 2	doza 3	doza 4						

Vaccinări suplimentare pentru copiii cu risc înalt de îmbolnăviri

Vaccin antipneumococic polivalent (PPV-23)[2]												
Vaccin antihepatită A (Hep A)[3]												
Vaccin antigripal[4]												

indică vârstele între care se administrează doza respectivă.

În cazul oricărei doze neadministrate în perioada recomandată, administrarea, atunci când este indicată şi posibilă, se va face cu ocazia următoarei vizite la cabinetul medicului. Medicul copilului dumneavoastră vă poate furniza cele mai noi informaţii:

1. Copiii născuţi din mame pozitive pentru hepatita B sau din mame despre care nu se ştie dacă au fost sau nu infectate cu virusul hepatitic B trebuie să primească prima doză de vaccin în primele douăsprezece ore de la naştere. Copiii născuţi din mame care nu sunt pozitive pentru infecţia cu virusul hepatitei B trebuie să primească prima doză până la vârsta de 2 luni.
2. Vaccinul care conţine polizaharid pneumococic (PPV-23 –pneumococcal polysaccharide vaccine) este recomandat, în plus faţă de vaccinul pneumococic conjugat (PCV-7 – pneumococcal conjugate vaccine) anumitor categorii de copii, cu risc crescut de îmbolnăvire.
3. Vaccinul antihepatită A este recomandat în anumite zone şi la anumite categorii de copii, cu risc crescut de îmbolnăvire.
4. Se recomandă ca administrarea vaccinului antigripal să se facă anual, începând de la vârsta de 6 luni, la copiii care prezintă anumiţi factori de risc, printre care – astm, boală cardiacă, siclemie (boala hematiilor în formă de seceră), diabet. De asemenea, se consideră că vaccinarea antigripală poate fi utilă şi în cazul copiilor sănătoşi cu vârsta cuprinsă între 6 şi 23 de luni, ca şi tuturor celor care doresc să-şi dezvolte imunitatea împotriva gripei.

Sursa: Comitetul consultativ pentru regulile imunizării (februarie 2002).

Vaccinări în copilărie

Multe dintre cele mai obişnuite boli ale copilăriei – varicela, pojarul, oreionul – sunt foarte contagioase, putând fi transmise cu uşurinţă de la o persoană la alta. Din fericire, multe astfel de boli pot fi prevenite prin vaccinare. Pentru mai multe informaţii asupra bolilor care urmează, consultaţi cap. 20 „Boli infecţioase".

Varicela

Varicela este o boală obişnuită în copilărie. De asemenea, poate afecta şi adulţii fără imunitate pentru această boală. În SUA mor, din cauza acestei boli, mai mulţi copii decât din cauza oricărei alte boli prevenibile prin vaccinare.

Virusul varicelei este transmis prin respiraţie, în picături infectate sau prin contactul direct cu lichidele de secreţie de la nivelul erupţiei cutanate (erupţia fiind semnul cel mai cunoscut al bolii). Erupţia debutează sub formă de pete roşii (macule) la nivelul feţei, pieptului, spatelui şi altor zone ale corpului. Petele se transformă rapid în vezicule umplute cu un lichid clar, care se sparg, se usucă şi formează cruste.

Recomandări

Copiii trebuie să primească o doză de vaccin antivaricelos între vârsta de 12 luni şi 18 luni sau la orice vârstă după aceasta dacă n-au fost vaccinaţi şi n-au făcut boala. Persoanele cărora nu li s-a administrat vaccinul până la vârsta de 13 ani trebuie să primească două doze, la distanţă de 4-8 săptămâni între ele.

Difteria

Difteria este o infecţie bacteriană care se transmite de la o persoană la alta prin picături infectate de la nivelul tractului respirator, transmise aerian. Difteria determină formarea unor membrane groase la nivelul gâtului (faringele posterior), producând astfel probleme severe de respiraţie, paralizie, insuficienţă cardiacă şi moarte. Boala este rară în SUA.

Recomandări

În mod obişnuit, vaccinul antidifteric este administrat împreună cu vaccinurile antitetanic şi antipertussis (DTaP). Vaccinarea trebuie începută de la vârsta de 2 luni. Un copil trebuie să primească cinci doze în primii 6 ani de viaţă şi apoi doze de rapel (de amplificare) cu toxina tetanică şi difterică (Td), pentru adulţi, la fiecare 10 ani, începând cu vârsta de 11 sau 12 ani.

Rubeola

Este o boală care se transmite pe cale aeriană şi, în mod obişnuit, este o infecţie uşoară care produce o erupţie cutanată şi febră moderată. Cu toate acestea, dacă o femeie face boala în timpul sarcinii, se poate declanşa avortul sau copilul se poate naşte cu malformaţii severe.

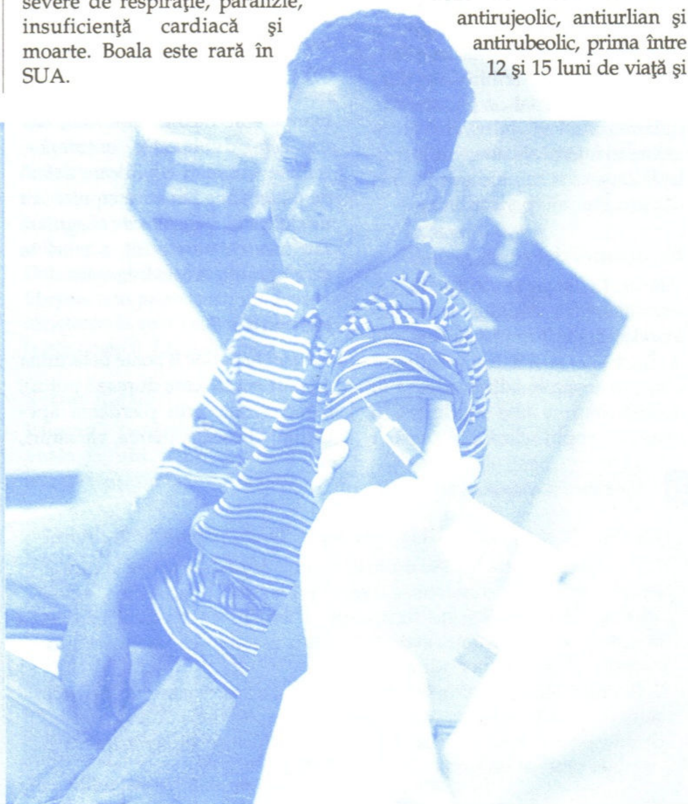
Recomandări

De obicei. se administrează două doze de vaccin combinat antirujeolic, antiurlian şi antirubeolic, prima între 12 şi 15 luni de viaţă şi

Cum să reduceţi stresul injecţiei

Majoritatea copiilor sunt îngroziţi de ideea injecţiei. Vă oferim câteva sfaturi care vă vor ajuta să reduceţi teama şi disconfortul copilului dumneavoastră:

- Fiţi sincer. În general, copiii care ştiu dinainte despre injecţie se comportă mai bine decât cei care nu au fost preveniţi. În ziua respectivă, spuneţi copilului că va simţi o mică înţepătură, ca şi cum ar fi înţepat de acul subţire al unei albine, că îl va durea câteva secunde, dar că aceasta îl va ajuta să nu se îmbolnăvească de o boală gravă.
- Ţineţi copilul în braţe şi vorbiţi cu el în timp ce i se face injecţia.
- Învăţaţi-vă copilul să se concentreze la altceva în timpul vaccinării.
- După vaccinare, felicitaţi-l: „Te-ai comportat foarte bine".



a doua între 4 și 6 ani. În cazul în care această schemă de vaccinare nu este respectată, pentru a evita riscul contractării rubeolei în timpul sarcinii, fetelor trebuie să li se administreze vaccinul antirubeolic cu virus viu atenuat înainte de prima menstruație. Vaccinurile cu virusuri vii atenuate nu sunt recomandate în cazul femeilor gravide sau persoanelor al căror sistem imun este deprimat de diferite boli (infecție cu HIV, SIDA sau cancer). După administrarea acestui vaccin, femeile trebuie să evite să conceapă un copil timp de 30 de zile.

Infecția cu *Haemophilus influenzae* tip b

Infecția cu *Haemophilus influenzae* tip b este în primul rând o boală a copilăriei, dar îi poate afecta și pe unii adulți. Este produsă de bacterii care se transmit de la o persoană la alta pe cale aeriană. Dacă bacteria este localizată doar la nivelul nasului sau gâtului unui copil, acesta probabil că nu se va îmbolnăvi. Dar dacă bacteria ajunge în plămâni sau în circulația sangvină, infecția poate determina afecțiuni severe, cu risc vital ca: pneumonia, inflamație severă la nivelul faringelui sau infecții ale sângelui, articulațiilor, oaselor sau ale membranei din jurul inimii (pericardită).

Recomandări

Vaccinul conjugat anti-Hib se administrează copiilor la următoarele vârste: 2 luni, 4 luni, 6 luni și între 12 și 15 luni. În mod obișnuit acesta se administrează în același timp cu alte vaccinuri. În general, copiii care au depășit vârsta de 5 ani nu mai au nevoie de vaccinare anti-Hib. Totuși, unii copii mai mari și adulți care suferă de anumite afecțiuni trebuie să fie vaccinați. În această categorie sunt incluși cei care suferă de siclemie (boala hematiilor în formă de seceră), infecție HIV, SIDA, cei care nu au splină sau cei care au fost supuși unui transplant de măduvă osoasă sau tratament anticanceros.

Hepatita A

Hepatita A este o boală hepatică determinată de virusul hepatitic A. De obicei, se transmite prin consumarea alimentelor sau apei contaminate sau prin contact personal direct.

Recomandări

Seria de două doze a vaccinării antihepatitice A este recomandată copiilor care trăiesc într-o comunitate în care frecvența hepatitei A este cel puțin dublă față de media națională (de obicei, în SUA în statele din vest). În plus, se poate lua în considerare și vaccinarea copiilor care trăiesc într-o zonă unde frecvența hepatitei A este mai mare decât media națională, dar nu este dublă. De asemenea, trebuie vaccinați copiii care suferă de o afecțiune hepatică cronică, au un deficit al factorilor de coagulare sau care călătoresc într-o zonă în care hepatita A este frecventă.

Hepatita B

Virusul hepatitic B poate determina o boală acută (care durează puțin), caracterizată prin pierderea apetitului, oboseală, diaree, vărsături, icter, dureri musculare, articulare și abdominale. Mai rar, poate determina o afectare de durată (cronică) a ficatului (ciroză) sau cancer hepatic.

Virusul se transmite prin contactul cu sângele sau alte lichide corporale provenite de la o persoană infectată. Aceasta se poate întâmpla în cazul actului sexual neprotejat, prin folosirea în comun a acelor în cazul injectării drogurilor interzise sau în timpul nașterii, când virusul se transmite de la mama infectată la copil. Cu toate acestea, 1/3 dintre cei infectați cu hepatita B din SUA nu știu cum au contact boala.

Recomandări

Vaccinul antihepatitic B se administrează copiilor în 3 doze – între naștere și vârsta de 2 luni, apoi la interval de cel puțin 1 lună (deci între 1 și 4 luni de viață) și ultima la 6-18 luni. În mod obișnuit, vaccinul antihepatitic B se poate administra în același timp cu alte vaccinuri.

Pojarul (rujeola)

Pojarul (rujeola) este mai ales o boală a copilăriei, deși sunt susceptibili și adulții. Virusul rujeolei este cel mai contagios virus uman cunoscut; se transmite prin picături aeriene, de tipul celor produse în timpul unui strănut. Semnele și simptomele bolii cuprind febra, tuse, strănut, ochi iritați, secreție nazală, inflamație faringiană.

Pojarul poate produce infecții ale urechii, pneumonie, crize convulsive, leziuni cerebrale și moarte.

Recomandări

Între 12 și 15 luni de viață se administrează copiilor un vaccin cu virus viu atenuat, de obicei în combinație cu vaccinurile antiurlian pentru oreion și antirubeolic (MMR). A doua doză se administrează între vârsta de 4 și 6 ani; în cazul în care nu se fac aceste administrări, copiii mai mari și adulții pot fi imunizați fără probleme folosind un vaccin cu virus viu.

Copiii care suferă de leucemie sau altă boală severă și fac radioterapie, tratament cu steroizi sau antimetaboliți (citostatice) nu

---

? **Întrebare și răspuns**

Ce trebuie să fac în cazul în care copilul meu pierde o vaccinare?

Pentru cazul în care copilul dumneavoastră depășește vârsta la care ar trebui vaccinat și, din diverse motive nu s-a făcut vaccinarea, există scheme de imunizare de recuperare. Discutați cu medicul care se ocupă de copilul dumneavoastră pentru a stabili ce vaccinări sunt necesare și când se vor administra.

În general, o întrerupere în schema de vaccinare nu impune reluarea unei serii sau readministrarea unor doze. Când copilul dumneavoastră nu primește toate dozele incluse în serie nu va fi complet protejat împotriva bolilor respective.

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Unele vaccinuri produc efecte secundare minore, trecătoare, cum sunt febra uşoară sau inflamarea braţului. Pentru a reduce la minim aceste efecte puteţi apela la acetaminofen (Tylenol, Paracetamol etc.) înainte sau după vaccinare. Pentru o administrare corectă respectaţi instrucţiunile de pe etichetă. De asemenea, puteţi aplica pe locul injecţiei o pungă cu gheaţă pentru a reduce inflamaţia (roşeaţa şi umflătura).

trebuie vaccinaţi. În general, vaccinurile care conţin virusuri sau bacterii vii atenuate nu sunt administrate persoanelor al căror sistem imun este afectat, datorită faptului că există riscul – mic – ca virusul atenuat conţinut de vaccin să producă boala.

Infecţia meningococică

Infecţia meningococică este determinată de bacteria *Neisseria meningitidis*. Complicaţiile severe ale bolii cuprind infecţia sângelui (septicemia), meningita – o infecţie la nivelul învelişurilor creierului şi măduva spinării. Infecţia meningococică poate determina surditate, probleme la nivelul sistemului nervos, crize convulsive, atacuri cerebrale, retardare mentală şi moarte.

Cel mai frecvent, infecţia meningococică survine la copiii sub un an şi la persoanele care suferă de anumite afecţiuni. În plus, riscul de a contacta boala este crescut în cazul studenţilor din anul întâi, mai ales al celor care trăiesc în dormitoare comune.

Recomandări

Vaccinul nu se recomandă de rutină copiilor, dar se oferă studenţilor înainte de începerea colegiului pentru a reduce riscul de a contacta infecţia. În prezent, în SUA, unele colegii impun sau cel puţin recomandă vaccinarea.

Oreionul

Oreionul (parotidita epidemică) este o boală a copilăriei care poate afecta şi adulţii. Oreionul este determinat de un virus care se transmite prin inhalarea picăturilor infectante. Infecţia produce febră, dureri de cap, oboseală şi umflarea dureroasă a glandelor salivare. Poate determina surditate, meningită şi inflamaţie la nivelul testiculelor sau ovarelor, cu risc de sterilitate.

Recomandări

De obicei, se administrează 2 doze de vaccin combinat (antirujeolic, antiurlian, antirubeolă), prima între 12 şi 15 luni de viaţă, şi următoarea între 4 şi 6 ani. În cazul femeilor adulte, trebuie evitată conceperea unui copil timp de 30 de zile după vaccinare. Folosirea acestui vaccin a determinat o scădere importantă a incidenţei oreionului în SUA.

Infecţia pneumococică

Infecţia pneumococică reprezintă cauza principală a meningitei bacteriene şi a infecţiilor otice (la nivelul urechii) la copiii mai mici de 5 ani. De asemenea, determină şi infecţii ale sângelui şi pneumonie. Copiii cu vârsta sub 2 ani prezintă riscul cel mai înalt pentru efectele cele mai severe ale bolii.

Infecţia pneumococică este determinată de bacteria *Streptococcus pneumoniae*. Bacteria se transmite prin contact fizic sau prin inhalarea picăturilor infectante. Datorită faptului că multe tulpini de *Streptococcus pneumoniae* au devenit rezistente la mai multe antibiotice, boala poate fi dificil de tratat.

Recomandări

Vaccinul penumococic conjugat poate fi util pentru prevenirea infecţiei pneumococice severe. De asemenea, poate preveni o cauză de infecţie otică (infecţie a urechii). Vaccinul se administrează în 4 doze, tuturor copiilor cu vârsta între 2 şi 15 luni. De asemenea, este recomandat copiilor cu vârste între 2 şi 5 ani care n-au fost vaccinaţi antipneumococic şi prezintă un risc înalt de a face boala. În această categorie sunt incluşi copiii care nu au splină, cei cu siclemie (boala hematiilor în formă de seceră), boli cardiace sau pulmonare cronice, infecţii cu virusul imunodeficienţei umane (HIV), SIDA sau alte boli care pot afecta sistemul imun, cum sunt cancerul sau diabetul. De asemenea, trebuie vaccinaţi şi copiii cărora li se administrează medicamente ce afectează sistemul imun, cum sunt chimioterapicele sau corticosteroizii.

În plus faţă de vaccinul penumococic conjugat, vaccinul pe bază de polizaharid penumococic se

? Întrebare şi răspuns

Copilul meu are nevoie de vaccinare antigripală?

Vaccinul antigripal, a cărui formulă este revizuită în fiecare an, nu prezintă riscuri în cazul copiilor în vârstă de cel puţin 6 luni. Se încurajează vaccinarea copiilor sănătoşi cu vârsta cuprinsă între 6 şi 23 de luni. De asemenea, trebuie vaccinaţi copiii care prezintă un risc înalt de a se îmbolnăvi de gripă. Copiii sunt în această situaţie dacă:

- Suferă de astm sau de altă boală pulmonară cronică.
- Au o boală cardiovasculară.
- Li se administrează medicamente care le deprimă sistemul imun.
- Suferă de siclemie, infecţie cu virusul imunodeficienţei umane (HIV), SIDA, boli renale cronice, boli metabolice cronice.

În cazul în care copilul dumneavoastră nu se încadrează în această categorie cu risc crescut pentru gripă, dar locuieşte cu cineva din această categorie – o persoană cu boală pulmonară sau cardiovasculară cronică sau cu sistem imun compromis – ar fi util să vă vaccinaţi copilul. Altfel, va scădea probabilitatea ca el să infesteze pe altcineva. De asemenea, puteţi să vă vaccinaţi antigripal copilul doar pentru a scădea riscul de contractare a gripei.

recomandă anumitor persoane care prezintă un risc înalt de îmbolnăvire. Prima doză poate fi administrată încă de la vârsta de 2 ani, iar după o perioadă de 5 ani se poate administra a doua doză. În cazul copiilor cu risc înalt de infecţie pneumococică severă, a doua doză poate fi recomandată după 3 ani dacă revaccinarea se face înaintea vârstei de 10 ani.

Poliomielita

Poliomielita este determinată de un virus (virusul poliomielitic) care pătrunde în organism prin cavitatea bucală. Poliomielita afectează creierul şi măduva spinării, producând frecvent paralizii sau chiar moartea. Vaccinarea antipoliomielitică a început în SUA în anul 1955.

De peste 20 de ani, în această ţară nu au mai fost raportate cazuri de poliomielită, dar boala este încă frecventă în unele părţi ale lumii iar virusul poate fi adus în Statele Unite. Din acest motiv, vaccinarea antipoliomielitică a copiilor continuă să fie importantă.

Există două tipuri de vaccin antipoliomielitic.

- Vaccin antipoliomielitic administrat oral (VPO) care conţine o formă vie, atenuată, a virusului poliomielitic. VPO se înghite, prezentându-se sub formă lichidă.
- Vaccin antipoliomielitic inactivat (IPV – inactivated polio-vaccine) conţine virusul omorât cu ajutorul unor substanţe chimice. IPV se administrează sub forma unei serii de injecţii.

Recomandări

În SUA se foloseşte doar IPV. Se administrează în 4 doze, la vârsta de 2 luni, 4 luni, între 6 şi 18 luni, şi în jurul vârstei de 5 ani. Ultima doză este de amplificare (de rapel).

VPO se foloseşte în ţări în care încă apar epidemii de poliomielită. Deşi ambele vaccinuri sunt eficiente, VPO asigură o protecţie mai bună împotriva epidemiilor. Totuşi, datorită faptului că VPO conţine virus poliomielitic viu, el poate produce, în cazuri foarte rare (1 caz la 2,4 milioane de doze administrate), poliomielită. Din acest motiv, ca şi datorită faptului că riscul de a contracta poliomielita este, în prezent, în SUA, redus (ca urmare a proporţiei mari de persoane vaccinate), VPO nu se mai utilizează în această ţară. Injecţiile cu IPV nu produc poliomielita.

? **Întrebare şi răspuns**

Este lipsit de riscuri să se administreze mai multe vaccinuri în acelaşi timp? Aceasta nu suprasolicită sistemul imun al copilului?

Unele vaccinuri pentru copii se administrează împreună, printr-o singură injecţie – de exemplu cele pentru rujeolă, oreion şi rubeolă (MMR - measles, mumps and rubella) şi cele pentru difterie, tetanos şi tuse convulsivă (DtaP). Dar în schema de imunizare recomandată pentru copii se precizează că se administrează maximum 3 vaccinuri în acelaşi timp.

Mulţi părinţi se îngrijorează că sistemul imun al copilului va fi suprasolicitat, apărând efecte negative. Dar unui copil nu i se face nici un rău dacă i se administrează mai mult de un vaccin o dată. Gândiţi-vă numai la faptul că în fiecare zi copiii fac faţă expunerii la mulţi germeni diferiţi. De exemplu, o infecţie faringiană streptococică expune copilul la peste 100 de antigene diferite.

Un număr mare de studii au arătat că vaccinarea simultană cu mai multe vaccinuri este convenabilă, lipsită de riscuri şi eficientă. Administrând mai multe vaccinuri o dată se reduce numărul vizitelor la cabinetul medical, reducându-se, astfel, timpul şi banii cheltuiţi de părinţi, iar pentru copil este mai puţin traumatic. De asemenea, o astfel de practică ajută la îndeplinirea cât mai rapidă a programului de vaccinare a copiilor, astfel încât aceştia să fie protejaţi în timpul primelor luni de viaţă, când sunt foarte vulnerabili.

Tetanosul

Tetanosul produce contracturi dureroase ale muşchilor, în general în tot corpul. Poate fi dificil să deschideţi gura (trismus) sau să înghiţiţi. Tetanosul nu este o boală contagioasă. Bacteria intră în corp prin răni sau tăieturi adânci sau murdare.

Recomandări

În mod obişnuit, vaccinul antitetanos se administrează combinat cu cel pentru difterie şi tuse convulsivă (vaccinul DtaP). Vaccinarea trebuie să înceapă de la vârsta de 2 luni şi se administrează sub forma unei serii de 5 injecţii pe durata primilor 6 ani de viaţă.

Începând de la vârsta de 11 sau 12 ani, oamenii trebuie să continue să fie vaccinaţi o dată la fiecare 10 ani cu forma pentru adulţi a vaccinului antitoxic diftero-tetanic (DT).

Tusea convulsivă (pertussis)

Tusea convulsivă este o afecţiune care determină accese severe de tuse, astfel încât sugarii şi copiii mici se alimentează şi chiar respiră cu dificultate. Cuvântul pertussis provine din termenul latin pentru "tuse". Aceste accese de tuse pot dura câteva săptămâni şi pot produce pneumonie, crize convulsive, leziuni cerebrale şi moarte.

Tusea convulsivă severă afectează mai ales copiii mai mici de 2 ani şi se transmite prin inhalarea picăturilor infectante care, cel mai frecvent, ajung în aer datorită accesului de tuse al unui adult care prezintă o formă uşoară de boală.

Recomandări

Vaccinarea DTaP combină vaccinurile antidifteric, antitetanos şi antipertussis. Se administrează sub forma unei serii de 5 injecţii, începând de la vârsta de 2 luni şi continuând până la 4-6 ani. Vaccinul DTaP este o variantă mai bine tolerată a unui vaccin mai vechi, numit DTP. Litera „a" provine de la cuvântul „acelular" care indică faptul că în vaccin sunt utilizate doar anumite componente de bacterie pertussis şi nu întreaga celulă.

Vechiul vaccin antipertussis conţinea bacteria întreagă, omorâtă. Acest vaccin a fost asociat cu o incidenţă mai mare a reacţiilor secundare de tipul plânsului îndelungat şi febrei ridicate. DTP nu se mai foloseşte în SUA.

Vaccinurile antigripale

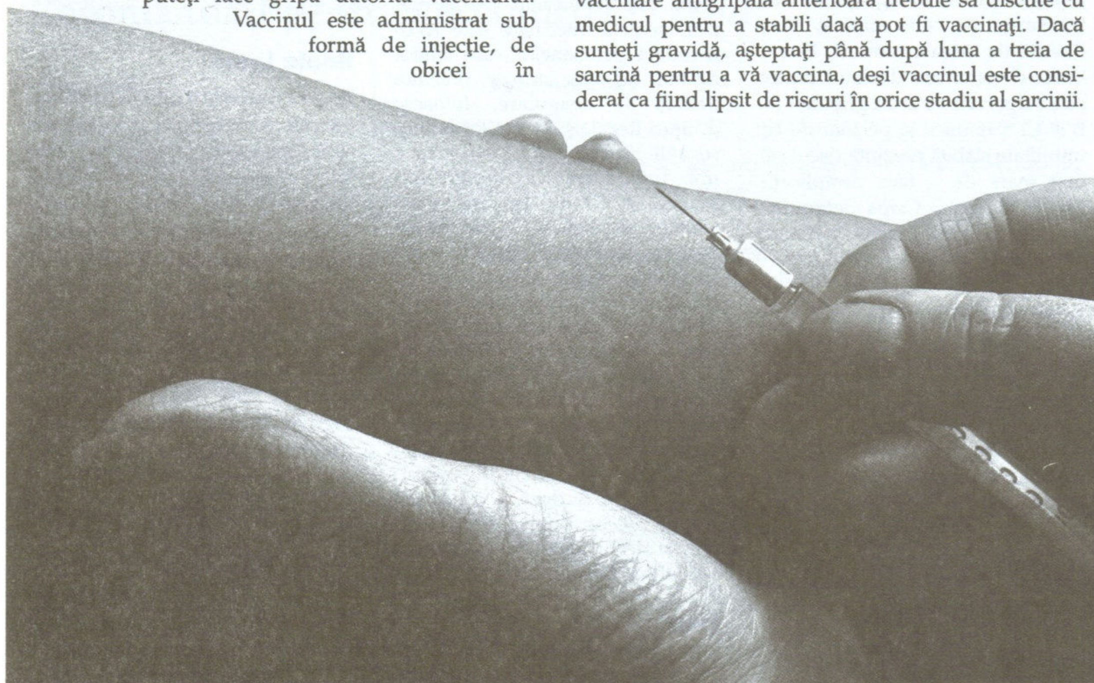
Vaccinul antigripal protejează împotriva virusurilor gripale de tip A şi B. Tipul C este mai puţin frecvent şi, de obicei, determină doar o formă uşoară de boală. Din aceste motive, acesta nu este inclus în vaccinul antigripal.

Datorită faptului că virusurile antigripale se modifică (suferă mutaţii) frecvent, vaccinul antigripal este revizuit anual pentru a-i asigura maximum posibil de eficienţă. FDA se consultă cu experţi din toată lumea cu 6-9 luni înainte de sezonul gripei pentru a decide ce tulpini de virus vor fi utilizate pentru a constitui vaccinul care va fi folosit într-un anumit an. Această decizie se bazează pe aprecierea tipurilor de virusuri care vor circula cu cea mai mare probabilitate în următorul sezon de gripă în SUA.

Vaccinul conţine virusuri înalt purificate, cultivate pe ou de găină, şi inactivate. Datorită faptului că virusurile conţinute de vaccin sunt omorâte, nu puteţi face gripă datorită vaccinului. Vaccinul este administrat sub formă de injecţie, de obicei în regiunea superioară a braţului. Copiii cu vârsta sub 9 ani care sunt vaccinaţi pentru prima oară trebuie injectaţi de două ori, la interval de 1 lună. Sunt necesare 2 săptămâni pentru instalarea protecţiei postvaccinale şi aceasta poate dura 1 an. Vaccinarea nu vă garantează că nu veţi face gripă, dar, în cazul în care vă îmbolnăviţi, aceasta va fi mai puţin severă şi se va reduce riscul necesităţii spitalizării sau al decesului datorită complicaţiilor gripei. Datorită faptului că virusul îşi modifică structura atât de rapid, este necesară o nouă vaccinare în fiecare an.

Vaccinul poate determina un anumit grad de inflamaţie la locul injectării. Un număr mic dintre cei vaccinaţi vor face febră uşoară şi vor prezenta dureri musculare minore generalizate timp de 6 până la 24 de ore după vaccinare. Aceste simptome pot dura 1 sau 2 zile.

Reacţiile severe sunt rare. Datorită posibilităţii de a prezenta o reacţie alergică, persoanele cunoscute cu reacţii alergice severe la ouăle de găină sau la o vaccinare antigripală anterioară trebuie să discute cu medicul pentru a stabili dacă pot fi vaccinaţi. Dacă sunteţi gravidă, aşteptaţi până după luna a treia de sarcină pentru a vă vaccina, deşi vaccinul este considerat ca fiind lipsit de riscuri în orice stadiu al sarcinii.



Vaccinări la adult

Mulţi adulţi cred că necesitatea vaccinării dispare după încheierea copilăriei. Ei presupun că vaccinurile administrate în copilărie îi vor proteja pentru tot restul vieţii. Aceasta este în parte corect, dar:

- Unii dintre adulţi n-au fost vaccinaţi în copilărie.
- Vaccinurile mai noi nu erau disponibile în perioada în care unii dintre adulţii de acum erau copii.
- Imunitatea poate scădea în timp.
- Cu vârsta veţi deveni mai susceptibil la boli infecţioase de tipul pneumoniei şi gripei.

În fiecare an, 20 000 sau chiar mai mulţi americani mor datorită unor boli care puteau fi prevenite prin vaccinările obişnuite ale adultului. Adesea, motivul vaccinării constă în faptul că oamenii nu sunt conştienţi de necesitatea vaccinării. Pentru adulţi se recomandă mai multe vaccinuri. În funcţie de starea dumneavoastră de sănătate, istoricul medical şi riscul expunerii la diverse boli, se stabilesc vaccinurile de care aveţi nevoie.

Varicela

Varicela este o boală virală care se transmite de la o persoană la alta prin inhalarea picăturilor respiratorii care circulă prin aer sau prin

contactul direct cu lichidul de secreţie de la nivelul erupţiei variceloase. Boala este mult mai severă la adulţi decât la copii.

Recomandări

Dacă nu aţi făcut niciodată varicelă sau nu aţi fost niciodată vaccinat împotriva acestei boli, este cazul să vă gândiţi să faceţi seria de 2 doze a vaccinării antivariceloase. Dar nu vă vaccinaţi dacă aţi prezentat vreodată o reacţie alergică severă la gelatină sau la antibioticul neomicină, ambele intrând în compoziţia vaccinului.

Gripa

Gripa este o infecţie virală respiratorie extrem de contagioasă care se transmite pe cale aeriană. Este diferită de răceala comună. Este o boală determinată de unul dintre cele 3 tipuri de virusuri gripale – A, B şi C. Vârstnicii şi persoanele cu imunitate slăbită prezintă riscul cel mai mare de a face complicaţii severe ale bolii. Gripa determină cel puţin 10 000 de decese în fiecare an în SUA.

Recomandări

Adulţii care au împlinit 50 de ani sau au depăşit această vârstă şi persoanele care prezintă un risc crescut de îmbolnăvire ar trebui să fie vaccinaţi anual. Cu toate acestea, oricine se poate vaccina pentru a reduce riscul contractării gripei. Riscul de a face complicaţii este crescut dacă:

- Trăiţi într-o instituţie de îngrijire pe termen lung sau într-un sanatoriu, indiferent de vârstă.
- Suferiţi de o afecţiune severă, cronică, de tipul bolilor cardiace, pulmonare (inclusiv astmul), metabolice (inclusiv diabetul), renale sau anemie.
- Sistemul dumneavoastră imun este deprimat datorită infecţiei cu virusul imunodeficienţei umane (HIV), SIDA sau altor boli care afectează sistemul imun, sau datorită medicamentelor care îl slăbesc, de tipul corticosteroizilor sau chimioterapiei.
- Veţi fi gravidă în timpul sezonului de gripă.
- Lucraţi în serviciile medicale sau de sănătate publică, venind în contact cu persoane care prezintă un risc crescut de îmbolnăvire.
- Locuiţi cu persoane care prezintă un risc înalt de îmbolnăvire.

Hepatita A

Hepatita A este o boală hepatică determinată de virusul hepatitic A. În general, se transmite prin consumarea alimentelor sau apei contaminate, sau prin contact personal direct.

Recomandări

Seria de 2 doze care constituie vaccinare antihepatitică A se administrează persoanelor care locuiesc în sau vor călători în zone în care boala este prevalentă. De asemenea, această vaccinare este recomandată persoanelor care suferă de boli hepatice cronice, prezintă deficit de coagulare, folosesc droguri ilegale şi bărbaţilor homosexuali. Este bine să fie vaccinaţi şi unii dintre lucrătorii din industria alimentară sau din serviciile alimentaţie publică şi lucrătorii din centrele de îngrijire pentru copii. Vaccinarea este contraindicată în cazul în care manifestaţi hipersensibilitate la aluminiu sau 2-fenoxietanol (o substanţă folosită cu rol de conservant).

Pentru adulţii cu risc înalt de expunere la ambele virusuri, este disponibil un vaccin combinat, antihepatitic A şi B. Se administrează în 3 doze – deci mai puţine decât dozele din cazul administrării separate a ambelor vaccinuri (care sunt 5).

Hepatita B

Hepatita B este o boală virală care se transmite prin sângele infectat, contact sexual sau de la mamă la făt. În peste 1/3 din cazuri nu există nici un factor de risc cunoscut. Boala poate produce leziuni hepatice sau chiar cancer hepatic.

Recomandări

Vaccinarea, care se administrează în 3 doze, este recomandată următorilor:

- adolescenţilor care nu au fost vaccinaţi;
- lucrătorilor din serviciile medicale sau de sănătate publică care ar putea fi expuşi contactului cu sânge şi lichide corporale infectate;
- persoanelor care îşi injectează droguri ilegale;
- partenerilor sexuali ai persoanelor cu hepatita B;
- persoanelor active sexual cu parteneri multipli;
- homosexualilor;
- persoanelor care fac dializă;
- anumitor persoane care călătoresc în străinătate.

Pentru adulţii cu risc înalt de expunere la ambele virusuri, este disponibil un vaccin combinat, antihepatitic A şi B. Se administrează în 3 doze – mai puţin decât cele 5 doze necesare în cazul administrării separate a ambelor vaccinuri.

Boala Lyme

Boala Lyme este o infecţie bacteriană care se transmite prin înţepătura căpuşelor infectate. Boala este foarte frecventă în nord-estul şi nordul SUA şi o parte din California.

S-a realizat un vaccin – Lymerix – împotriva acestei boli, dar în anul 2002, a fost retras de pe piaţă de către producători datorită cererii scăzute. Probabil că vor apărea şi alte vaccinuri. Dacă trăiţi într-o zonă în care boala Lyme este îngrijorătoare, discutaţi cu medicul dumneavoastră despre metodele de prevenire cele mai potrivite.

Pojarul, oreionul şi rubeola

Pojarul, oreionul şi rubeola sunt boli infecţioase virale care pot determina complicaţii severe la adulţi. Virusurile se transmit de la o persoană la alta prin inhalarea picăturilor aeriene infectante.

Recomandări

Trebuie vaccinată orice persoană în vârstă de cel puţin 18 ani care s-a născut după 1956 şi nu are dovezi care să indice că a avut aceste boli (pojar, oreion, rubeolă) sau a fost vaccinată împotriva lor. Se recomandă 1 sau 2 doze, mai ales pentru studenţi, lucrători din serviciile medicale sau cei care

călătoresc în străinătate. Vaccinarea este contraindicată la gravide, persoanelor cu sistem imun deprimat sau care sunt alergice la antibioticul neomicină. După vaccinare, femeile trebuie să evite conceperea unui copil timp de 30 de zile.

Infecţia meningococică

Infecţia meningococică este produsă de bacteria *Neisseria meningitidis*. Poate determina infecţii ale sângelui (septicemia) şi meningita – infecţia învelişurilor creierului şi măduvei spinării. Infecţia meningococică poate produce surditate, probleme la nivelul sistemului nervos, crize convulsive, atacuri cerebrale, retardare mentală şi moarte.

Recomandări

Vaccinarea antimeningococică nu se recomandă de rutină pentru populaţia generală. Se recomandă persoanelor cu risc crescut de îmbolnăvire în timpul unei epidemii, în cazul celor cu imunitate compromisă datorită lipsei unei spline funcţionale şi celor care călătoresc în ţări în care infecţia meningococică este îngrijorătoare. Datorită faptului că studenţii din anul întâi şi, mai ales, cei care trăiesc în dormitoare comune prezintă risc crescut de îmbolnăvire, trebuie avuţi în vedere pentru vaccinare înainte de începerea colegiului.

Infecţia pneumococică

Infecţia pneumococică este o infecţie bacteriană severă care poate determina pneumonie, infecţii ale sângelui, ale urechii (otite), sinuzite şi meningite. Boala este mai severă la vârstnici şi la bolnavii cronici.

Recomandări

Persoanele în vârstă de 65 de ani şi mai mult trebuie să facă vaccinul pe bază de polizaharid

Recomandări pentru vaccinurile la adult

Vaccinul	Recomandări
Antivaricelos (VZV)	O serie de 2 doze pentru orice adult care nu a făcut boala sau nu a fost vaccinat împotriva ei.
Antigripal	În fiecare an pentru persoanele de 50 de ani sau mai mult, ca şi pentru cei cu risc crescut de îmbolnăvire.
Antihepatită A (Hep A)	O serie de 2 doze pentru cei care călătoresc sau pentru persoanele din categoriile cu risc înalt de îmbolnăvire.
Antihepatită B (Hep B)	O serie de 3 doze pentru persoanele cu risc crescut de îmbolnăvire, lucrătorii din serviciile de sănătate sau celor care ar putea fi expuşi contactului cu sânge sau lichide corporale infectate.
Antirujeolic, antiurlian, antirubeolic (MMR)	1 sau 2 doze pentru adulţii născuţi după 1956 care nu au dovezi că ar fi făcut boala sau ar fi fost vaccinaţi împotriva ei.
Antimeningococic	O doză în cazul persoanelor cu sistem imun compromis şi a celor care călătoresc în anumite ţări. Studenţii din anul întâi prezintă risc crescut pentru infecţia meningococică şi ar trebui să aibă în vedere vaccinarea.
Vaccinul pneumococic polizaharidic (PPV-23)	Persoanele de 65 de ani sau mai mult, sau adulţii indiferent de vârstă care prezintă o afecţiune medicală ce creşte riscul infecţiei. Persoanele cu probleme de sănătate şi cei care au fost vaccinaţi pentru prima dată înainte de 65 de ani pot avea nevoie de o a doua doză.
Vaccinul antitoxic diftero-tetanic (DT)	Doze de rapel (amplificare) la fiecare 10 ani pentru populaţia generală şi cât mai rapid posibil în cazul unei răni adânci sau murdare.

Ce persoane trebuie să evite vaccinurile cu virusuri vii?

De obicei, vaccinurile cu virusuri vii a căror virulenţă a fost slăbită (atenuată) sunt obţinute pornind de la germenul care produce boala în mod natural. Procedeul constă în trecerea virusului sau bacteriei prin culturi succesive de celule până când capacitatea germenului de a produce boala scade. Vaccinurile cu virusuri sau bacterii vii atenuate pot infecta omul dar, în mod obişnuit, nu determină o formă severă de boală.

Vaccinuri de acest tip sunt:

- Antirujeolic (pentru pojar)
- Antiurlian (pentru oreion)
- Antirubeolic (pentru rubeolă)
- Antivaricelos (pentru varicelă)

În cazul în care sistemul imun al respectivei persoane este slăbit, există un risc – foarte mic – ca vaccinul cu virus viu atenuat să producă boala. Din acest motiv, vaccinurile cu virusuri vii atenuate nu sunt recomandate anumitor categorii de persoane printre care femeile gravide şi cu un sistem imun deprimat. Femeile cărora li s-a administrat un vaccin pe bază de virusuri vii atenuate sunt sfătuite să evite conceperea unui copil timp de 1-3 luni după vaccinare.

Discutaţi cu medicul dumneavoastră înaintea administrării unuia dintre aceste vaccinuri dacă:

- Sunteţi infectat cu virusul imunodeficienţei umane (HIV), aveţi SIDA sau altă boală care vă afectează sistemul imun.
- Faceţi tratamente cu medicamente care afectează sistemul imun – de tipul corticoterapiei – timp de cel puţin 2 săptămâni.
- Aveţi orice tip de cancer.
- Faceţi tratament pentru cancer – chimioterapie sau radioterapie.
- Aţi suferit recent o transfuzie cu sânge sau cu produse din sânge.
- Aveţi tuberculoză

penumococic (PIV). Acest vaccin este recomandat persoanelor adulte, indiferent de vârstă, dacă:

- suferă de o boală cronică, cu risc crescut de dezechilibrare, ca diabetul sau boli cardiace, pulmonare sau renale;
- au sistemul imun deprimat;
- li s-a scos splina;
- trăiesc într-un sanatoriu sau într-o instituţie de îngrijire pe termen lung;
- au suferit un transplant.

Persoanele cu vârsta de 65 de ani sau mai mult, cu o stare de sănătate bună, au nevoie doar de o doză de vaccin. Cei care au fost vaccinaţi pentru prima dată înainte de 65 de ani, trebuie revaccinaţi peste 5 ani cu o doză de rapel (amplificare). Puteţi face vaccinarea antipneumococică în orice perioadă a anului, dar este mai convenabil să vi se administreze o dată cu cea antigripală.

Tetanosul şi difteria

Tetanosul, cunoscut şi ca trismus, este o infecţie bacteriană care se dezvoltă în răni contaminate. Difteria este în primul rând o infecţie bacteriană a gâtului, care se transmite prin inspirarea picăturilor infectante din aer.

Recomandări

Pentru adulţi se recomandă o doză de amplificare (rapel) cu vaccin antitoxic diftero-tetanic (DT) o dată la 10 ani. Dacă aveţi o rană adâncă sau murdară, poate fi necesară administrarea unei doze de rapel în cazul în care au trecut mai mult de 5 ani de la ultima vaccinare DT. Dacă nu aţi fost niciodată vaccinat antitetanic, trebuie să vi se administreze o serie de 3 doze.

Alimentaţia sănătoasă

Indiferent dacă mâncaţi ca să trăiţi sau trăiţi pentru a mânca, în mod sigur vă interesează mâncarea. Aceasta reprezintă una dintre cele mai mari plăceri ale vieţii şi este indispensabilă pentru viaţă. Hrana este atât de importantă încât de la începuturile istoriei cunoscute a stat la baza ritualurilor în orice societate.

Hrana pe care o consumaţi reprezintă sursa de energie şi substanţe nutritive pentru corpul dumneavoastră. Procurarea hranei în cantitate suficientă reprezintă rareori o problemă pentru cei mai mulţi dintre americani, dar alimentaţia sănătoasă poate fi mai dificilă. Multe boli cronice, printre care bolile cardiovasculare, diabetul, osteoporoza şi cancerul, sunt în parte determinate de consumul excesiv al anumitor alimente şi consumul insuficient al altora.

Conform *US Surgeon General*, factorii alimentari şi lipsa de activitate fizică sunt implicaţi în peste 300 0000 de decese în fiecare an. Numărul persoanelor supraponderale este în creştere, în special printre copii. Faptul că sunteţi supraponderal vă creşte riscul de a face o serie de boli.

Din aceste motive, alimentaţia sănătoasă şi menţinerea unei greutăţi corporale normale reprezintă componente esenţiale ale stilului de viaţă sănătos. Alegerile pe care le faceţi zilnic în selectarea şi prepararea alimentelor contribuie la felul în care vă veţi simţi şi la cât de bine veţi trăi în anii care vor urma. Pentru a vă simţi bine, a ţine bolile la distanţă şi a fi în formă maximă, trebuie să aveţi o dietă echilibrată din punct de vedere nutritiv.

Contrar opiniei generale, pentru a mânca mai sănătos nu sunt necesare schimbări drastice în dieta dumneavoastră. Alimentaţia echilibrată nu impune renunţarea la mâncărurile dumneavoastră favorite sau studierea atentă a reţetelor noi, examinarea amănunţită a etichetelor şi descoperirea unor alimente exotice. În cazul majorităţii oamenilor, câteva mici modificări pot avea efecte importante asupra sănătăţii lor.

Acest capitol vă oferă o privire generală asupra elementelor de bază cu privire la alimentaţia sănătoasă şi recomandările nutriţionale pentru populaţia generală. Sunt prezentate o serie de programe de alimentaţie sănătoasă şi este discutat rolul alimentaţiei în prevenirea şi tratamentul anumitor boli. Aplicând principiile prezentate în acest capitol în alimentaţia dumneavoastră zilnică, veţi fi capabil să vă menţineţi o greutate normală, să fiţi plin de energie şi să consumaţi toate substanţele nutritive necesare.

Noţiuni elementare de nutriţie

Nici un aliment nu furnizează toate substanţele nutritive necesare pentru a acoperi nevoile energetice ale organismului dumneavoastră. Consumarea unor alimente variate vă asigură substanţele nutritive şi alte substanţe necesare pentru o sănătate bună.

O dietă sănătoasă este cea în care predomină legumele, fructele, cerealele integrale şi, ca surse de proteine, pe cele sărace în grăsimi: leguminoasele, peştele, lactatele cu conţinut scăzut în grăsimi şi carnea slabă. O astfel de alimentaţie asigură o nutriţie optimă şi vă ajută să vă menţineţi o greutate corporală sănătoasă. Doar prin simplul fapt că mâncaţi mai multe vegetale, cereale, fructe, legume, leguminoase – puteţi mări varietatea dietei dumneavoastră şi conţinutul în substanţe nutritive care promovează sănătatea.

Consideraţiile nutriţionale nu reprezintă singurul motiv pentru care trebuie să aveţi o dietă variată. Alegând dintre mai multe arome, culori şi consistenţe ale diferitelor alimente, cresc şi plăcerea şi satisfacţia dumneavoastră. Dacă, de exemplu, dintre fructe vă limitaţi la banane, pierdeţi deliciile pe care le oferă alte fructe – murele, kiwi şi mango – pentru a nu numi decât câteva.

Aflând mai multe despre felul în care organismul dumneavoastră utilizează substanţele nutritive provenite din diferite alimente, puteţi înţelege mai bine felul în care obiceiurile alimentare vă afectează sănătatea.

Substanţele nutritive

Zilnic, corpul dumneavoastră are nevoie de o anumită cantitate de energie pentru a funcţiona normal. Energia este furnizată de substanţele nutritive principale din alimente: carbohidraţii, proteinele şi grăsimile. Alte componente provenite din alimente sunt necesare în cantităţi mult mai mici. Printre acestea se numără aminoacizii esenţiali, acizii graşi, vitaminele şi mineralele. Fiecare constituent alimentar are un rol diferit în reglarea, creşterea şi vindecarea celulelor organismului dumneavoastră.

Carbohidraţii

Carbohidraţii (glucidele) reprezintă sursa principală de energie a organismului – combustibilul principal pentru celulele dumneavoastră. Carbohidraţii sunt din categoria amidonului sau a zaharurilor. Cei din categoria amidonului – care se găsesc mai ales în pâine, orez, paste făinoase, cereale, fructe şi legume – sunt cunoscuţi sub denumirea de glucide complexe. Cei din categoria zaharurilor – care se găsesc în fructe, alimente preparate cu zahăr, cum sunt bomboanele şi alte dulciuri – se numesc glucide simple (carbohidraţi simpli). Prin digestie, glucidele complexe sunt transformate în zaharuri simple, acestea constituind combustibilul pe care îl utilizează organismul.

Aproximativ 55-65% din caloriile zilnice trebuie să fie asigurate de carbohidraţi. Încercaţi ca majoritatea acestora să provină din carbohidraţi complecşi. Zahărul, obţinut din trestie de zahăr sau sfeclă de zahăr (sucroză) şi siropul de porumb (care conţine fructoză) intră în dieta americanului obişnuit într-o proporţie considerabilă. Spre deosebire de carbohidraţii complecşi şi cei simpli care se găsesc în lapte şi fructe, aceste produse nu conţin substanţele nutritive folositoare.

Fibrele

Fibrele reprezintă componenta vegetală pe care organismul nu o digeră. Există 2 tipuri de fibre – solubile şi insolubile. În general, alimentele bogate în fibre conţin ambele tipuri. Unele alimente sunt mai bogate în fibre solubile. Printre acestea sunt citricele, căpşunele, merele, leguminoasele, făina de ovăz şi tărâţele de ovăz. Fibrele insolubile se găsesc în tărâţele de grâu, pâinea integrală, pastele integrale, cerealele integrale şi în multe legume. Cerealele integrale – de la care nu s-au îndepărtat tărâţele – aşa cum este făina de grâu integrală – reprezintă o sursă mai bună de fibre decât cerealele fără tărâţe – cum este făina albă de grâu.

Fibrele solubile ajută la reducerea colesterolului sangvin şi a glicemiei („zahărul" din sânge). Fibrele insolubile reţin apa şi dau volum scaunului, ajutând la prevenirea constipaţiei. Aveţi nevoie de 20-35 g de fibre în fiecare zi. Majoritatea oamenilor consumă cam jumătate din această cantitate.

Proteinele

Organismul dumneavoastră are nevoie de proteine pentru a forma şi sintetiza ţesuturi (aşa cum sunt muşchii şi diferitele organe). Proteinele sunt compuse din unităţi numite aminoacizi. În mod normal, organismul dumneavoastră poate produce anumiţi aminoacizi, dar nu pe toţi. Aminoacizii care trebuie furnizaţi de alimente se numesc aminoacizi esenţiali.

Sursele de proteine sunt variate. Cerealele şi legumele furnizează cantităţi reduse de proteine. O dietă bazată pe vegetale care cuprinde o varietate mare de cereale, leguminoase, legume, nuci şi seminţe vă poate asigura necesarul zilnic de proteine. Carnea, produsele marine, carnea de pasăre, ouăle, produsele din soia şi produsele lactate constituie cele mai bogate surse de proteine. Nu trebuie să consumaţi cantităţi mari pentru a obţine aminoacizii esenţiali. Aproximativ 12% din caloriile zilnice trebuie să provină din proteine.

Grăsimile

Grăsimile reprezintă sursa cea mai concentrată de energie Dieta dumneavoastră trebuie să cuprindă şi o anumită cantitate de grăsimi pentru ca organismul să funcţioneze corect. Totuşi, grăsimile în cantităţi prea mari pot avea un efect negativ asupra sănătăţii dumneavoastră.

Grăsimile se găsesc în mod natural într-o serie de alimente şi se prezintă sub mai multe forme. Le găsim în alimentele de origine animală, cum sunt carnea, carnea de pasăre şi peştele, ca şi în alimente de origine vegetală cum sunt avocado şi măslinele.

Chimiştii clasifică grăsimile în funcţie de structura moleculară a unităţilor componente care se numesc acizi graşi. Acizii graşi pe care organismul nu îi poate sintetiza se numesc esenţiali. Aceştia trebuie preluaţi din alimente. Alte tipuri de acizi graşi sunt cei saturaţi şi cei nesaturaţi. Acizii graşi nesaturaţi se subîmpart în mononesaturaţi şi polinesaturaţi.

Multe alimente conţin un amestec de acizi graşi în proporţii diferite. De exemplu, deşi uleiul de măsline este considerat o grăsime mononesaturată, conţine cantităţi mici de acizi graşi saturaţi şi polinesaturaţi.

Încercaţi să limitaţi consumul de grăsimi la maximum 30% din caloriile zilnice şi cantitatea de grăsimi saturate la maximum 10% din caloriile zilnice.

Grăsimile saturate

În general, grăsimile saturate se prezintă sub formă solidă sau ceroasă la temperatura camerei. Râncezesc mai greu, de aceea sunt utilizate la prepararea multor alimente care să poată fi depozitate timp îndelungat. Alimentele bogate în grăsimi saturate sunt untul, brânza, laptele integral, smântâna, ciocolata, uleiul de cocos, uleiul de palmier, untura şi grăsimile solide folosite în patiserie.

Carnea – de vită, porc sau miel – poate fi bogată în grăsimi, majoritatea acestora fiind saturate. În carnea de pasăre, cea mai mare parte din grăsime se găseşte în piele.

Grăsimile polinesaturate

În general, grăsimile polinesaturate sunt lichide la temperatura camerei sau dacă sunt ţinute în frigider. Alimentele bogate în acest tip de grăsimi sunt uleiurile vegetale ca uleiul de şofran, porumb, floarea-soarelui, soia şi uleiul din seminţe de bumbac.

Grăsimile mononesaturate

Grăsimile mononesaturate sunt lichide la temperatura camerei, dar încep să se solidifice în frigider. Alimentele bogate în grăsimi mononesaturate sunt măslinele, uleiul de arahide, uleiul de canola, avocado şi majoritatea nucilor şi alunelor.

Grăsimile de tip trans

Grăsimile de tip trans se obţin prin adăugarea de hidrogen uleiurilor vegetale printr-un proces numit hidrogenare. Astfel, grăsimile devin mai solide şi se alterează mai greu. Grăsimile hidrogenate constituie un ingredient obişnuit în produsele de patiserie comerciale şi în alte alimente gata preparate. De asemenea, majoritatea margarinelor şi a grăsimilor folosite în patiserie sunt bogate în grăsimi de tip trans.

Grăsimile şi colesterolul sangvin

Diversele tipuri de grăsimi alimentare au efecte diferite asupra colesterolului sangvin. Colesterolul sangvin total poate fi împărţit în 2 componente majore – colesterolul conţinut în lipoproteinele cu densitate mică (low density lipoproteins – LDL), numit în mod obişnuit „colesterol rău", şi colesterolul conţinut în lipoproteinele cu densitate mare (high - density lipoproteins – HDL), denumit şi colesterol „bun". LDL-colesterolul se depune la nivelul arterelor, îngustându-le şi crescând riscul pentru boli cardiovasculare de tipul infarctului miocardic. HDL-colesterolul preia colesterolul depozitat pe pereţii arteriali, scăzând riscul pentru bolile cardiovasculare.

Grăsimile saturate cresc colesterolul total din sânge, mai ales prin creşterea LDL-colesterolului. Grăsimile mononesaturate au efect de scădere a LDL-colesterolului împiedicând scăderea HDL-colesterolului. Grăsimile polinesaturate reduc colesterolul total, reducând şi HDL-colesterolul care are efect protector. Efectele grăsimilor de tip trans nu sunt bine precizate. Se presupune că au efecte negative asupra grăsimilor din sânge, crescând LDL-colesterolul şi scăzând HDL-colesterolul.

Efectele grăsimilor asupra colesterolului sangvin

Tipul de grăsime	Colesterol total	LDL-colesterol	HDL-colesterol
Grăsimi saturate	creşte	creşte	fără efect
Grăsimi mononesaturate	scade	scade	este protejat
Grăsimi polinesaturate	scade	scade	scade

Este bine ca în dieta zilnică să introduceţi mai ales grăsimi mononesaturate, cum sunt uleiul de măsline şi uleiul de canola. Evitaţi sau limitaţi grăsimile saturate şi grăsimile de tip trans. Majoritatea grăsimilor saturate provin din alimente de tipul cărni şi produselor lactate.

Apa

Apa pare atât de obişnuită încât aţi putea uita rolul ei vital pentru sănătate. Are un rol important în aproape fiecare funcţie importantă a organismului. Ea reglează temperatura corpului, transportă substanţele nutritive şi oxigenul la celule, şi ajută la eliminarea deşeurilor. De asemenea, apa amortizează mişcările la nivelul articulaţiilor şi ajută la protejarea diferitelor organe şi ţesuturi.

Majoritatea adulţilor trebuie să bea 6-8 pahare de apă zilnic pentru o hidratare corectă. În unele situaţii este nevoie de mai multă apă – de exemplu, când transpiraţi într-o zi călduroasă, faceţi un efort fizic intens sau în timpul alăptării. Copiii mici şi vârstnicii pot să nu simtă setea, de aceea este important să li se dea să bea lichide regulat.

Puteţi să vă asiguraţi o parte din necesarul de apă consumând lapte, sucuri sau supă. Băuturile care conţin cofeină sau alcool pot produce deshidratarea şi nu ar trebui calculate ca aport de apă.

Pentru a vă creşte consumul de apă:

- În pauze, beţi apă în loc de cafea.
- Când călătoriţi sau la serviciu, luaţi cu dumneavoastră apă îmbuteliată.
- Beţi un pahar cu apă la mese sau cu ocazia gustărilor.
- La întrunirile sociale înlocuiţi băuturile alcoolice cu apă minerală.

Vitaminele

Vitaminele sunt esenţiale pentru viaţă. Ele sunt implicate în multe funcţii ale organismului. Vitaminele vă fac organismul capabil să prelucreze proteinele, carbohidraţii şi grăsimile. De asemenea, anumite vitamine ajută la producerea celulelor sangvine, a hormonilor, a materialului genetic şi a unor substanţe importante pentru sistemul nervos. Organismul nu poate sintetiza cantităţile necesare din majoritatea vitaminelor, deci acestea trebuie să fie preluate din alimente. Cele 14 vitamine esenţiale se împărat în 2 categorii: liposolubile (solubile în grăsimi) şi hidrosolubile (solubile în apă).

Vitamine liposolubile

Vitaminele liposolubile sunt A, D, E şi K. Ele se depozitează în ţesutul gras din organism. De asemenea, vitaminele A şi D sunt depozitate şi în ficat, iar rezervele sunt suficiente pentru 6 luni. În cazul vitaminei K, rezervele ajung doar pentru câteva zile, iar cele pentru vitamina E o perioadă intermediară între acestea. Datorită faptului că se depozitează, vitaminele liposolubile în exces se pot acumula în organism până la niveluri toxice. Organismul este sensibil mai ales la excesul de vitamina A şi D.

Vitaminele hidrosolubile

Vitaminele hidrosolubile includ vitamina C, colina, biotina şi cele 7 vitamine B. Acestea sunt depozitate în organism în cantităţi mult mai mici decât vitaminele liposolubile.

Unii consideră că vitaminele liposolubile nu prezintă pericol chiar dacă sunt consumate în cantităţi mari, dar aceasta nu este întotdeauna adevărat. Consumul unor cantităţi excesive din unele vitamine hidrosolubile, printre care vitamina B_6, acidul folic (B_9), niacina (B_3) şi vitamina C, poate determina efecte adverse.

Mineralele

Pentru a funcţiona normal, organismul dumneavoastră are nevoie şi de 16 minerale. Mineralele principale (macroelementele) sunt calciul, magneziul, fosforul, potasiul, sodiul şi clorul. Calciul, fosforul şi magneziul sunt importante pentru dezvoltarea normală şi menţinerea în stare bună a oaselor şi a dinţilor. Sodiul, potasiul şi clorul, numiţi şi electroliţi, ajută la reglarea echilibrului hidric şi electrolitic în organism. De asemenea, potasiul este un component major al muşchilor.

Organismul are nevoie de cantităţi mai mici din restul mineralelor, numite microelemente. Acestea cuprind: fierul, iodul, zincul, cuprul, fluorul, seleniul şi manganul, printre altele.

Vitamina D



Calciul este esenţial pentru a avea oase puternice, dar pentru a creşte cantitatea de calciu care ajunge la oase, aveţi nevoie şi de vitamina D.

Organismul dumneavoastră produce vitamina D din două surse – lumina soarelui şi alimente. Majoritatea vitaminei D din organism se formează prin expunerea la soare. Când sunteţi expus la razele ultraviolete, o substanţă din pielea dumneavoastră se transformă într-o formă a vitaminei D. Apoi, ficatul şi rinichii o vor transforma într-o formă activă, pe care organismul o poate utiliza.

Gălbenuşul de ou şi grăsimea unor peşti ca heringul, macroul şi somonul sunt surse naturale de vitamina D. Unele produse alimentare sunt îmbogăţite cu vitamina D (laptele şi unele cereale pentru micul dejun).

Unele persoane nu au suficientă vitamina D fie datorită lipsei expunerii la soare, fie datorită consumului redus de alimente care conţin vitamina D. În plus, cu vârsta, sinteza vitaminei D la nivelul pielii este mai puţin eficientă, iar organismul absoarbe mai puţin vitamina D din alimente.

Dacă nu consumaţi alimente care conţin vitamina D sau vă petreceţi prea puţin timp în aer liber, ar trebui să vă gândiţi să luaţi suplimente care conţin vitamina D pentru a vă asigura necesarul zilnic. Persoanele în vârstă de 70 de ani sau mai tinere, n-ar trebui să ia mai mult de 400 de unităţi internaţionale (UI) pe zi, în afara cazului în care medicul le prescrie cantităţi mai mari. Pentru persoanele de peste 70 de ani, se recomandă 600 UI pe zi.

Deşi expunerea excesivă la soare nu este sănătoasă pentru piele, puţin soare – aproximativ 15 minute pe zi – poate fi benefic pentru oasele dumneavoastră.

Suplimente vitaminice și minerale



Puteți să vă asigurați necesarul zilnic de vitamina C mâncând o portocală sau luând o tabletă de vitamina C. Care este varianta mai bună? În majoritatea cazurilor, portocala. Cel mai bun mod de a vă asigura necesarul de vitamine și minerale este prin alimentație, nu prin suplimente.

Mulți adulți americani iau suplimente vitaminice în mod obișnuit. Unii le privesc ca pe concentrate care înlocuiesc alimentele. Alții le văd ca pe o asigurare împotriva bolii, care nu fac nici un rău.

Un supliment multivitaminic și mineral care vă asigură aproape 100% din recomandările nutriționale nu face rău și poate fi benefic în cazul în care dieta dumneavoastră nu cuprinde o varietate largă de alimente. Dar suplimentele nu pot furniza alte elemente importante conținute în alimente.

Înainte de a lua orice alt supliment decât cele obișnuite cu multivitamine și minerale, discutați cu medicul dumneavoastră sau cu un dietetician acreditat. De asemenea, este important să nu luați cantități mai mari decât cele recomandate. Multe substanțe pot fi dăunătoare în cantități mari.

Avantajele alimentelor

Alimentele prezintă o serie de avantaje pe care o pastilă nu le oferă:

- *Alimentele sunt complexe.* Conțin o varietate de substanțe de care organismul dumneavoastră are nevoie. O portocală, de exemplu, furnizează nu doar vitamina C, ci și beta caroten, calciu și alte substanțe nutritive.
- *Alimentele furnizează fibre.* Fibrele sunt importante pentru digestie și pot contribui la prevenirea bolilor cardiace, diabetului și constipației.
- *Alimentele conțin fitoncide.* Fructele și legumele conțin compuși numiți fitoncide de tipul licopenelor și flavonoidelor. Fitoncidele sunt compuși produși în mod natural de către plante pentru a se proteja de virusuri, bacterii și fungi. Spre deosebire de vitamine și minerale, în cazul fitoncidelor nu există o valoare nutritivă cunoscută, dar pot proteja împotriva unor boli cum ar fi cancerul, bolile cardiace, osteoporoza și diabetul.

Cine are nevoie de suplimente?

În cazul majorității oamenilor, o dietă echilibrată asigură cantități adecvate de vitamine și minerale. Cu toate acestea, un supliment vitaminic sau mineral poate fi recomandat dacă:

- *Ați depășit vârsta de 65 de ani.* Pe măsură ce înaintați în vârstă, problemele de sănătate vă pot impune o dietă săracă, ce nu vă asigură vitaminele și mineralele de care aveți nevoie. În plus, organismul dumneavoastră poate să nu mai fie capabil să absoarbă vitaminele B_6, B_{12} și D așa cum o făcea altădată, deci este necesară suplimentarea. De asemenea, s-a demonstrat că administrarea multivitaminelor poate să îmbunătățească funcționarea sistemului imun și să scadă riscul contractării unor infecții pe măsură ce înaintează în vârstă.
- *Sunteți o femeie în perioada de postmenopauză.* Pentru unele femei, poate fi dificil să-și asigure prin alimentație cantitățile de calciu și vitamina D recomandate fără a apela la suplimente. S-a arătat că atât suplimentele cu calciu, cât și cele cu vitamina D protejează împotriva osteoporozei.
- *Nu aveți o alimentație sănătoasă.* În cazul în care nu consumați cele 5 porții de fructe și legume recomandate zilnic, este bine să luați un supliment cu multivitamine. Totuși, cel mai bine ar fi să vă schimbați în bine obiceiurile alimentare.
- *Țineți un regim cu foarte puține calorii.* În cazul în care consumați sub 1000 de calorii pe zi, puteți beneficia de suplimentele cu vitamine și minerale.
- *Fumați.* Tutunul reduce absorbția multor vitamine și minerale printre care vitamina B_6, vitamina B_{12}, vitamina C, folatul și niacina.
- *Consumați alcool în exces.* Consumul excesiv de alcool poate afecta digestia și absorbția tiaminei, folatului și a vitaminelor A, D și B_{12}. Alterările metabolice afectează și mineralele cum sunt zincul, seleniul, magneziul, și fosforul.
- *Vă pregătiți să concepeți un copil, sunteți gravidă sau alăptați.* În aceste perioade aveți nevoie de cantități mai mari din anumite substanțe nutritive și mai ales de acid folic – forma sintetică a folatului. Acidul folic contribuie la prevenirea defectelor de tub neural de tipul spina bifida la făt. Suplimentele cu fier administrate în timpul sarcinii pot preveni instalarea anemiei la mamă.
- *Aveți o dietă specială sau suferiți de o boală cronică.* Dacă dieta dumneavoastră este puțin variată datorită unei intoleranțe sau a unei alergii alimentare, puteți beneficia de suplimentele cu vitamine și minerale. Dacă aveți o dietă vegetariană din care eliminați orice produs de natură animală, puteți avea nevoie de suplimente cu vitamina B_{12} și zinc. Dacă nu consumați produse lactate sau nu stați la soare 15 minute pe zi, poate fi necesar să luați suplimente cu calciu și vitamina D.

Unele boli cronice pot crește necesarul dintr-o serie de substanțe nutritive, vă pot afecta apetitul sau pot afecta modul în care organismul folosește substanțele nutritive. În aceste cazuri, pot fi necesare suplimentele.

În cazul copiilor mici, adolescenților și femeilor de vârstă fertilă, este foarte important să se asigure un aport adecvat de fier pentru a permite creșterea și dezvoltarea, și pentru a preveni boli de tipul anemiei feriprive.

Alimente cu un conținut mare de fier sunt:

- Crustacee – creveți, scoici, midii și stridii.
- Carne slabă, mai ales de vită și organe, dar care au și un conținut mare de colesterol.
- Curcan.
- Sardine.
- Spanacul și alte verdețuri cu frunze închise la culoare.
- Fasolea, mazărea și lintea uscată.
- Cereale îmbogățite cu fier.
- Pâine îmbogățită cu fier, pâine integrală.

Caloriile

O calorie reprezintă o unitate de măsură a energiei. Când carbohidrații, proteinele și grăsimile sunt metabolizate în organism, se produce energie, care se măsoară în unități numite kilocalorii. Kilocaloria – numită în mod obișnuit calorie – este utilizată pentru a aprecia atât energia furnizată de alimente cât și energia necesară organismului pentru a funcționa. Definiția ei este: cantitatea de energie necesară pentru a ridica temperatura unui kilogram de apă cu un grad Celsius.

Nevoile energetice ale diferitelor persoane variază în funcție de activitatea fizică, dimensiunile corpului, sex și vârstă. Un adult obișnuit are nevoie de aproximativ 1 900 de calorii pe zi. O femeie vârstnică, mică de înălțime și sedentară are nevoie doar de 1 600 de calorii pe zi, iar un bărbat tânăr, activ fizic poate avea nevoie de peste 2 800 de calorii pe zi.

Termenul de „calorii goale" se referă adesea la zahăr și alcool. Acestea furnizează energia (calorii), dar nici o altă substanță nutritivă importantă, cum sunt vitaminele și mineralele. Consumul ocazional de zahăr și alcool în cantități mici nu este dăunător, atât timp cât consumați o varietate de alte alimente care să vă asigure substanțele nutritive importante. Dar prea multe calorii furnizate zilnic de zahăr și alcool vă pot submina eforturile de menținerea a unei greutăți normale.

Compoziția corpului uman

Afirmația „sunteți ceea ce mâncați" este adevărată. În corpul uman, componentele principale sunt aceleași substanțe care compun alimentele: apă, proteine, grăsimi și carbohidrați.

Apa

Apa este un component major al țesuturilor organismului care conține multe proteine – mușchii și organele și al depozitelor de carbohidrați din organism. Apa reprezintă aproximativ 40% din greutatea organismului la persoanele foarte grase și aproape 70% din greutate în cazul celor foarte slabe.

Proteinele

Țesuturile compuse mai ales din proteine – mușchii și organele vitale – funcționează ca un mecanism care îndeplinește diverse funcții ale organismului. Aceste structuri proteice reprezintă 30-60% din greutatea corpului.

Carbohidrații

Carbohidrații sunt depozitați în ficat și mușchi sub formă de glicogen. Glicogenul reprezintă 1-5% din greutate corpului.

Dacă vă modificați dieta de la o dietă normală la una cu un conținut caloric foarte scăzut de carbohidrați, puteți slăbi 1,5-2 kg în 1-2 zile. Totuși, o astfel de scădere în greutate se face pe seama reducerii rezervelor de glicogen și pierderii de apă, și nu pe seama grăsimilor.

Grăsimile

Spre deosebire de proteine și de carbohidrați, grăsimile reprezintă o formă extrem de concentrată de depozitare a rezervelor energetice, care conțin foarte puțină apă. La o persoană cu greutate normală, 15%-20% din greutatea corporală este reprezentată de grăsimi. La o persoană cu obezitate extremă, aproape 50% din greutate este reprezentată de grăsime.

Aceste diferențe la nivelul depozitelor adipoase rezultă din modul în care funcționează organismul. În cazul în care consumați mai multe alimente decât are organismul nevoie sau prea multe alimente bogate în grăsimi, corpul dumneavoastră depozitează surplusul de energie sub formă de țesut adipos (țesut gras). În cazul în care consumați prea puține alimente față de necesitățile organismului, pierdeți țesut adipos.

Grăsimea din corp este în primul rând o rezervă de energie pentru organism, dar asigură și protecție termică și împotriva șocurilor. De asemenea, la femei, țesutul adipos produce cantități mici de estrogen care contribuie la protecția împotriva pierderii de masă osoasă și a osteoporozei.

Specialiștii în nutriție

În cazul în care considerați că aveți nevoie de ajutor în stabilirea necesarului de substanțe nutritive și adoptarea unei alimentații mai sănătoase, discutați cu un dietetician autorizat. Dieteticienii sunt acreditați de Asociația Americană pentru Dietetică (American Dietetic Asociation – în SUA). Pentru a obține acreditare, o persoană trebuie să obțină o diplomă în științe alimentare și nutriție, urmând cursuri de specialitate timp de 4 ani la un colegiu sau universitate acreditate, să facă 6-12 luni de practică dietetică și să fie admis în urma unui examen organizat la nivel național. În plus, dieteticienii acreditați trebuie să parcurgă 75 de ore de educație profesională la fiecare 5 ani.

De asemenea, vă pot ajuta și alți specialiști pentru a vă lămuri întrebările legate de nutriție. Unii medici sunt mai interesați de problemele de nutriție. Economiștii casnici reprezintă adesea o sursă bună de informații cu privire la planificarea meselor și prepararea alimentelor.

Din păcate, termenul „nutriționist" este utilizat uneori de persoane care nu au o pregătire adecvată în domeniu și care, eventual, vând suplimente nutritive sau programe de slăbire. Unii dintre aceștia pot afișa o diplomă sau un certificat fără semnificație în domeniu.

Un echilibru sănătos

A mânca sănătos nu este neapărat ceva complicat. În afara cazurilor în care aveţi nevoie de o dietă specială pentru anumite probleme de sănătate, cea mai bună abordare constă în respectarea recomandărilor dietetice naţionale. Aceste recomandări au fost elaborate de-a lungul anilor, ţinând pasul cu progresele ştiinţei pe măsură ce cercetătorii au înţeles mai bine cum influenţează dieta starea generală de sănătate şi cum poate contribui la prevenirea bolilor.

Recomandările sunt adresate persoanelor sănătoase peste vârsta de 2 ani. Ele includ conceptele de varietate, echilibru şi moderaţie în alegerea alimentelor.

Consumaţi mai multe legume, fructe şi cereale

Consumarea unor legume, fructe şi cereale variate – mai ales alimente pe bază de cereale integrale – reprezintă baza unei alimentaţii sănătoase. Fructele, legumele şi cerealele furnizează un număr mic de calorii şi conţin puţine grăsimi, dar asigură vitaminele şi mineralele esenţiale, fibrele şi fitoncidele importante pentru menţinerea unei stări bune de sănătate.

Majoritatea oamenilor, inclusiv copiii, nu consumă suficiente fructe şi legume. Încercaţi să mâncaţi 5 porţii de fructe şi legume pe zi – cel puţin 2 porţii de fructe şi minimum 3 porţii de legume.

Fructele conţin foarte puţine grăsimi sau nu conţin deloc, şi furnizează fibre şi o serie de vitamine şi minerale. În plus, fructele conţin fitoncidele care pot reduce riscul pentru boli cardiovasculare şi pentru unele forme de cancer. De asemenea, legumele conţin vitamine, minerale, fibre şi fitoncide. Au un conţinut scăzut de calorii şi teoretic nu conţin grăsimi.

Toate cerealele şi alimentele preparate din cereale, pâinea, orezul, pastele făinoase – sunt bogate în glucide complexe şi furnizează o varietate de substanţe nutritive. În ciuda ideii obişnuite că

Adaosuri sănătoase

Iată câteva modalităţi simple prin care puteţi include în dieta dumneavoastră mai multe fructe, legume şi cereale integrale:

Fructe

- Ţineţi mereu un vas plin cu fructe pe masa din bucătărie sau pe măsuţa pentru gustări.
- Adăugaţi fructe proaspete sau deshidratate la cerealele de a micul dejun.
- În aluaturi, înlocuiţi grăsimile cu piure gros de fructe (de exemplu, sos de mere, banane zdrobite şi prune).
- Folosiţi sosuri de fructe ca topping pentru deserturi şi clătite.
- Înlocuiţi băuturile răcoritoare din comerţ cu suc de fructe 100% amestecat cu apă minerală.

Legume

- Ca gustări, ţineţi la îndemână, într-o cutie curată, în partea din faţă a frigiderului, legume crude, gata curăţate.
- Preparaţi salate din diferite verdeţuri: cicoare, frunze de păpădie, varză, frunze de muştar, spanac şi creson.
- Căliţi legumele împreună cu o cantitate mică de carne de pasăre, fructe de mare sau carne.
- Adăugaţi o jumătate de cană de morcovi raşi la sosul pentru spaghete.
- Adăugaţi peste un cartof copt 1 ceaşcă de legume fierte în aburi.

Cereale integrale

- Pentru micul dejun, alegeţi cerealele bogate în fibre, de tipul fulgilor din cereale integrale, grâului măcinat sau făinii integrale de ovăz.
- Înlocuiţi baghetele şi produsele de patiserie cu pâine prăjită din grâu integral sau cu brioşe făcute din mai multe cereale (multicereale).
- Folosiţi pentru sandvişuri pâine integrală.
- Variaţi-vă consumul de cereale introducând în dietă alimente noi: kasha, orez brun, orez sălbatic, bulgur şi boabe de grâu.
- Adăugaţi orez sau orz în supe, tocăniţe, mâncăruri şi salate.

Substanţe nutritive deosebit de importante

Fructele şi legumele enumerate mai jos sunt cele mai bogate surse de vitamina A (carotenoizi), vitamina C, folat şi potasiu. Multe alte fructe şi legume sunt bogate în substanţe nutritive, aducându-vă varietate în dietă.

Surse de vitamina A

- Legumele portocalii – morcovii, cartofii dulci, dovleacul, dovlecelul de iarnă.
- Verdeţurile cu frunze închise la culoare – spanacul, frunzele de napi.
- Fructele portocalii ca mango, pepenele galben, caisele.
- Roşiile, ardeii roşii dulci.

Surse de vitamina C

- Citricele şi sucul de citrice, kiwi, căpşunele, pepenele galben, papaya.
- Broccoli, ardeii, roşiile, varza, cartofii în coajă, varză de Bruxelles.
- Verdeţurile cu frunze închise la culoare ca lăptucile, frunzele de napi, spanacul.

Surse de folaţi

- Fasolea şi mazărea uscate.
- Portocalele, sucul de portocale.
- Verdeţurile cu frunze închise la culoare ca spanacul, frunzele de muştar, lăptucile.
- Mazărea verde.

Surse de potasiu

- Tomatele, produsele din tomate.
- Cartofii albi dulci, dovleacul de iarnă.
- Verdeţurile gătite – de exemplu spanacul.
- Bananele, sucul de portocale şi de grapefruit, fructele uscate – caisele, prunele.
- Fasolea uscată, lintea.

Sursă: Dietary Guidelines for Americans, 2000.

pâinea şi pastele făinoase îngraşă, aceste alimente au un conţinut relativ redus de calorii şi de grăsimi dacă nu adăugaţi topping-uri sau sosuri bogate în grăsimi.

Propuneţi-vă să mâncaţi cel puţin 6 porţii de cereale zilnic. Când este posibil alegeţi cereale integrale pentru că ele conţin mai multe fibre decât cerealele decorticate. Cerealelor integrale nu li s-au îndepărtat părţile în care sunt depozitate cele mai multe substanţe nutritive – endospermul, germenele şi tărâţele. Alimentele diverse pe bază de cereale integrale au un conţinut diferit de substanţe diferite, de aceea este bine să consumaţi produse variate – pâine integrală de grâu, orez brun şi făină de ovăz.

Reduceţi grăsimile şi colesterolul

Reducerea grăsimilor şi a colesterolului nu înseamnă eliminarea lor completă. O cantitate prea mică de grăsimi în alimentaţie vă poate priva de substanţe nutritive foarte importante. Concentraţi-vă asupra reducerii consumului de alimente bogate în grăsimi şi mai ales în grăsimi saturate. Alegeţi alimentele care conţin grăsimi mononesaturate – cum sunt uleiul de măsline şi uleiul de canola.

Chiar dacă grăsimile mononesaturate şi polinesaturate au efecte negative reduse asupra grăsimilor din sânge, totuşi este important să le consumaţi cu moderaţie. Consumând multe grăsimi – indiferent de tip – introduceţi în dietă un exces de calorii.

Alimentele bogate în colesterol cresc colesterolul sangvin. Totuşi, nivelul crescut al colesterolului sangvin se datorează cel mai adesea unei diete bogate în grăsimi saturate decât uneia bogate în colesterol.

Propuneţi-vă să nu consumaţi grăsimi decât în limita a 30% din necesarul caloric zilnic, limitând grăsimile saturate la maximum 10% din necesarul caloric zilnic. De exemplu, în cazul în care consumaţi 2 000 de calorii pe zi, trebuie să consumaţi maximum 65% din grăsimi, dintre care 20 g sau mai puţin grăsimi saturate. Pentru a reduce grăsimile din dietă, consumaţi mai puţine alimente bogate în grăsimi saturate. Limitaţi consumul de carne, unt, brânză, lapte integral şi smântână, ca şi produsele pe bază de ciocolată, uleiul de palmier şi de cocos, şi grăsimile solide folosite pentru patiserie.

Încercaţi să consumaţi mai puţin de 300 mg de colesterol pe zi. Produsele animale – carnea, carnea de pasăre, peştele, laptele şi produsele lactate – conţin colesterol. Organele de exemplu, ficatul, gălbenuşul de ou – sunt surse concentrate de colesterol.

Limitaţi cantitatea de zahăr şi sare

De obicei, alimentele care conţin îndulcitori adăugaţi în timpul prelucrării sau preparării furnizează multe calorii, dar sunt sărace în vitamine şi minerale. De asemenea, alimentele care conţin mult zahăr favorizează cariile. Din aceste motive, recomandările dietetice încurajează limitarea alimentelor şi băuturilor la care s-au adăugat îndulcitori.

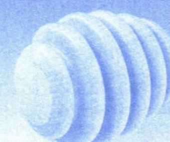
În SUA, sursa principală de zaharuri adăugate o reprezintă băuturile răcoritoare obişnuite. Alte surse importante sunt bomboanele, prăjiturile, fursecurile, băuturile din fructe şi deserturile pe bază de lactate, cum este îngheţata. Nu permiteţi ca băuturile răcoritoare sau alte dulciuri să înlocuiască în alimentaţia dumneavoastră alimentele de care

Grăsimile bune

Un tip de grăsimi, numite acizii graşi omega-3, pot avea un efect protector împotriva bolilor cardiace şi, mai ales, împotriva morţii subite prin atac de cord. Se consideră că acest tip de grăsimi contribuie la scăderea nivelului trigliceridelor în sânge. Trigliceridele sunt un tip de grăsimi sangvine. De asemenea, acizii graşi omega-3 scad uşor tensiunea arterială.

Alimentele care conţin acizi graşi omega-3 sunt incluse într-o dietă sănătoasă, dar dieta americană obişnuită conţine puţin dintre acestea. Cele mai bune surse de acizi graşi omega-3 sunt seminţele de in şi peştii graşi din apele reci, de tipul somonului, macroului, sardinelor, heringului, bibanului, rechinului, peştelui-spadă, tonului şi păstrăvului. Alte alimente care conţin acest tip de grăsimi sunt nucile, uleiul de soia şi de canola.

Specialiştii recomandă consumul de peşte de 2 ori pe săptămână. Cu toate acestea, suplimentele cu ulei de peşte nu sunt în general recomandate. Puteţi introduce seminţele de in în alimentaţie presărându-le (ca atare sau zdrobite) peste salate, supe şi cereale. Seminţele de in conţin şi multe fibre, ca şi un acid gras esenţial numit acid alfa linolenic şi substanţe care pot contribui la prevenirea anumitor tipuri de cancer.



Tipuri de zaharuri

Zaharurile se ascund sub multe înfăţişări, în funcţie de modul în care au fost obţinute şi prelucrate. Un aliment conţine cantităţi mari de zaharuri dacă una dintre denumirile următoare apare prima sau a doua pe lista ingredientelor, sau apar mai multe denumiri dintre cele enumerate mai jos:

- Zahăr brun
- Îndulcitor de porumb
- Sirop de porumb
- Dextroză
- Fructoză
- Concentrat din suc de fructe
- Glucoză
- Sirop de porumb bogat în fructoză
- Miere
- Zahăr invertit
- Lactoză
- Maltoză
- Sirop de malţ
- Melasă
- Zahăr nerafinat
- Sucroză
- Sirop
- Zahăr de masă

aveţi nevoie pentru a vă menţine într-o stare bună de sănătate.

Sarea (clorura de sodiu) reprezintă principala sursă de sodiu din alimente. Numeroase studii au indicat că un consum crescut de sodiu este asociat cu hipertensiunea arterială. Majoritatea americanilor consumă prea multă sare. Copiii şi adulţii sănătoşi au nevoie doar de o cantitate mică de sare zilnic. Cantitatea maximă de sodiu, recomandată zilnic, este de 2400 mg, cantitate conţinută în aproximativ o linguriţă de sare.

În alimentele naturale se găsesc doar cantităţi mici de sodiu. Majoritatea sodiului pe care îl consumaţi este adăugat în timpul prelucrării şi preparării alimentelor.

Pentru a limita cantitatea de sodiu preparaţi-vă cu atenţie alimentele. Citiţi etichetele alimentelor prelucrate. Felurile de mâncare congelate, supele, amestecurile ambalate, cerealele, brânzeturile, sosurile şi dressing-urile pentru salate pot avea un conţinut mare de sodiu.

Când preparaţi diferite feluri de mâncare, condimentaţi cu ierburi aromate, condimente sau fructe în loc de sare.

Limitaţi consumul de alcool

Băuturile alcoolice furnizează calorii, dar conţin foarte puţine substanţe nutritive. Băuturile alcoolice sunt dăunătoare când sunt consumate în exces, iar unele persoane n-ar trebui să le consume deloc.

În cazul în care consumaţi băuturi alcoolice, faceţi-o cu moderaţie. În general, aceasta înseamnă nu mai mult de o băutură pe zi pentru femei şi două pentru bărbaţi. O băutură este definită ca 350 mililitri de bere, 250 de mililitri de vin sau 45 mililitri de alcool distilat 48,3%. Consumaţi alcool la mese pentru a-i încetini absorbţia şi nu beţi înainte sau în timp ce şofaţi.

Unele persoane nu ar trebui să bea deloc alcool: femeile gravide, cei care suferă de boli hepatice sau alte afecţiuni medicale agravate de alcool, ca şi cei care fac tratament cu anumite medicamente.

Consumaţi porţii medii

Datorită tendinţei spre porţii mari, mulţi americani au o viziune deformată asupra dimensiunilor potrivite ale porţiilor. Cunoscând şi controlând mărimea porţiilor vă ajută să menţineţi o dietă sănătoasă chiar dacă nu încercaţi să scădeţi în greutate. Pentru a practica moderaţia, evitaţi să mâncaţi prea mult sau prea puţin din orice aliment. Evitând porţiile mari dintr-un anumit aliment, vă veţi permite să mâncaţi o varietate mai mare de alimente la aceeaşi masă.

Iată câteva sugestii pentru a reduce porţiile:

- Serviţi alimentele în farfurii în loc să puneţi un castron în mijloc din care se serveşte fiecare.
- Serviţi felurile principale pe o farfurie mai mică.
- Când mâncaţi în oraş, cereţi să vi se împacheteze o parte pentru acasă.
- Evitaţi să vă serviţi a doua oară.
- Nu consideraţi că trebuie să lăsaţi farfuria curată.

Etichetele alimentelor

Etichetele alimentelor vă pot da indicaţii importante pentru o dietă mai sănătoasă. Etichetele sunt compuse din mai multe părţi printre care compoziţia (lista ingredientelor) şi informaţiile nutriţionale. Compoziţia vă arată ce conţine alimentul în ordinea descrescătoare a proporţiei în grame. Informaţiile nutriţionale indică mărimea unei porţii, conţinutul total de grăsimi şi cât din necesarul zilnic de diferite substanţe nutritive este furnizat de alimentul respectiv.

Puteţi folosi informaţiile nutriţionale pentru a vedea dacă un aliment este o sursă bună pentru o anumită substanţă nutritivă sau puteţi compara etichetele pentru a vedea, de exemplu, ce feluri de mâncare congelate conţin mai puţin grăsimi saturate sau ce tip de cereale pentru micul dejun conţine mai multe fibre.

Informaţiile nutriţionale sunt obligatorii pentru aproape toate alimentele. Informaţii despre fructele, legumele şi produsele marine proaspete mai frecvent consumate puteţi obţine în majoritatea magazinelor specializate, informaţii se găsesc în broşuri, pliante sau afişe (dar în cazul acestor alimente informaţiile nutriţionale nu sunt obligatorii). De asemenea, nu sunt obligatorii în cazul produselor proaspete din carne sau carne de pasăre care conţin un sigur ingredient. Acesta este cazul cărnii tocate de vită şi al bucăţilor de pui. Totuşi, produsele prelucrate, cum este carnea de vită conservată, crenvurştii şi gustările congelate care conţin carne trebuie să aibă etichete cu informaţii nutriţionale pe fiecare pachet.

Informaţii nutriţionale

1 porţie napolitane (28 g)
Număr de porţii într-un pachet – 10

Cantităţi pentru 1 porţie	
Calorii 130	Calorii furnizate de grăsimi 40
	% din necesarul zilnic*
Total grăsimi 4,5 g	**7%**
Grăsimile saturate 1 g	**4%**
Grăsimi polinesaturate 0 g	
Grăsimi mononesaturate 1,5 g	
Colesterol 0 mg	**0%**
Sodiu 130 mg	**5%**
Total carbohidraţi 20 g	**7%**
Fibre alimentare 3 g	**13%**
Zaharuri sub 1 g	
Proteine 3 g	
Vitamina A 4%	• Vitamina C 0%
Calciu 0%	• Fier 6%
Fosfor 10%	

* Procentele din necesarul zilnic sunt calculate pentru o dietă care furnizează 2000 de calori/zi. Necesarul dumneavoastră zilnic poate fi mai mare sau mai mic în funcţie de necesarul dumneavoastră caloric.

	Calorii	2000	2500
Total grăsimi	sub	65 g	80 g
Grăsimi saturate	sub	20 g	25 g
Colesterol	sub	300 mg	300 mg
Sodiu	sub	2400 mg	2400 mg
Total carbohidraţi		300 g	275 g
Fibre alimentare		25 g	30 g

Ce conţin etichetele

Fiecare etichetă alimentară conţine informaţii cu privire la:

Mărimea unei porţii

Mărimea unei porţii se calculează în funcţie de cât mănâncă de obicei oamenii dintr-un produs de tipul respectiv şi este indicată atât în unităţi de măsură casnice, cât şi convenţionale. Uitaţi-vă la mărimea unei porţii pentru a vă da seama dacă mărimea porţiei de pe etichete este apropiată de cea pe care obişnuiţi să o mâncaţi. Dacă mâncaţi mai mult, numărul de calorii şi cantitatea de substanţe nutritive vor fi mai mari. Este indicat numărul de porţii conţinut în ambalajul respectiv, astfel încât să puteţi calcula caloriile şi substanţele nutritive conţinute de întregul produs.

Totalul grăsimilor

Fiecare etichetă indică totalul de grăsimi per porţie. Puteţi folosi această informaţie pentru a calcula totalul de grăsimi consumate pe zi.

Pentru un regim de 1 600 de calorii pe zi – recomandat vârstnicilor şi majorităţii femeilor – grăsimile totale nu trebuie să depăşească 53 g, iar grăsimile saturate 13 g. Pentru un regim de 2 200 de calorii pe zi – recomandat femeilor active şi majorităţii bărbaţilor – totalul grăsimilor nu trebuie să depăşească 73 g, iar cele saturate 24 g. Aceste recomandări vă ajută să menţineţi grăsimile consumate în limita a 30% din caloriile zilnice.

Substanţele nutritive

Fiecare etichetă informează asupra cantităţilor din următoarele substanţe nutritive conţinute într-o porţie: grăsimi, colesterol, sodiu, carbohidraţi, fibre alimentare, zaharuri, proteine, vitaminele A şi C, calciu, fier şi fosfor. Unele etichete prezintă şi alte substanţe nutritive.

Proporţia din necesarul zilnic

Coloana care indică procentele din necesarul zilnic vă arată cât din cantitatea recomandată zilnic din acea substanţă nutritivă este conţinută într-o porţie, calculul făcându-se pentru un regim zilnic de 2 000 – 2 500 de calorii. Puteţi folosi aceste date pentru a compara diverse produse şi a afla care conţin mai mult sau mai puţin dintr-o anumită substanţă nutritivă.

Informaţii nutriţionale

Unele etichete alimentare conţin şi declaraţii standardizate de tipul „conţinut redus de grăsimi", „bogat în fibre". Declaraţiile cu privire la conţinutul în substanţe nutritive sunt definite şi reglementate de către FDA (în SUA). Tabelul alăturat defineşte unele dintre declaraţiile cel mai frecvent întâlnite. În plus faţă de declaraţiile de tipul „light" sau „slab", uneori există declaraţii care fac legătura între alimente sau componente ale alimentelor care reduc riscul pentru anumite boli cronice.

Declaraţii nutriţionale pe etichetele alimentelor

Termenul alimentar	Ce înseamnă
„Light" sau „lite" (conţinut scăzut)	*Pentru grăsimi*: conţine cu 50% mai puţine grăsimi decât un produs comparabil *Pentru calorii*: conţine cu 33% mai puţine calorii decât un produs obişnuit comparabil *şi* conţine cu 50% mai puţine calorii furnizate de grăsimi *Pentru sodiu*: conţine cu cel puţin 50% mai puţin sodiu decât un produs comparabil
Reduced (redus)	Conţine cu cel puţin 25% mai puţin dintr-o anumită substanţă nutritivă decât un produs comparabil
Free (fără)	Nu conţine sau conţine cantităţi nesemnificative din anumite substanţe nutritive: grăsimi saturate, colesterol, sodiu, zaharuri sau calorii
Low (scăzut)	*Pentru grăsimi*: conţine 3 g sau mai puţin *Pentru colesterol*: conţine 20 mg sau mai puţin *şi* maxim 2 g de grăsimi saturate *Pentru grăsimi saturate*: conţine 1 g sau mai puţin *Pentru sodiu*: conţine 140 mg sau mai puţin. *Pentru calorii*: conţine 40 de calorii sau mai puţin.
High (bogat)	Conţine cel puţin 20% din numărul recomandat zilnic dintr-o anumită substanţă nutritivă – de exemplu fibrele sau vitamina C – calculat pentru un regim de 2000 calorii pe zi
Good source (sursă bună)	Conţine 10% până la 19% din necesarul recomandat zilnic dintr-o substanţă nutritivă, calculat pentru un regim de 2000 de calorii pe zi.
Sănătos (Healthy)	Trebuie să aibă un conţinut scăzut în grăsimi, grăsimi saturate şi sodiu, şi să asigure cel puţin 10% din necesarul recomandat zilnic de vitamina A, vitamina C, calciu, fier, potasiu sau fibre.
Slab (Lean)	Carne, carne de pasăre, produse marine sau vânat, care conţin, la 90 g, mai puţin de 10 g grăsimi totale, sub 4,5 g grăsimi saturate şi mai puţin de 95 mg de colesterol.
Foarte slab (extra lean)	Carne, carne de pasăre. produse marine sau vânat, care conţin, la 90 g, mai puţin de 5 g grăsimi totale, sub 2 g grăsimi saturate şi mai puţin de 95 mg de colesterol.

Există o dietă ideală?

Mulţi îşi doresc – şi consumă mult timp şi bani căutând – programul perfect de alimentaţie. Această dietă ideală ar trebui să asigure o sănătate excelentă, dinamism, forţă şi rezistenţă la boli. Ar trebui să întârzie îmbătrânirea şi să vă menţină greutatea perfectă.

Există un astfel de program de alimentaţie? Probabil că nu. Nevoile dumneavoastră nutriţionale sunt diferite în diferite stadii ale vieţii şi se pot modifica în cazul în care suferiţi de o boală cronică. Fiecare om are propria susceptibilitate la boli, determinată genetic, aşa încât, diverse componente alimentare – de exemplu, sarea sau grăsimile – prezintă riscuri diferite pentru oameni diferiţi. De asemenea, alimentaţia vă poate fi influenţată de diverse intoleranţe sau alergii alimentare. În plus, cultura, obiceiurile din familie, credinţele religioase şi morale, ca şi costul şi disponibilitatea alimentelor vă influenţează alegerile alimentare. Oamenilor le plac alimente diferite şi prepară acelaşi aliment în moduri diferite.

Deşi nu există o dietă perfectă pentru toţi, unele principii de selectare a alimentelor se aplică majorităţii oamenilor. Un program de alimentaţie sănătos poate fi conceput în mai multe moduri. Acest tip de program este de obicei prezentat sub forma unei piramide, în care alimentele care trebuie consumate cel mai mult formează baza.

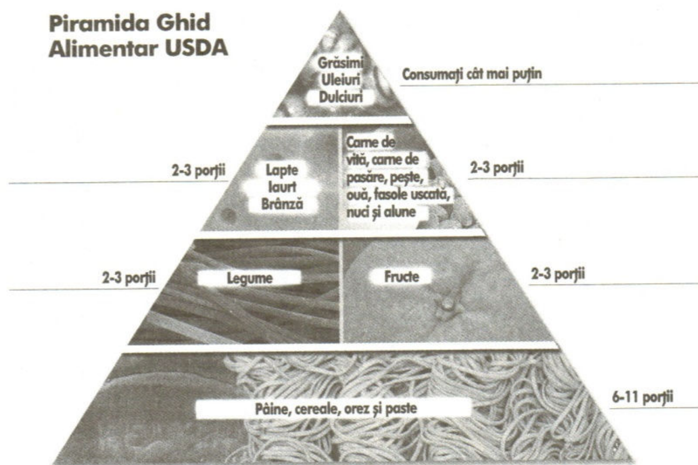
Probabil că cea mai familiară piramidă de acest tip vă este Piramida Ghid – Alimentar (Food Guide Pyramid) elaborată de către Departamentul pentru Agricultură din SUA (USDA).

În plus față de piramida USDA, specialiștii nutriționiști și în probleme de sănătate au elaborat o serie de alte piramide alimentare care să reflecte alte moduri sănătoase de alimentație. De asemenea, au fost elaborate piramide pentru copiii mici și pentru persoanele cu vârsta peste 70 de ani.

Diversele piramide ghid – alimentar prezentate mai jos au multe în comun și puteți folosi pe oricare ca bază pentru o alimentație sănătoasă. Ele respectă ultimele recomandări nutriționale și se bazează toate pe principiile varietății alimentelor, controlul dimensiunilor porțiilor și consumului moderat.

O diferență constă în faptul că în Piramida Ghid Alimentar a USDA sunt precizate porțiile recomandate din fiecare grupă de alimente în funcție de vârstă, sex și nivelul de activitate fizică. Dimensiunea porțiilor este bine precizată. Aceste informații sunt foarte utile mai ales dacă încercați să scădeți în greutate.

Pentru a vedea cât de mult se deosebește dieta dumneavoastră de cea recomandată de piramide, țineți un jurnal alimentar timp de câteva zile. Apoi comparați: cât din dieta dumneavoastră provine din alimentele de la baza piramidei și cât din cele din vârf. Dacă ponderea este prea mare spre vârf, croiți-vă drum spre bază făcând schimbări mici, gradate, de tipul: mâncați mai multe legume, fructe și cereale integrale, și limitați consumul de grăsimi și dulciuri.



Sursă: Departamentul pentru Agricultură al SUA, 2000

Piramida Ghid Alimentar USDA

Cele 3 grupe de la baza Piramidei Ghid Alimentar USDA sunt cerealele, fructele și legumele. Consumul unor alimente variate din aceste categorii stă la baza alimentației sănătoase. Făinoasele nu îngrașă decât dacă le gătiți adăugând grăsime sau le consumați cu unt, smântână sau sosuri grase.

La mijlocul piramidei se află lactatele, brânzeturile, produsele din carne și leguminoasele. Aceste tipuri de alimente furnizează proteine, calciu, fier și zinc. Consumați cantități moderate din aceste alimente. Alegeți lactate degresate sau cu conținut scăzut de grăsimi de câte ori este posibil. Consumați mai frecvent leguminoase și alegeți mai ales carnea slabă, fără grăsime, iar carnea de pasăre, fără piele. Preparați-le fără să mai adăugați grăsime.

Vârful piramidei cuprinde grăsimile, uleiurile și dulciurile. Acestea sunt alimente de tipul sosurilor pentru salate, uleiurilor pentru gătit, untului, margarinei, zahărului, băuturilor răcoritoare, bomboanelor și majorității deserturilor. Alimentele din această categorie furnizează multe calorii, dar au o valoare nutritivă mică. Consumați-le cât mai puțin.

Combinați alimentele din fiecare grupă din piramidă așa cum vă place. De exemplu, puteți pregăti o masă cu tortilla – din grupa cerealelor și fasole din grupa cărnii

Cât ar trebui să mănânc?

	Copii cu vârstă între 2 și 6 ani, femei, unii vârstnici	Copii mai mari, adolescenți, femei active, majoritatea bărbaților	Adolescenți, bărbați activi
Calorii pe zi	Aprox. 1600	Aprox. 2200	Aprox. 2800
Porții pe zi			
Grupa cerealelor	6	9	11
Grupa legumelor	3	4	5
Grupa fructelor	2	3	4
Grupa lactatelor	2 sau 3*	2 sau 3*	2 sau 3*
Grupa cărnii și a leguminoaselor	2, în total 150 g	2, în total 180 g	2, în total 180 g
Grăsimi			
Total grăsimi	53 g	13 g	73 g
Grăsimi saturate	24 g	93 g	31 g

* Numărul porțiilor depinde de vârstă. Copiii mai mari și adolescenții – cu vârsta între 9 și 18 ani – și adulții de peste 50 de ani au nevoie de 3 porții pe zi. Ceilalți au nevoie de 2 porții pe zi. Numărul de porții din grupa lactatelor în cazul femeilor gravide sau care alăptează este același ca în cazul femeilor care nu sunt gravide.

Sursa: Dietary Guidelines for Americans, 2000

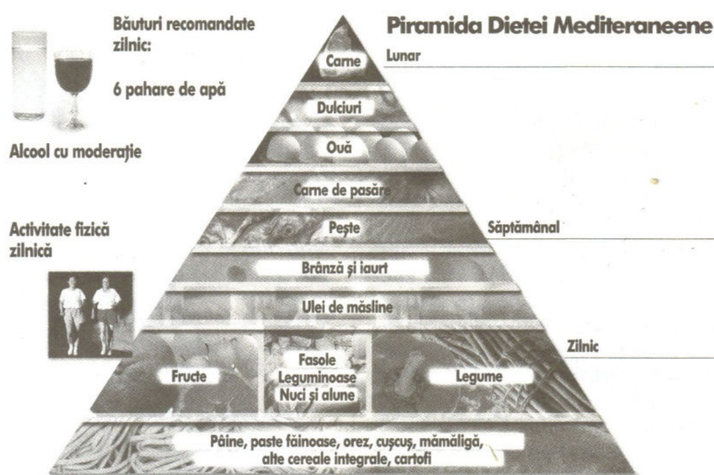
şi leguminoaselor. Dacă serviţi 3 mese echilibrate pe zi – în loc de 1 sau 2 – puteţi să vă controlaţi tendinţa de a „gusta".

Dacă sunteţi nevoit să evitaţi toate alimentele dintr-una sau mai multe grupe, asiguraţi-vă că obţineţi suficiente substanţe nutritive din celelalte grupe de alimente. De exemplu, dacă nu consumaţi lactate din cauza intoleranţei de lactoză sau din alte motive, alegeţi alte alimente care sunt surse bune de calciu.

Piramida Dietei Mediteraneene

Datorită faptului că Piramida Dietei Mediteraneene se bazează pe un model de alimentaţie specific cultural, ea include o varietate de alimente mai mică decât Piramida Ghid Alimentar USDA.

Piramida Dietei Mediteraneene reflectă obiceiurile alimentare tradiţionale din Grecia, Creta şi sudul Italiei. Valoarea acestui tip de alimentaţie a fost descoperită în anii '50 şi '60, când o serie de studii au arătat că bărbaţii greci sunt cel mai puţin supuşi riscului bolilor cardiace dintre bărbaţii din 7 ţări incluse în studiu, printre care şi SUA.



Sursa: Oldways Preservation & Exchange Trust, 2000

Dieta Mediteraneană pune accentul pe fructele şi legumele proaspete, cerealele şi toate tipurile de leguminoase – fasole, linte, mazăre. Felurilor de mâncare mediteraneene li se adaugă ulei de măsline, o grăsime mononesaturată care pare să contribuie la protecţia împotriva bolilor cardiace.

Vinul, consumat cu moderaţie, este inclus în această piramidă, datorită faptului că vinul roşu servit la mese constituie o tradiţie mediteraneeană.

Piramida Dietei Asiatice

Piramida Dietei Asiatice corespunde, de asemenea, unui model cultural alimentar. Ea pune accentul pe cereale ca: orez, tăiţei, pâine, mei şi ulei de porumb, ca şi pe fructe, legume, leguminoase, nuci şi alune şi seminţe. Ca şi în Dieta Mediteraneană, în Piramida Asiatică, grăsimile provin mai ales din uleiuri vegetale bogate în acizi graşi mononesaturaţi, ca uleiul de

Estimaţi dimensiunile unei porţii

Fiţi atent la dimensiunile porţiilor când pregătiţi mâncare şi când mâncaţi. Numărul de porţii recomandate depinde de vârstă, sex şi nivelul de activitate fizică.

În cazul unor alimente, numărul porţiilor recomandate zilnic poate părea mai mare, dar dimensiunea unor porţii poate fi mai mică decât obişnuiţi să mâncaţi sau cea a porţiilor de pe etichetele alimentelor. De exemplu, mulţi mănâncă 2 felii de pâine la o masă, ceea ce înseamnă 2 porţii. Pe etichetele alimentelor, o porţie de orez sau paste gătite înseamnă de obicei 1 ceaşcă, dar în Piramida Ghid Alimentar a USDA, o porţie din aceste alimente conţine doar ½ de ceaşcă.

Dacă respectaţi numărul recomandat de porţii, de mărimea recomandată, vă veţi putea controla aportul caloric.

Grupa cerealelor
- ½ ceaşcă (90 g) de cereale, orez sau paste făinoase, gătite.
- 30 g de cereale gata preparate (căutaţi pe etichetă mărimea unei porţii).
- 1 felie de pâine integrală de grâu.
- ½ baghetă, brioşă simplă sau chiflă de hamburger.
- 6 covrigi.

Grupa legumelor
- 1 ceaşcă (60 g) de verdeţuri crude.
- ½ ceaşcă (90 g) din alte tipuri de legume, gătite sau crude.
- 1 cartof.
- 180 ml de suc de legume.

Grupa fructelor
- O portocală, un măr, o banană sau o pară, de dimensiuni medii.
- 12 boabe de struguri.
- ½ ceaşcă (90 g) de fructe tăiate, gătite sau conservate.
- ¼ ceaşcă (45 g) stafide.
- 180 ml suc de fructe.

Grupa lactatelor (lapte, iaurt, brânzeturi)
- 1 ceaşcă (240 ml) de lapte sau iaurt, cu conţinut scăzut de grăsimi (low-fat) sau complet degresat (fat-free).
- 45 g de brânză naturală – cum este brânza cedar.
- 60 g de brânză topită.
- 2 ceşti (480 g) de brânză de vaci cu conţinut scăzut de grăsimi sau complet degresată.

Grupa cărnii, cărnii de pasăre, peştelui, leguminoaselor uscate, ouălor, nucilor şi alunelor
- 60-90 g de carne slabă gătită, peşte sau carne de pasăre fără piele.
- ½ ceaşcă (100 g) leguminoase sau fasole uscată gătite.
- 1 ou.
- Burger de soia – 75 g.
- 2 linguri unt de arahide.
- ¼ ceaşcă (30 g) seminţe
- ⅓ ceaşcă (30 g) nuci, alune.
- ½ ceaşcă (120 g) tofu.

arahide. Piramida Dietei Asiatice conţine puţine lactate care sunt considerate opţionale şi sunt consumate numai în variantele cu conţinut scăzut de grăsimi.

O diferenţă majoră între piramidele mediteraneene şi asiatică şi cea a USDA constă în distincţia care se face între proteinele de origine vegetală şi cele de origine animală. Piramidele asiatică şi mediteraneană grupează proteinele de origine vegetală – soia, leguminoase, nuci, alune – separat de cele de origine animală care se găsesc în carne, carne de pasăre, ouă şi lactate. Carnea roşie este recomandată mai rar – de câteva ori pe lună sau mai puţin, iar carnea de pasăre şi ouăle sunt recomandate săptămânal.

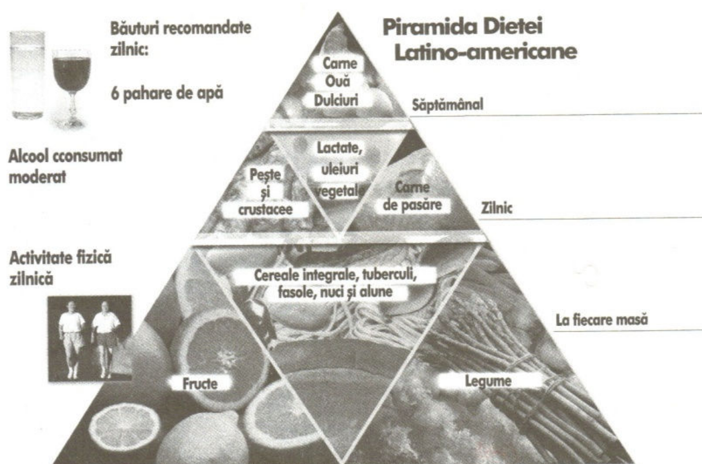


Sursa: Oldways Preservation & Exchange Trust, 2000

Piramida Dietei Latino-Americane

Piramida Dietei Latino-Americane se bazează pe obiceiurile alimentare tradiţionale sănătoase din regiunile latino-americane: Mexic, America Centrală şi America de Sud. Dieta pune accentul pe alimente de origine vegetală, mai ales pe porumb şi cartofi, ca şi pe fructe, legume, cereale, leguminoase, nuci, alune şi seminţe. În această dietă, la mesele principale, se mănâncă o întreagă varietate de fructe, legume şi cereale integrale. Peştele, crustaceele, plantele din care se extrage ulei (porumb, soia, măsline), lactatele şi carnea de pasăre sunt permise o dată pe zi, iar carnea roşie, dulciurile şi ouăle sunt limitate la o dată pe săptămână sau chiar mai puţin.

Piramida plasează la baza ei exerciţiul fizic ca element care contribuie la menţinerea unei greutăţi sănătoase, la a fi într-o formă bună şi la o stare generală de bine.



Sursa: Oldways Preservation & Exchange Trust, 2000

Piramida Dietei Vegetariene

Există multe programe alimentare vegetariene. Majoritatea exclud carnea roşie. Altele exclud orice tip de carne, inclusiv cea de pasăre sau peşte. Unii vegetarieni nu consumă ouă sau lactate. Vegetarienii cei mai stricţi (vegan) consumă doar cereale, leguminoase, fructe, legume, nuci, alune, seminţe şi produse obţinute din acestea.



Sursa: Oldways Preservation & Exchange Trust, 2000

Dacă nu consumaţi produse animale este mai dificil să respectaţi recomandările cu privire la necesarul zilnic de aminoacizi esenţiali proveniţi din proteine, calciu, fier, zinc şi vitaminele B_{12} şi D. Piramida Dietei Vegetariene vă poate ajuta să alegeţi alimentele potrivite.

În cadrul acestei piramide cerinţele sunt ca cerealele să fie integrale, ele fiind aşezate la acelaşi nivel cu fructele şi legumele, şi trebuie consumate la fiecare masă. Opţiunile zilnice includ cantităţi moderate de nuci, alune şi seminţe, albuş de ou, lapte de soia şi lactate, ca şi uleiuri vegetale. Ouăle şi dulciurile sunt plasate la vârful piramidei şi trebuie consumate maximum o dată pe săptămână. De asemenea, piramida vegetariană recomandă cel puţin 6 pahare de apă pe zi.

Piramida Clinicii Mayo pentru o Greutate Sănătoasă

Ca şi alte piramide alimentare, Piramida Clinicii Mayo pentru o Greutate Sănătoasă pune accentul pe legume, fructe şi cereale ca element de bază al dietei sănătoase. Accentul cade pe alimente cu conţinut nutritiv ridicat, dar care conţin un număr mic de calorii într-o cantitate mare din alimentul respectiv. Această piramidă vă ajută să vă menţineţi o bună stare de sănătate, cât şi să scădeţi în greutate. Piramida Clinicii Mayo pentru o Greutate Sănătoasă este prezentată mai amănunţit în cap. 3 „Controlul greutăţii".

Dieta şi bolile

Unii factorii care influenţează riscul de îmbolnăvire nu pot fi modificaţi – de exemplu, vârsta şi istoricul medical familial. Totuşi, este posibil să nu vă daţi seama cât de mult puteţi să vă controlaţi riscul de îmbolnăvire. Un stil de viaţă sănătos – care include o alimentaţie corectă, lipsa fumatului, activitatea fizică regulată şi menţinerea unei greutăţi sănătoase – poate micşora sau chiar elimina factorii semnificativi de risc pentru câteva boli cronice importante. Respectând recomandările dietetice prezentate în acest capitol, vă puteţi reduce riscul de îmbolnăvire şi îmbunătăţi calitatea vieţii.

Unele boli cronice cum sunt boala celiacă, bolile hepatice şi cele renale, necesită o dietă specială. Pentru unele dintre aceste boli, modificările dietetice pot fi vitale. Dacă trebuie să urmaţi o dietă specială, este important ca la început să colaboraţi cu un nutriţionist acreditat pentru a elabora un program de alimentaţie potrivit.

Pentru a preveni bolile nu este necesar să urmaţi o dietă specială, dar este important să aveţi o alimentaţie sănătoasă.

Boala arterelor coronare

Colesterolul crescut în sânge poate duce la acumularea de depozite de grăsimi (plăci) la nivelul arterelor care irigă inima (arterele coronare), îngustându-le şi crescând riscul atacului de cord sau al atacului cerebral.

O dietă cu conţinut scăzut de grăsimi şi colesterol poate contribui la reducerea colesterolului din sânge şi la micşorarea riscului pentru boala coronariană. Limitaţi grăsimile saturate la sub 10% din caloriile zilnice. În plus, încercaţi să menţineţi consumul zilnic de colesterol sub 300 mg.

Alimentele sănătoase pentru inimă, care vă ajută să menţineţi un nivel scăzut al colesterolului sangvin şi să reduceţi plăcile, sunt:
- Alimentele bogate în fibre.
- Peştele, mai ales somonul, macroul, heringul.
- Produsele din soia: soia boabe, tofu, tempeh, miso, lapte de soia, făina de soia.

Apreciaţi leguminoasele

Termenul „leguminoase" se referă la o familie mare de plante ale căror seminţe cresc în păstăi şi care, de obicei, se usucă pentru a fi mai uşor depozitate. Leguminoasele cuprind şi fasolea, mazărea şi lintea. Datorită faptului că sunt bogate în proteine, leguminoasele reprezintă un înlocuitor excelent pentru sursele animale de proteine.

Cum alegeţi leguminoasele

Căutaţi în supermarket leguminoasele obişnuite:
- fasole albă;
- fasole de Lima;
- fasole neagră, fasole Pinto;
- mazăre;
- mazăre spartă;
- linte maro;
- năut.

Magazinele cu specific etnic au, adesea, leguminoase mai puţin obişnuite. De exemplu, cele indiene oferă o varietate mare de linte, inclusiv soiuri roz şi portocalii. Cumpăraţi leguminoase care au fost uscate recent. Căutaţi ca dimensiunile boabelor să fie uniforme, astfel încât să necesite acelaşi timp de gătire.

Cum depozitaţi leguminoasele

Leguminoasele se depozitează la temperatura camerei. După ce le cumpăraţi, puneţi-le în vase bine acoperite, la adăpost de căldură, lumină şi umezeală. Pot fi păstrate chiar şi un an.

Cum gătiţi leguminoasele

Alegeţi boabele cu atenţie înainte de a le găti. Printre ele se pot găsi pietricele sau fibre de sac pe care trebuie să le îndepărtaţi.

Fasolea şi alte leguminoase mari, uscate – ca năutul, mazărea uscată – trebuie înmuiate peste noapte sau 6-8 ore înainte de a fi gătite. Aceasta le rehidratează şi pot fi gătite mai rapid, mai uniform. Mazărea spartă şi lintea nu trebuie înmuiate. De asemenea, puteţi cumpăra leguminoase semipreparate, conservate.

Pentru a introduce leguminoase în meniul zilnic:
- Puneţi fasole, mazăre sau linte în supe, mâncăruri şi tocăniţe.
- Adăugaţi năut sau fasole neagră la salate.
- Folosiţi piure de leguminoase ca să ungeţi sandvişurile.

- Alimentele bogate în antioxidanți – vitamina C, E și A (carotenoizi).
- Alimentele bogate în fosfat sau îmbogățite cu acid folic (care este forma sintetică a fosfatului) și vitamine B_6 și B_{12}.

Hipertensiunea arterială

Lăsată netratată, hipertensiunea arterială poate fi dăunătoare pentru artere și poate crește riscul de atac cerebral sau boală cardiacă. Limitând consumul de sodiu și de alcool, și menținând o greutate normală puteți preveni apariția hipertensiunii arteriale sau o puteți reduce. În ultimii ani s-a acordat o atenție mai mare rolului dietei în tratarea și prevenirea hipertensiunii arteriale.

Mai multe studii au arătat că o alimentație bogată în fructe, legume și lactate cu conținut scăzut de grăsimi poate contribui la reducerea tensiunii arteriale. Un ghid de alimentație bazat pe aceste principii se numește Dietary Approaches to Stop Hypertension (Metode dietetice pentru stoparea hipertensiunii) sau dieta DASH.

Beneficiile dietei DASH cresc și mai mult dacă reduceți consumul de sodiu. În general, se recomandă limitarea consumului de sodiu la mai puțin de 2000 mg pe zi. Majoritatea americanilor consumă între 4 000 și 6 000 mg de sodiu pe zi. Cei care suferă de anumite forme de boli hepatice, cardiace sau renale, trebuie să-și reducă și mai mult consumul de sodiu.

Pentru informații mai amănunțite asupra DSAH, vezi pag. 744.

Cancerul

Oamenii de știință continuă să studieze și să clarifice rolul dietei și nutriției în apariția cancerului. Datele obținute sugerează că aproximativ 1/3 dintre decesele datorate cancerului în SUA în fiecare an sunt legate de factori dietetici. De aceea, opțiunile dumneavoastră alimentare, împreună cu lipsa fumatului și activitatea fizică regulată, vă pot ajuta să reduceți riscul cancerului.

Unul dintre cele mai importante lucruri pe care le puteți face pentru a vă proteja împotriva cancerului este să mâncați mai multe fructe și legume. Societatea Americană pentru cancer (American Cancer Society) recomandă ca cea mai

Cofeina și sănătatea dumneavoastră

Așa cum probabil că vă dați seama dimineața, când vă împleticiți prin bucătărie preparându-vă prima ceașcă de cafea, cofeina este un stimulent. Ea poate avea efecte diferite pentru diferiți oameni. La unele persoane poate produce o creștere temporară a tensiunii arteriale sau bătăi neregulate de inimă (palpitații). Totuși, consumul moderat de cofeină – 2-3 cești de cafea pe zi – prezintă riscuri minime pentru sănătate în cazul majorității oamenilor.

Cafeaua, ceaiul, ciocolata și multe tipuri de băuturi răcoritoare conțin cantități variate de cofeină. De asemenea, unele medicamente conțin și ele cofeină. Dacă sunteți preocupat de consumul de cofeină, cereți sfatul medicului dumneavoastră.

Conținutul aproximativ de cofeină

	mg de cofeină
Cafea obișnuită	
Cafea filtru, 180 ml (metoda prin picurare)	105
Cafea filtru, 180 ml (metoda prin percolator)	75
Instant (1 linguriță plină, uscată) 180 ml	60
Espresso, 30 ml	50
Cafea decofeinizată	
Filtru (prin picurare sau percolator), 180 ml	2
Instant (1 linguriță plină, uscată) 180 ml	2
Espresso, 30 ml	5
Ceai obișnuit	
Infuzat 3 minute, 180 ml	35
Instant (1 linguriță plină, uscată) 180 ml	25-35
Verde, 180 ml	25
Îmbuteliat, 360 ml	15
Ceai decofeinizat	
Infuzat 5 minute, 180 ml	1-5
Băuturi răcoritoare, 360 ml	
Mountain Dew	55
Melow Yellow	50
Băuturi de tip cola, obișnuit sau fără zahăr	35-50
Ciocolată menajeră, neîndulcită, 30 g	60
Ciocolată neagră, cu lapte, semiîndulcită și dulce, 30 g	5-20
Cacao pudră, fără zahăr, 1 linguriță	10
Ciocolată cu lapte, 240 g	10
Băuturi cu cacao, 240 g	5
Sirop de ciocolată, 30 g	5
Budincă de ciocolată, ½ ceașcă	5-10
Înghețată de ciocolată, ½ ceașcă	2
Medicamente	
No-Doz, concentrație maximă	200
Vinvarin	200
No-Doz, concentrație obișnuită	100
Excedrin	65
Vanquish	33
Anacin	32
Excedrin PM	0

mare parte a alimentelor să provină din surse vegetale. În plus față de fructe și legume sunt incluse cerealele – mai ales cele integrale –, fasolea și alte leguminoase. De asemenea, recomandă limitarea consumului de alimente bogate în grăsimi și mai ales în grăsimi de origine animală.

Dacă mâncați mai multe alimente de origine vegetală scade prezența în dieta dumneavoastră a alimentelor care cresc riscul de cancer – cum este carnea grasă. Dietele bogate în grăsimi sunt asociate cu un risc crescut de cancer de colon, prostată și endometru. În plus, excesul caloric furnizat de grăsimi poate produce obezitate, care reprezintă alt factor de risc pentru unele tipuri de cancer.

Evitarea sau limitarea consumului de alcool poate, de asemenea, reduce riscul pentru diferite tipuri de cancer, inclusiv pentru cancerele gurii, esofagului, faringelui, laringelui, ficatului și plămânilor.

Pentru mai multe informații despre cancer și nutriție, vezi cap. 19, "Cancerul".

Diabetul

Nu există un regim alimentar special pentru diabet. Recomandările dietetice de bază pentru persoanele cu diabet sunt aceleași cu cele prezentate mai devreme în acest capitol, accentuându-se importanța meselor regulate. Asociația Americană pentru Diabet (American Diabetes Associations) recomandă ca persoanele care suferă de diabet să colaboreze cu un nutriționist acreditat pentru a stabili un program de alimentație bazat pe propriile preferințe alimentare, stil de viață și probleme de sănătate (cum sunt greutatea corporală și nivelul colesterolului sangvin).

Peste 90% dintre adulții care suferă de diabet au tipul 2 de diabet (care se mai numea și diabetul cu debut la vârsta adultă sau diabet noninsulino-dependent). Factorul de risc cel mai important pentru acest tip de diabet este supraponderalitatea. Dacă veți consuma multe cereale integrale, legume, fructe și leguminoase, vă veți putea limita mai ușor consumul caloric și veți scădea în greutate. De asemenea, fibrele conținute de către aceste alimente vă pot ajuta la scăderea nivelului glicemiei („zahărul din sânge").

Dacă aveți diabet, riscul de a face boli cardiovasculare este mai mare, de aceea este important să limitați consumul de grăsimi și mai ales pe cel de grăsimi saturate.

Zahărul nu este interzis chiar dacă aveți diabet. Carbohidrații simpli de tipul zahărului, mierei, jeleului, sucului de fructe și bomboanelor influențează glicemia aproape la fel ca cei complecși de tipul pâinii, orezului, cartofilor. Ceea ce contează cel mai mult este cantitatea de carbohidrați în dietă, sursa lor fiind mai puțin importantă.

Zaharurile nu vă vor afecta controlul glicemiei atât timp cât le veți înlocui cu un produs zaharos de tip amidon care conține aceeași cantitate de carbohidrați. Rețineți, totuși, că este bine să limitați consumul de alimente bogate în zaharuri pentru că, de cele mai multe ori, acestea au și un conținut crescut de grăsimi și vă furnizeze calorii nedorite.

Pentru mai multe informații cu privire la diabet și alimentație, vezi cap. 32 „Sistemul endocrin".

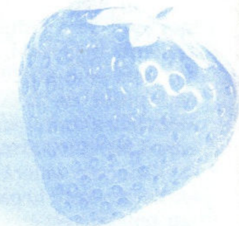
Antioxidanții și prevenirea bolilor

Antioxidanții sunt substanțe care protejează celulele organismului de efectele dăunătoare ale unor molecule toxice numite radicali liberi. Radicalii liberi pot participa la producerea unor boli, printre care cele cardiovasculare, pulmonare, cataracta și cancerul. Antioxidanții cei mai importanți sunt vitamina C, E și A (carotenoizii) cum este beta carotenul. Alte tipuri de antioxidanți, care se numesc flavonoide și polifenoli, se găsesc în ceaiul infuzie (mai ales în ceaiul verde), vinul roșu și ciocolata.

În ciuda rolului benefic pentru sănătate al vitaminelor C și E și al beta carotenului, dovezile actuale sunt contradictorii și prea puține pentru a susține administrarea antioxidanților sub formă de suplimente. Sunt necesare mai multe studii științifice pentru a stabili lipsa de riscuri și beneficiile suplimentelor cu antioxidanți. În locul suplimentelor, experții nutriționiști recomandă consumul zilnic al alimentelor care conțin antioxidanți.

Următoarele alimente reprezintă surse de antioxidanți.

Vitamina C
- Ardeii verzi și ardeii roșii dulci
- Broccoli
- Spanac
- Tomate
- Cartofi
- Căpșune
- Portocale, sucul de portocale
- Grapefruit, suc de grapefruit



Vitamina E
- Uleiurile vegetale și alimentele preparate cu uleiuri vegetale
- Germeni de grâu
- Nuci, alune, semințe
- Cereale îmbogățite cu vitamina E

Vitamina A

Vitamina A (carotenoizii) se găsesc în fructele și legumele roșii, galbene sau de culoare verde închis:
- Morcovi
- Dovleac
- Cartofi dulci
- Spanac
- Broccoli
- Ardei verzi și ardei roșii dulci
- Tomate și preparate din tomate
- Papaya
- Pepenele galben
- Mango
- Caise
- Pepene roșu

Osteoporoza

Aproximativ una din patru femei prezintă osteoporoză după menopauză. Atât pentru femei cât şi pentru bărbaţi, riscul de osteoporoză creşte o dată cu înaintarea în vârstă. Osteoporoza este caracterizată prin reducerea masei osoase, ceea ce face ca oasele să devină mai subţiri, fragile, crescând riscul fracturilor.

Consumul unor cantităţi adecvate de calciu contribuie la prevenirea osteoporozei. Aportul zilnic, recomandat atât în cazul femeilor cât şi în cel al bărbaţilor, trebuie să fie, între vârsta de 19 ani şi cea de 50 de ani, de 1000 mg. Pentru bărbaţii şi femeile care au trecut de 50 de ani, se recomandă 1 200 mg pe zi. Mulţi consumă abia jumătate din cantitatea de calciu recomandată zilnic.

Datorită absorbţiei diferite, calciul din legumele bogate în fibre nu este preluat la fel de eficient ca cel din lactate. Dacă aveţi o dietă cu un conţinut mare de fibre, asiguraţi-vă că includeţi în ea şi alte tipuri de alimente bogate în calciu.

În general, cel mai bine este să preluaţi cât mai mult calciu din alimente. Totuşi, dacă prin dietă nu obţineţi cantitatea recomandată, puteţi apela la suplimentele cu calciu pentru completare. Discutaţi despre aceasta cu medicul dumneavoastră, mai ales dacă sunteţi femeie şi sunteţi la menopauză.

Boala celiacă

Boala celiacă, numită şi sprue celiac sau sprue nontropical, este o boală digestivă determinată de intoleranţa la gluten, o proteină care se găseşte în grâu, orz, secară şi, posibil, şi ovăz. În cazul persoanelor afectate de această boală, glutenul declanşează o reacţie imună care afectează intestinul subţire şi împiedică absorbţia anumitor substanţe nutritive din alimente.

Tratamentul pentru boala celiacă constă în evitarea alimentelor care conţin gluten. Deşi sună simplu, în practică poate fi destul de dificil. Produsele obţinute din cerealele care conţin gluten – grâu, orz, secară şi ovăz, stau la baza dietei americane şi europene. Pâinea din grâu de toate tipurile conţine gluten, ca şi majoritatea produselor de patiserie, cerealelor şi pastelor făinoase. În plus, multe alimente prelucrate conţin cantităţi mici de emulsificatori, agenţi de îngrăşare şi alţi aditivi obţinuţi din cereale, deci trebuie evitate.

Orezul, cartofii şi porumbul nu conţin gluten, iar alimentele obţinute prin folosirea lor sunt permise. Carnea simplă, peşte, carnea de pasăre, ouăle, lactatele, legumele şi fructele nu conţin nici ele gluten. Chiar şi în cantităţi foarte mici, glutenul poate afecta sever intestinul bolnavului. Respectarea strictă a dietei poate ţine boala sub control şi preveni complicaţiile cu risc vital. Controalele medicale regulate – la care să participe medicul dumneavoastră şi un nutriţionist autorizat – constituie o parte importantă a tratamentului.

Calculii renali

Calculii renali (litiaza renală) sunt destul de frecvenţi. Un calcul renal este de fapt o depunere mineralizată care se formează în interiorul rinichilor şi ajunge în căile urinare inferioare.

O dietă bogată în proteine poate creşte riscul pentru anumite tipuri de calculi renali. Dacă nu beţi suficiente lichide, şi mai ales apă, sunteţi mai predispus la formarea calculilor renali. În multe cazuri, puteţi preveni formarea calculilor renali prin câteva modificări în dietă.

Cel mai important lucru pe care îl puteţi face pentru a reduce riscul apariţiei calculilor renali este să beţi multă apă. Lichidele suplimentare diluează urina, făcând mai puţin probabilă formarea cristalelor. Dacă aveţi antecedente de calculi renali, medicul vă va recomanda să beţi aproximativ 3,3 litri de lichide (14 ceşti) în fiecare zi. Deşi se iau în considerare majoritatea lichidelor, apa este cea mai recomandată. Şi limonada reprezintă o variantă bună. Citratul din compoziţia limonadei contribuie la prevenirea formării anumitor tipuri de calculi.

Dacă aveţi tendinţa să formaţi calculi renali care conţin calciu, medicul vă va recomanda să limitaţi consumul de alimente bogate în oxalaţi. Acestea cuprind: carnea – şi mai ales organele, de exemplu ficatul – sfecla, ciocolata,

Ciocolata: un aliment sănătos?

Deloc surprinzător, studiile au indicat faptul că ciocolata este unul dintre alimentele cele mai dorite. Iar puterea ei de subjugare nu se datorează doar gustului dulce şi rafinat sau faptului că se topeşte literalmente în gură. Oameni de ştiinţă au stabilit că atracţia faţă de ciocolată se datorează unei combinaţii dintre substanţele nutritive conţinute şi compoziţia ei chimică, precum şi grăsimile, şi zaharurile.

Ciocolata conţine cantităţi mari de flavonoide antioxidante, care sunt compuşi de origine vegetală conţinuţi şi de ceaiul negru şi anumite fructe şi legume. Aceşti antioxidanţi contribuie la limitarea efectelor negative ale LDL-colesterolului, colesterolul „rău" din sânge. Reducerea efectelor LDL-colesterolului poate contribui la prevenirea obstruării arterelor (arteroscleroza) care poate determina boala cardiacă şi atac cerebral.

Cu cât ciocolata este mai închisă la culoare, cu atât mai mare este conţinutul în flavonoide. În plus, ciocolata neagră mai conţine şi alţi antioxidanţi, numiţi catechine, despre care se presupune că previn bolile cardiace şi stimulează sistemul imunitar.

Nici chiar grăsimile conţinute de ciocolată nu sunt chiar atât de rele. Mai mult de jumătate dintre grăsimile saturate sunt reprezentate de acidul stearic care nu determină creşterea colesterolului sangvin.

Dacă tânjiţi după ciocolată, puteţi să v-o permiteţi din când în când. Într-o dietă sănătoasă există loc şi pentru ciocolată, iar aceasta poate fi benefică. Totuşi, înainte de a vă „îndulci" prea mult, amintiţi-vă că moderaţia rămâne regula principală. Ciocolata conţine multe zaharuri, grăsime şi calorii.

cafeaua, reventul, spanacul gătit, căpşunele, ceaiul şi tărâţele de grâu. Persoanele care au probleme datorită calculilor ce conţin calciu li se recomandă să evite alimentele care conţin mult calciu. Dar diverse studii au arătat că lactatele şi alte alimente bogate în calciu de fapt contribuie la prevenirea formării de calculi care conţin calciu.

Nu s-a stabilit dacă suplimentele cu calciu cresc sau reduc riscul formării acestui tip de calculi. Întotdeauna este mai bine să discutaţi cu medicul dumneavoastră înainte de a lua orice fel de suplimente.

Insuficienţa renală

Insuficienţa renală poate fi determinată de boli precum diabetul, hipertensiunea arterială, litiaza renală, infecţii, traumatisme, leziuni sau de toxice. Rinichii îşi pierd capacitatea de a filtra lichidele şi deşeurile din sânge, consecinţa fiind acumularea în organism a acestor substanţe care ating nivele periculoase. În cazul insuficienţei renale acute, probabil că vi se va indica o dietă bogată în carbohidraţi şi săracă în proteine, potasiu şi lichide pentru prevenirea acumulării excesive de lichide şi deşeuri în organism, în timp ce rinichii dumneavoastră se refac. O creştere bruscă a concentraţiei potasiului poate afecta funcţionarea inimii şi poate fi extrem de periculoasă. Dacă sunteţi supus dializei, aveţi nevoie de mai multe proteine, iar aportul de lichide, fosfor, sodiu şi potasiu va fi strict monitorizat.

Insuficienţa renală cronică are multe implicaţii nutriţionale. O alimentaţie cu un conţinut redus de proteine poate ameliora simptome ca: greaţa, voma şi lipsa apetitului. De asemenea, o astfel de alimentaţie contribuie la încetinirea progresării bolii şi la conservarea funcţiei renale. Pentru a reduce acumularea de lichide poate fi necesar să limitaţi consumul de apă. În cazul în care boala dumneavoastră renală este asociată cu hipertensiunea arterială, poate fi necesar să limitaţi atât consumul de sare cât şi pe cel de lichide. Medicul dumneavoastră vă va indica să limitaţi consumul de alimente care conţin cantităţi mari de potasiu şi fosfor.

Bolile hepatice

Afectarea hepatică severă poate determina creşterea cantităţii de amoniac din sânge, retenţia lichidelor la nivelul abdomenului (ascită) şi oboseală. Câteva măsuri dietetice vă pot ajuta să amelioraţi aceste probleme. Este important să colaboraţi îndeaproape atât cu medicul cât şi cu nutriţionistul dumneavoastră pentru a stabili un program alimentar adecvat.

Unele proteine sunt metabolizate cu formare de amoniac, de aceea medicul vă va sugera să scădeţi consumul de proteine. În loc să mâncaţi raţia zilnică de proteine la o singură masă, împărţiţi-o la mai multe mese pe parcursul zilei. De obicei, este mai bine să mâncaţi 4-6 mese pe zi decât 2 sau 3.

De asemenea, este important să vă asiguraţi că alimentele vă furnizează un număr adecvat de calorii. Dacă suferiţi de hipertensiune arterială sau retenţie hidrică poate fi necesar să vă limitaţi consumul de sare.

Siguranţa alimentară

Un alt aspect important al alimentaţiei sănătoase este reprezentat de evitarea îmbolnăvirilor produse de contaminarea cu microorganisme ca bacterii, virusuri, paraziţi.

Intoxicaţiile alimentare

Bolile produse de alimentele contaminate, numite adesea şi intoxicaţii alimentare, sunt infecţii gastrointestinale produse prin consumarea alimentelor care conţin bacterii, toxine, paraziţi, virusuri sau substanţe chimice dăunătoare. Printre cele mai frecvente cauze de intoxicaţii alimentare sunt bacteriile de tipul *Campylobacter, Salmonella, Escherichia coli* (*E. coli*) şi listeria, precum şi virusurile de tip *Norwalk*.

Multe alimente obişnuite pot conţine un număr mare de bacterii. Alimentele perisabile, ca fructele şi legumele proaspete, salatele, ouăle, carnea, carnea de pasăre, peştele, crustaceele şi lactatele, sunt cele mai susceptibile la contaminarea bacteriană. Produsele marine sunt de asemenea o sursă principală de intoxicaţii alimentare.

Consumul adecvat de calciu

Suficient calciu în dietă este necesar pentru formarea şi menţinerea în stare bună pe tot parcursul vieţii a oaselor şi a dinţilor. Adolescenţii şi adulţii care au trecut de 50 de ani au nevoie de cantităţi mai mari de calciu. În tinereţe, calciul este necesar pentru creştere, la bătrâneţe, oasele încep să piardă calciu.

Sursele alimentare de calciu cuprind:

- *Laptele şi produsele din lapte.* Laptele degresat sau cu conţinut scăzut de grăsimi, iaurtul cu conţinut scăzut de grăsimi şi brânza au un conţinut mare de calciu. Dacă aveţi intoleranţă la lactate, încercaţi să consumaţi lapte fără lactoză sau cu conţinut redus de lactoză. Lactaid şi alte tratamente care reduc lactoza sunt disponibile sub formă de tablete masticabile care se folosesc când se consumă alimente care conţin lactoză.
- *Peştele şi legumele.* Peştele conservat cu oase subţiri, cum sunt somonul şi sardinele, reprezintă o sursă bună de calciu. Verdeţurile cu frunze închise la culoare – cum sunt frunzele de napi, conţin de asemenea calciu.
- *Produsele îmbogăţite cu calciu.* Acestea cuprind cerealele pentru micul dejun cu adaos de calciu, sucul de portocale cu adaos de calciu, tofu preparat cu sulfat de calciu şi laptele de soia cu adaos de calciu.
- *Suplimentele de calciu.* Carbonatul de calciu este suplimentul cel mai preferat datorită faptului că absorbţia calciului este comparabilă cu cea din lapte. Evitaţi suplimentele de calciu obţinute din făină de oase, dolomită sau cochilii de stridii. Aceste produse sunt adesea prezentate ca surse naturale de calciu, dar pot conţine substanţe toxice ca plumb, mercur şi arsenic.

Vă puteţi îmbolnăvi chiar dacă mâncaţi o cantitate foarte mică dintr-un aliment contaminat. Semnele şi simptomele cele mai frecvente sunt lipsa apetitului, greaţa, vărsăturile, diareea şi durerile abdominale. Acestea pot apărea şi la o jumătate de oră după consumarea alimentului respectiv, dar pot să se manifeste şi cu o întârziere de până la 3 săptămâni.

La majoritatea oamenilor, neplăcerile create de intoxicaţia alimentară dispar în câteva ore. Totuşi, unor persoane, intoxicaţiile alimentare le pot pune viaţa în pericol. Acest lucru este valabil mai ales în cazul sugarilor, femeilor gravide, vârstnicilor şi al celor cu o stare de sănătate deteriorată şi cu un sistem imun slăbit.

Prevenirea intoxicaţiilor alimentare

În SUA, alimentele şi apa potabilă sunt în general lipsite de riscuri şi sunt permanent controlate. Totuşi, este imposibil ca toate alimentele disponibile să fie menţinute complet necontaminate de bacteriile potenţial dăunătoare. Din acest motiv, dumneavoastră vă găsiţi în ultima linie de apărare împotriva riscurilor alimentare.

Cum vă asiguraţi că alimentele pe care le consumaţi sunt lipsite de riscuri? Respectând următoarele sfaturi puteţi evita, la dumneavoastră acasă, intoxicaţiile alimentare:

Spălaţi-vă cât mai des mâinile, ustensilele şi suprafeţele de gătit

Spălaţi-vă pe mâini cu apă fierbinte şi săpun înainte şi după ce manipulaţi sau preparaţi diferite alimente şi mai ales carne crudă, carne de pasăre, peşte, crustacee şi ouă proaspete. Apoi folosiţi apă fierbinte şi detergent pentru a spăla ustensilele de gătit, tocătorul şi orice altă suprafaţă folosită.

Un tocător din acril poate fi spălat în maşina de spălat vase. Dezinfectaţi tocătorul din lemn cu o soluţie preparată din 2 linguri de înălbitor de menaj la 1 litru de apă. Limpeziţi bine tocătorul după ce îl dezinfectaţi cu această soluţie. Înlocuiţi tocătoarele când se uzează sau când au crestături greu de curăţat.

În plus, spălaţi-vă întotdeauna pe mâni după ce folosiţi toaleta, schimbaţi scutece sau vă jucaţi cu animalele.

Păstraţi alimentele proaspete separat de cele gata preparate

Când cumpăraţi, gătiţi sau depozitaţi alimente, păstraţi carnea, carnea de pasăre, ouăle, peştele şi crustaceele crude separat de restul alimentelor. Aceasta previne contaminarea unui aliment de la altele. Păstraţi alimentele proaspete în cutii în frigider, astfel încât sucurile care se pot scurge să nu picure pe alte alimente.

Gătiţi alimentele la temperatura adecvată

Alimentele de origine animală crude sau insuficient preparate termic pot prezenta riscul de a vă produce o intoxicaţie alimentară. Modalitatea cea mai bună de a vă asigura că felurile preparate din carne, carne de pasăre sau ouă sunt pregătite la o temperatură care le face lipsite de riscuri este de a folosi un termometru alimentar. Peştele şi crustaceele trebuie menţinute la temperatură ridicată până când suprafaţa devine opacă. Carnea peştelui trebuie să poată fi uşor desprinsă cu furculiţa.

Încălziţi sosurile, supele şi bulionul până la fierbere. Dacă marinaţi carne sau carne de pasăre nu folosiţi marinata nefolosită decât după ce aţi fiert-o timp de câteva minute. Fierbeţi din nou mâncarea rămasă. Nu mâncaţi ouă crude sau semicrude sau lactate nepasteurizate. Beţi doar sucuri pasteurizate.

Peştele şi sushi

Peştele este o componentă importantă a unei alimentaţii sănătoase. Este o sursă de proteine care conţine grăsimi puţine şi acizi graşi de tipul omega-3, sănătoşi pentru inimă. Consumul regulat de peşte poate proteja împotriva bolii arterelor coronare şi a unor tipuri de cancere.

Totuşi, trebuie să fiţi atent ce preparate din peşte alegeţi. În anumite zone, sushi este un fel răspândit de preparare a peştelui. Termenul sushi se referă la un preparat japonez care conţine turte mici de orez, asezonate cu oţet, zahăr şi sare, şi în mod obişnuit garnisite cu peşte crud, fructe de mare şi legume. Peştele crud poate conţine paraziţi care pot produce boli gastrointestinale sau reacţii alergice diverse, de la o simplă urticarie până la şoc.

Unii peşti pot conţine şi toxice din mediu (substanţe poluante), în special bifenoli policloruraţi (PCB_s – polychlorinated biphenyls) şi metil mercur. Informaţi-vă cu privire la avertizările departamentului pentru resurse naturale al statului dumneavoastră sau ale departamentului pentru sănătate publică despre peştii care nu trebuie consumaţi.

Iată câteva recomandări pentru atunci când mâncaţi peşte:

- Mâncaţi sushi doar dacă a fost congelat. Congelarea peştelui crud poate omorî paraziţii. Întrebaţi dacă peştele a fost congelat.
- Dacă alăptaţi, sunteţi gravidă sau v-aţi propus aceasta pentru viitorul apropiat, evitaţi să consumaţi rechin, peşte spadă, macrou regal. Nu permiteţi nici copiilor să mănânce aceste tipuri de peşte. Aceştia conţin cantităţi mari de mercur care pot fi dăunătoare pentru dezvoltarea sistemului nervos al fătului. Limitaţi consumul de peşte (indiferent de tip) la 360 mg de peşte gătit pe săptămână. Preferaţi crustaceele sau peşti mai mici, tineri ca bibanul şi păstrăvul.
- La piaţă, alegeţi peştii proaspeţi, cu ochii limpezi, uşor bulbucaţi, cu carnea tare şi lucioasă, care revine brusc la poziţia anterioară după ce a fost apăsată, cu branhii strălucitoare roz sau roşii, care nu e lipicios sau decolorat. Peştele nu trebuie să aibă un miros prea puternic.
- Înainte de a-l găti, îndepărtaţi pielea şi grăsimea vizibilă. Frigeţi peştele pe grătar astfel încât grăsimea să se scurgă.
- Mâncaţi diferite tipuri de peşte pentru că variindu-le, limitaţi expunerea la o eventuală contaminare.
- Preparaţi termic suficient peştele şi fructele de mare, şi spălaţi-vă mâinile, tocătoarele şi ustensilele cu apă şi detergent după ce au venit în contact cu peştele.

Refrigerați imediat alimentele perisabile

Refrigerați sau congelați alimentele perisabile în maximum 2 ore de la cumpărare sau preparare. Dacă temperatura mediului ambiant depășește 43 C, refrigerați-le în decurs de o oră. Congelați carnea, carnea de pasăre, peștele și crustaceele proaspete pe care nu le veți folosi în câteva zile. Dezghețați carnea, carnea de pasăre, peștele și crustaceele ținându-le în frigider, în cuptorul cu microunde sau în apă rece pe care o schimbați la fiecare 30 de minute. Gătiți alimentele imediat după dezghețare. Nu păstrați în frigider, nefolosite, alimentele dezghețate mai mult de 3-4 zile.

Respectați instrucțiunile de pe etichete

Citiți etichetele alimentelor și respectați măsurile de siguranță indicate – de exemplu „A se păstra la temperaturi între 2 și 4 C" sau „Sugestii de manipulare".

Serviți alimentele într-un mod lipsit de riscuri

Păstrați mâncarea caldă la temperaturi ridicate (peste 108 C), iar pe cea rece la temperaturi scăzute – sub 8 C. Bacteriile dăunătoare pot crește rapid în intervalul de temperatură periculos (între 8 și 108 C). Evitați să lăsați mâncarea pe masă după ce mâncați. Când serviți cantități mari de alimente, aduceți-le la masă pe rând. Aruncați orice resturi care au stat la temperatura camerei mai mult de 2 ore, sau, în zonele calde, mai mult de o oră.

Când aveți îndoieli, mai bine aruncați

Dacă nu sunteți sigur că un aliment a fost preparat, servit sau depozitat corect, aruncați-l. Un aliment care a stat prea mult la temperatura camerei poate conține bacterii care nu pot fi distruse prin preparare termică. Nu gustați alimentele despre care nu sunteți sigur că sunt lipsite de riscuri, ci aruncați-le direct. Chiar dacă arată și miros bine, pot prezenta riscul de a vă îmbolnăvi.

Aruncați alimentele mucegăite. Puteți face o excepție în cazul brânzei tari. Îndepărtați părțile mucegăite tăind adânc până în zona fără mucegai.

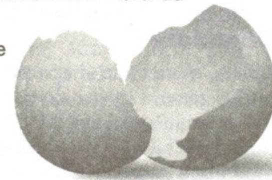
Temperaturi recomandate pentru prepararea termică a alimentelor

128 C	Carnea tocată, cotlete, carne prăjită, carne de porc, preparate din ouă.
133 C	Carnea tocată de pasăre, tocănițe, resturi, umpluturi.
138 C	Piept de pui, carnea bine pătrunsă.
148 C	Păsări întregi, picioare, aripi, copane.

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Intoxicațiile alimentare sunt severe, mai ales în cazul femeilor gravide, copiilor mici, vârstnicilor și persoanelor care au un sistem imun slăbit. Persoanele cu risc crescut la îmbolnăvire trebuie să fie și mai precaute și să evite următoarele alimente:

- Sucurile și cidrul nepasteurizate
- Laptele și lactatele nepasteurizate
- Brânzeturile moi – cum sunt feta, brie și Camembert – brânza albăstruie și brânza nepasteurizată
- Carne (și carne de pasăre) crudă sau care se găsește rar
- Pește și crustacee crude
- Ouă crude și preparate cu ouă
- Pateuri



Asigurarea apei potabile lipsite de riscuri

Apa potabilă din SUA este printre cele mai lipsite de riscuri din lume, majoritatea americanilor neavând motive de îngrijorare cu privire la calitatea apei. Totuși, dispozitivele de tratare a apei se pot strica uneori sau pot surveni alte probleme neprevăzute. Agenția pentru protecția Mediului (The Environmental Protection Agency – EPA) impune oficialităților din sănătate publică să vă informeze dacă apa nu mai îndeplinește standardele de siguranță sau dacă nu a fost controlată conform normelor.

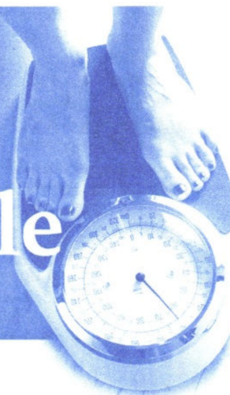
Chiar dacă aspectul, mirosul și gustul apei sunt la fel ca cele ale apei pure, conține substanțe ce pot produce îmbolnăvirea. Din contră, substanțele chimice adăugate pentru a purifica apa îi pot da un gust sau un miros neplăcut, dar sunt lipsite de riscuri dacă sunt corect folosite.

Iată câteva măsuri de precauție cu privire la siguranța apei:

- Nu beți apă despre care nu știți că este lipsită de riscuri. Apa din lacuri sau râuri este considerată contaminată. Purtați cu dumneavoastră apă îmbuteliată sau purificați apa din râuri sau lacuri, înainte de a o bea sau de a o folosi pentru gătit. Pentru aceasta există o întreagă varietatea de dispozitive portabile de purificare. O altă variantă ar fi fierberea apei timp de aproximativ 10 minute.
- Dacă nu sunteți sigur cu privire la calitatea apei dumneavoastră de băut, controlați-o. Oficialitățile din sănătatea publică (la nivelul orașului sau al districtului) vă pot da informații cu privire la agenții contaminanți potențiali și vă pot ajuta să găsiți laboratoare acreditate sau specialiști care să ia probe din apa dumneavoastră, să le analizeze și să interpreteze rezultatele.
- Dacă apa pe care o folosiți provine dintr-o fântână particulară sau este extrasă din pânza freatică – un lac, un râu – responsabilitatea pentru calitatea apei vă revine dumneavoastră. Testați apa anual sau ori de câte ori observați o modificare a culorii sau mirosului.
- Dacă apa dumneavoastră de băut îndeplinește standardele EPA, nu este necesar un filtru de apă casnic. În cazul în care vă decideți să cumpărați unul, respectați indicațiile de întreținere. ■

CAPITOLUL 3 PARTEA I

Controlul greutăţii corporale



Majoritatea americanilor cântăresc mai mult decât ar trebui. Este o realitate faptul că obezitatea a atins proporţii epidemice în SUA. Mai mult de jumătate din populaţie este supraponderală şi 1 din 4 adulţi este obez. De asemenea, obezitatea la copiii este mai frecventă ca niciodată.

Datorită uşurinţei cu care pot fi procurate alimentele cu conţinut crescut de calorii, bombardamentului cu reclame care te îndeamnă să mănânci şi a predominanţei muncii şi a distracţiilor de tip sedentar, este foarte uşor să vă îngrăşaţi.

Peste o anumită limită, grăsimea acumulată vă afectează sănătatea. Cu cât aveţi o greutate mai mare, cu atât vă veţi confrunta cu mai multe probleme în a vă menţine sănătos şi a avea o viaţă lungă. Greutatea în exces poate determina boli cardiace, diabet şi hipertensiune arterială, ca şi o serie de alte probleme de sănătate.

Motivul cel mai important pentru care trebuie să atingeţi şi să menţineţi o greutate sănătoasă este reprezentat de îmbunătăţirea stării dumneavoastră de sănătate pe termen lung. În plus, probabil că vă veţi simţi mai bine din punct de vedere fizic, veţi fi mai mulţumit de dumneavoastră şi veţi avea mai multă energie.

Scăderea în greutate este dificilă. Nu există o metodă rapidă şi uşoară. Dar, în ciuda obstacolelor, nu sunteţi condamnat să fiţi supraponderal.

Acest capitol vă oferă strategii prin care puteţi scădea treptat în greutate, modificându-vă stilul de viaţă şi obiceiurile alimentare. Aceste modificări de durată ale stilului de viaţă sunt cheia succesului pentru scăderea în greutate şi o sănătate mai bună.

Aveţi o greutate sănătoasă?

Ce greutate ar trebui să aveţi? De peste 50 de ani, companiile de asigurări corelează greutatea corporală cu riscurile pentru sănătate, iar specialiştii din domeniul sănătăţii şi beneficiarii s-au confruntat cu conceptul de greutate acceptabilă.

Clasic, *supragreutatea* era definită ca o greutate care depăşea valoarea sănătoasă indicată de tabelele companiilor de asigurări care corelau greutatea cu înălţimea. Dar aceste tabele nu iau în considerare cât din greutatea dumneavoastră este reprezentată de grăsime şi unde este depozitată cu precădere această grăsime, aceştia fiind consideraţi factori importanţi în aprecierea riscurilor pentru sănătate. De exemplu, atleţii se încadrează frecvent în categoria supragreutăţii după standardele acestor tabele datorită dezvoltării masei musculare sau a unui schelet puternic. Totuşi, ei nu au prea mult ţesut gras.

O combinaţie de 3 determinări mai precise – indicele de masă corporală (IMC), circumferinţa taliei şi istoricul medical personal şi familial – poate aprecia corect dacă sunteţi într-o formă bună sau nu.

Indicele de masă corporală

Primul lucru pe care trebuie să-l faceţi când doriţi să ştiţi dacă aveţi o greutate sănătoasă, este să vă calculaţi indicele de masă corporală (IMC). Cântăriţi-vă şi măsuraţi-vă înălţimea. Apoi calculaţi-vă IMC-ul utilizând tabelul alăturat.

IMC-ul apreciază greutatea în funcţie de înălţime. Limitele de încadrare a IMC-ului indicate în tabele sunt pentru adulţi. Ele nu reprezintă nişte delimitări foarte precise între greutatea sănătoasă şi cea care prezintă riscuri pentru sănătate ci doar indică faptul că, cu cât greutatea creşte, cu atât cresc şi riscurile pentru sănătate. IMC-ul nu ia în considerare structura dumneavoastră specifică sau factorii de tipul unui schelet puternic sau a unei musculaturi bine dezvoltate, dar reprezintă o variantă mai bună decât tabelele care indicau greutatea în funcţie de înălţime.

IMC-ul optim se încadrează între 19 şi 24,9. Dacă IMC-ul dumneavoastră se încadrează între aceste limite, în cele mai multe cazuri scăderea în greutatea nu vă aduce nici un beneficiu pentru sănătate. Un IMC între 25 şi 29,9 arată că sunteţi supraponderal. Dacă IMC-ul dumneavoastră este de 30 sau chiar mai mare, sunteţi caracterizat obez.

Cu cât IMC-ul dumneavoastră este mai mare faţă de limita superioară a normalului, cu atât sunt mai mari riscurile pentru sănătate legate de greutate. Dacă IMC-ul dumneavoastră este 25 sau mai mult, scăderea în greutate vă poate ameliora starea de sănătate şi scăderea riscurilor de îmbolnăvire legate de greutate. Dacă IMC-ul dumneavoastră este mai mic de 18,5 probabil că sunteţi subponderal. Cereţi-i medicului dumneavoastră să vă evalueze greutatea şi starea de sănătate.

Circumferinţa taliei

Circumferinţa taliei indică unde este depozitată cu precădere grăsimea dumneavoastră. Despre persoanele ale căror kilograme suplimentare sunt dispuse mai ales în jurul taliei se spune că au formă de măr. Despre cele la care kilogramele suplimentare sunt dispuse cu precădere sub nivelul taliei – pe coapse, şolduri şi fese – se spune că au formă de pară.

În general, este mai bine să ai formă de pară decât de măr. Grăsimea dispusă în jurul taliei creşte riscul pentru boli cardiace, diabet şi unele tipuri de cancere. Distribuţia grăsimii sub formă de pară este determinată mai ales de ereditate, în timp ce distribuţia sub formă de măr este influenţată mai mult de factorii de mediu.

Pentru a vă măsura talia, găsiţi punctul cel mai înalt de pe fiecare şold şi măsuraţi-vă peste abdomen, la nivelul acestor puncte.

- Pentru femei o circumferinţă a taliei de 89 cm sau mai mare este asociată cu risc crescut de boală.
- În cazul bărbaţilor, o circumferinţă a taliei egală sau mai mare de 101 cm este asociată cu creşterea riscurilor pentru sănătate.

Excesul de grăsime abdominală poate creşte riscurile pentru sănătate chiar dacă IMC-ul dumneavoastră este în limite normale. Dacă IMC-ul dumneavoastră este mai mare sau egal cu 24 iar circumferinţă a taliei depăşeşte valorile recomandate ca sănătoase, riscurile sunt chiar şi mai mari.

Istoricul medical personal şi familial

Istoricul dumneavoastră medical ca şi istoricul familiei dumneavoastră furnizează informaţii suplimentare cu privire la riscul pentru probleme de sănătate dependente de greutate.

Dacă răspundeţi afirmativ la oricare dintre întrebările următoare, scăderea în greutate – în cazul în care sunteţi supraponderal (IMC între 25 şi 29,9) sau obez (IMC egal sau mai mare ca 30,9) va fi şi mai benefică pentru dumneavoastră.

- În antecedentele personale sau în cele familiale există hipertensiune arterială, diabet, boli cardiace, apnee în somn, artroze sau valori crescute ale grăsimilor din sânge (colesterol şi trigliceride)?

Indicele de masă corporală (IMC)

	Sănătos		Supraponderal					Obez				
IMC	19	24	25	26	27	28	29	30	35	40	45	50
Înălţime (cm)	Greutate (kg)											
147,4	41,2	52	53,9	56,1	58,4	60,7	62,5	64.779	75,6	86,5	97,3	108,2
149,9	42,5	53,9	56,1	57,9	60,2	62,5	64,7	67.044	78,3	89,6	100,5	111,8
152,5	43,9	55,7	57,9	60,2	62,5	64,7	67	69.309	81	92,4	104,1	115,5
155	45,3	56,1	59,7	62	64,7	67,0	69,3	71.574	83,8	95,5	107,8	119,5
157,5	47,1	59,3	61,6	64,3	66,5	69,3	71,5	74.292	86,5	98,7	111,4	123,6
160,1	48,4	61,1	63,8	66,1	68,8	71,5	73,3	76.557	89,2	101,9	115	127,7
162,6	49,8	63,4	65,6	68,4	71,1	73,8	76,5	78.822	92,4	105	118,6	131,8
165,2	51,6	65,2	67,9	70,6	73,3	76,1	78,8	81.54	95,1	108,7	122,3	135,9
167,7	53,4	67	70,2	72,9	75,6	78,3	81	84.258	97,8	111,8	125,9	139,9
170,2	54,8	69,3	72	75,1	77,9	80,6	83,8	86.523	101	115,5	130	144,5
172,8	56,6	71,5	74,2	77,4	80,1	83,3	86	89.241	104,1	118,6	133,6	148,5
175,3	57,9	73,3	76,5	79,7	82,4	85,6	88,7	91,9	106,9	122,3	137,7	153,1
177,9	59,7	75,6	78,8	81,9	85,1	88,3	91,5	94,6	110	125,9	141,7	157,6
180,4	61,6	77,9	81	84,2	87,4	90,6	94,2	97,3	113,2	129,5	145,8	162,1
183	63,4	80,1	83,3	86,5	90,1	93,3	96,4	100,1	116,8	133,1	149,9	166,7
185,5	65,2	82,4	85,6	89,2	92,4	96	99,2	102,8	120	136,8	154	171,2
188,0	67	84,2	87,8	91,5	95,1	98,7	101,9	105,5	123,2	140,8	158,5	176,2
190,6	68,8	86,9	90,6	94,2	97,8	101,4	105	108,7	126,3	144,5	162,6	180,7
193,1	70,6	89,2	92,8	96,4	100,1	104,1	107,8	111,4	130	148,5	167,1	185,7

Source: Adapted from National Institutes of Health Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults, 1998

- Ca adult, v-aţi îngrăşat cu cel puţin 4,5 kg?
- Fumaţi, mâncaţi excesiv, consumaţi mai mult de o băutură alcoolică pe zi sau aveţi un stil de viaţă sedentar?

Cum vă evaluaţi greutatea

În cazul în care IMC-ul dumneavoastră este mai mare sau egal cu 25, circumferinţa taliei depăşeşte valorile recomandate ca sănătoase sau aţi răspuns afirmativ la cel puţin una din întrebările referitoare la istoricul medical personal şi familial, veţi beneficia în urma scăderii în greutate. Discutaţi cu medicul, la următorul control, despre greutatea dumneavoastră.

Dacă sunteţi obez, chiar şi o scădere în greutate destul de mică vă poate ameliora starea de sănătate. Studiile care au vizat peste 200 de persoane cu obezitate severă au arătat că cei care au scăzut în greutate cu 10-20% din greutatea corporală şi s-au menţinut la acest nivel timp de 3 ani, şi-au redus riscul pentru anumite boli cu 25-75%.

Dacă la dumneavoastră excesul de grăsime este depus în jurul taliei, micşorarea circumferinţei taliei cu 5 cm poate contribui la scăderea tensiunii arteriale ca şi a riscului pentru multe boli.

Greutatea corporală şi sănătatea

Obezitatea este o boală cronică la care contribuie atât factorii genetici cât şi cei de mediu. Descifrarea cauzelor şi mecanismelor prin care apare obezitatea este incompletă, dar cercetătorii au ajuns la concluzia că sunt implicaţi mai mulţi factori. Ceea ce se ştie cu certitudine este că greutatea corporală şi starea de sănătate sunt strâns corelate. Obezitatea este legată direct de o serie de boli severe care vă pot scurta viaţa.

Factorii de risc pentru supragreutate

Greutatea este determinată în cea mai mare măsură de echilibrul dintre aportul de calorii şi energia consumată în activităţile zilnice. Dacă, din alimentele consumate, primiţi mai multe calorii decât ardeţi în activităţile zilnice, vă îngrăşaţi. Excesele alimentare şi lipsa activităţii fizice reprezintă cauzele principale ale supragreutăţii. Totuşi, mai sunt implicaţi o serie de alţi factori.

Îmbătrânirea și țesutul gras

Compoziția corpului se modifică o dată cu înaintarea în vârstă. Masa musculară se reduce lent după vârsta de 30-35 de ani și mult mai rapid după 55 de ani. Mai pe înțelesul dumneavoastră, dacă la 65 de ani cântăriți cu 4,5 kilograme mai mult decât la 30, în realitate aveți cu 7 până la 9 kilograme mai multă grăsime.

De asemenea, cu vârsta, se modifică și distribuția depozitelor de țesut gras. Pe măsură ce îmbătrâniți, grăsimea corporală tinde să se deplaseze de la nivelul feței, brațelor, picioarelor și gâtului spre trunchi și abdomen.

În cazul femeilor, menopauza joacă un rol important în modificările corporale. În timpul anilor în care se pregătește instalarea menopauzei, organismul dumneavoastră produce mai puțin estrogen, proces asociat cu deplasarea greutății spre talie. Pe măsură ce înaintați în vârstă veți câștiga în greutate sau vă va fi din ce în ce mai dificil să vă mențineți greutatea.

Atât în cazul bărbaților cât și al femeilor, pe măsură ce înaintează în vârstă, organismul devine din ce în ce mai puțin capabil să facă față exceselor alimentare, crescând probabilitatea ca surplusul să fie depozitat sub formă de grăsime. Pentru aceasta, o soluție o reprezintă mesele mai mici.

O modalitate excelentă de a face față modificărilor greutății corporale legate de vârstă o reprezintă exercițiul fizic. Exercițiile aerobice vă ajută să ardeți calorii, iar exercițiile de forță cresc masa musculară și întăresc oasele. Pentru informații mai detaliate despre exercițiile aerobice și de forță, consultați cap. 4 „Mențineți-vă activ".



Factorii genetici

Genele determină parțial modul în care organismul dumneavoastră echilibrează aportul caloric cu consumul energetic. Dacă unul sau ambii părinți sunt supraponderali, riscul dumneavoastră de a deveni supraponderal crește cu 25-30%. Genele influențează și cantitatea de grăsimi depozitate de organismul dumneavoastră, ca și distribuția acestora. Dar structura dumneavoastră genetică nu vă face în mod inevitabil supraponderal.

Alimentația

Consumul regulat de alimente bogate în grăsimi, cum sunt cele de tip fast-food, contribuie la creșterea în greutate. Alimentele cu conținut crescut de grăsimi furnizează multe calorii. Excesul de băuturi răcoritoare, bomboane și deserturi favorizează, de asemenea, creșterea în greutatea. Acest tip de alimente conține multe zaharuri și furnizează multe calorii.

Lipsa de activitate fizică

Persoanele sedentare sunt mai expuse la îngrășare datorită faptului că ard mai puține calorii prin activitatea fizică.

Factorii psihologici

Unii oamenii mănâncă excesiv pentru a face față diferitelor probleme – stresul, anxietatea sau depresia.

Sexul

Bărbații au mai mulți mușchi și mai puțină grăsime decât femeile. Datorită faptului că mușchii ard mai multe calorii decât țesutul gras, bărbații consumă cu până la 20% mai multe calorii decât femeile, chiar și în repaus. Pentru femei, atingerea și menținerea unei greutăți sănătoase poate fi o sarcină mai dificilă.

Vârsta

Pe măsură ce înaintați în vârstă, pierdeți treptat din masa musculară, țesutul gras ajungând să reprezinte o proporție mai mare din greutatea corporală. Scăderea masei musculare conduce la scăderea vitezei cu care organismul dumneavoastră arde caloriile. Consecința va fi reducerea necesităților calorice. Dacă, pe măsură ce înaintați în vârstă nu scădeți aportul caloric, este foarte probabil să vă îngrășați.

Sarcina

După fiecare sarcină, o femeie tinde să se îngrașe cu 2-3 kg față de greutatea dinainte de sarcină.

Medicamentele

Efectele secundare ale unor medicamente, mai ales corticosterozi și antidepresive triciclice, pot contribui la creșterea în greutate.

Renunțarea la fumat

Unii fumători se îngrașă după ce renunță la fumat. Acest efect se poate datora și capacității nicotinei de a crește viteza cu care organismul dumneavoastră arde caloriile (rata metabolismului). Când un fumător renunță la fumat, arde mai puține calorii și are tendința să mănânce mai mult datorită creșterii sensibilității gustului și mirosului.

Probleme medicale

Tulburările endocrine și metabolice sunt răspunzătoare de un procent redus din cazurile de obezitate. Mai puțin de 5% din toate cazurile de obezitate pot fi atribuite unei cauze medicale – insuficiență tiroidiană sau alte dezechilibre hormonale. O rată metabolică scăzută constituie rar cauza obezității.

Pericolele greutății excesive

Indiferent de modul în care o anumită persoană a devenit supraponderală, acest dezechilibru poate constitui o problemă de viață și de moarte. Persoanele supraponderale și cele obeze sunt mult mai susceptibile la instalarea unor probleme se sănătate severe.

Diverse studii au arătat că riscul pentru anumite boli și tulburări crește pe măsură ce crește indicele de masă corporală. În plus, riscul global de deces este crescut în cazul obezității.

Hipertensiunea arterială

Când țesutul gras este dezvoltat în exces, aveți tendința să rețineți sodiul. Pentru a dilua surplusul de sodiu, organismul dumneavoastră reține mai multă apă. Acesta crește volumul sangvin, ceea ce poate avea ca efect creșterea presiunii în interiorul arterelor. Presiunea suplimentară face să crească efortul inimii.

Excesul de greutate este frecvent asociat cu creșterea frecvenței car-

diace şi reducerea capacităţii vaselor sangvine de a transporta sângele. Aceşti 2 factori pot de asemenea contribui la creşterea tensiunii arteriale fiind posibilă ruperea unui vas de sânge din creier (accident vascular cerebral hemoragic).

Diabetul

Obezitatea este cauza principală a tipului 2 de diabet (denumiri mai vechi – diabet cu debut la vârsta adultă sau diabet insulino-dependent). Excesul de ţesut gras face ca organismul dumneavoastră să devină rezistent la insulină, hormonul care transportă zahărul (glucoza) din sânge în celule. Dacă organismul dumneavoastră e rezistent la insulină, celulele nu pot prelua glucoza de care are nevoie pentru a obţine energie.

Boala arterelor coronare

O dată cu creşterea în greutate creşte şi riscul de boală coronariană. În mod obişnuit boala coronariană este rezultatul formării de depozite de grăsimi (plăci) în arterele care irigă inima. În timp, aceste depuneri pot îngusta arterele, astfel încât la inimă va ajunge mai puţin sânge. Reducerea fluxului de sânge poate produce dureri la nivelul pieptului (angină). Blocarea completă a unei artere produce infarct.

Accidentul vascular cerebral

Acumularea plăcilor în arterele care irigă creierul poate produce un accident vascular cerebral. Când o arteră care transportă sângele la creier se îngustează, la acest nivel se poate forma un cheag de sânge care întrerupe fluxul sângelui spre creier. În această situaţie se produce un accident vascular ischemic. Supragreutatea sau obezitatea cresc riscul atacurilor cerebrale ischemice, chiar în absenţa hipertensiunii arteriale şi a diabetului.

Anomalii ale grăsimilor din sânge

O alimentaţie bogată în grăsimi saturate poate produce obezitate, ca şi creşterea concentraţiei în sânge a colesterolului LDL (numit şi colesterol „rău") şi scăderea HDL-colesterolului (denumit şi colesterolul „bun"). De asemenea, obezitatea este asociată cu creşterea în sânge şi a altor tipuri de grăsimi, trigliceridele.

În timp, unele dintre aceste grăsimi sangvine contribuie la formarea depozitelor de grăsimi în arterele din tot corpul. Boala se numeşte ateroscleroză şi creşte riscul bolii coronariene şi al atacului cerebral.

Boala artrozică

Această boală a articulaţiilor afectează cel mai frecvent genunchii, articulaţia şoldului şi coloana vertebrală în partea inferioară. Excesul de greutate face să crească presiunea la nivelul acestor articulaţii, uzând cartilajele care le protejează şi ducând la apariţia durerilor articulare şi a rigidităţii.

Apneea în somn

Apneea obstructivă în somn este o afecţiune severă care determină oprirea respiraţiei pentru perioade scurte, în timpul somnului. Căile aeriene superioare se blochează intermitent în timpul somnului, ceea ce determină scăderea nivelului oxigenului în sânge şi somnolenţă în timpul zilei. Apneea în somn poate produce şi insuficienţă cardiacă. Majoritatea celor care suferă de apnee în somn sunt supraponderali. Cu cât o persoană are un exces mai mare de greutate, cu atât apneea în somn va fi mai severă.

Cancerul

Mai multe tipuri de cancer sunt asociate cu excesul de greutate. În cazul femeilor acestea sunt: cancerul mamar, uterin, de colon şi de vezică biliară. Bărbaţii supraponderali prezintă risc crescut pentru cancerul de colon şi de prostată.

Calculii biliari

Sunt mai frecvenţi în cazul persoanelor supraponderale, deşi nu s-a clarificat mecanismul prin care excesul de greutate determină producerea lor.

Disconfortul fizic

Pe măsură ce grăsimea se acumulează, umple spaţiile ocupate de organe. Unele persoane obeze nu pot sta aşezate confortabil datorită grăsimii de la nivelul abdomenului. În poziţie aşezată, o persoană obeză respiră mai greu.

Consecinţe sociale şi emoţionale

Într-o ţară în care există tendinţa de a pune semnul egalităţii între supleţea corpului şi frumuseţe, inteligenţă şi succes, adulţii supraponderali pot fi supuşi stresului psihologic, scăderii veniturilor şi discriminării.

Beneficiile scăderii modeste în greutate

Vestea cea bună este că nu trebuie să slăbiţi prea mult pentru a vă bucura de îmbunătăţirea stării de sănătate. Scăderi modeste în greutate – de doar 10-20% din greutatea totală – pot determina scăderea tensiunii arteriale, a riscului pentru boli cardiovasculare şi accidente vasculare cerebrale, pot ameliora gradul de control asupra diabetului, simptomele artrozei şi apneei în somn, şi scăderea riscului de cancer.

Scăderea în greutate necesară pentru ameliorarea sănătăţii poate fi mult mai mică decât cea de care credeţi că aveţi nevoie pentru a fi „slab" sau pentru un aspect fizic „ideal".

Când vă confruntaţi cu excesul de greutate, scopul iniţial trebuie să constea în atingerea şi menţinerea unei greutăţi mai sănătoase. De exemplu, în cazul în care cântăriţi 90 kg şi sunteţi obez după standardele petru IMC, începeţi prin a încerca să slăbiţi 4,5-9 kg (5-10%) din greutatea dumneavoastră. Discutaţi cu medicul dumneavoastră despre stabilirea unui obiectiv realist de scădere în greutate.

Cum să slăbiţi

Dacă faceţi efortul să slăbiţi, este bine să ştiţi că atât scăderea în greutate cât şi menţinerea ei pot fi foarte dificile. Multe regimuri favorizează scăderea în greutate temporară, putând în acelaşi timp să încurajeze formarea unor obiceiuri alimentare nesănătoase, iar efectul pe termen lung asupra greutăţii este adesea nesemnificativ.

Scăderea sănătoasă în greutate este cea lentă şi stabilă. Nu vă propuneţi să slăbiţi mai mult de 250 g – 1 kg pe săptămână.

Un program bun de scădere în greutate are 3 componente – o dietă sănătoasă, activitatea fizică regulată şi atitudinea corectă.

O dietă sănătoasă

Ce mâncaţi şi cât de mult mâncaţi reprezintă factorii cheie în controlul greutăţii. Învăţaţi să vă bucuraţi de o întreagă varietate de alimente sănătoase.

Pentru a stabili şi apoi a vă menţine la nivelul atins, consumaţi cantităţi moderate de alimente bogate în substanţe nutritive şi care conţin puţine grăsimi şi calorii. Scăderea numărului de calorii nu implică neapărat scăderea savorii alimentelor sau a plăcerii de a mânca sau creşterea timpului necesar preparării alimentelor. Vă puteţi reduce aportul de calorii mâncând alimente gustoase, sănătoase şi care pot fi preparate uşor.

Consumaţi combinaţia corectă de alimente

Pentru a vă ghida în alegerea alimentelor pe care le consumaţi zilnic, medicii şi specialiştii nutriţionişti de la Clinica Mayo au elaborat Piramida Clinicii Mayo pentru o Greutate Sănătoasă. Piramida este un instrument care vă ajută să aveţi o alimentaţie echilibrată şi bogată în substanţe nutritive în timp ce atingeţi o greutate sănătoasă. Piramida indică tipurile de alimente şi cantităţile pe care trebuie să le consumaţi zilnic din fiecare dintre cele 5 grupe principale de alimente.

Forma triunghiulară a piramidei vă indică unde trebuie să vă concentraţi când alegeţi alimentele care vă pot ajuta să obţineţi o greutate sănătoasă. Alimentele cele mai importante – fructele şi legumele – formează baza piramidei.

Piramida pune accentul pe alimente cu conţinut caloric redus care vă ajută să vă simţiţi sătul. Dieta asigură toate substanţele nutritive de care aveţi nevoie. Fructele şi legumele permise în cantităţi nelimitate o fac să fie o dietă bogată în vitamine, minerale, fibre şi anumite substanţe nutritive de origine vegetală numite fitoncide. De asemenea, este săracă în grăsimi, grăsimi saturate, colesterol şi sodiu, şi furnizează cantităţi adecvate de proteine şi calciu.

Piramida Clinicii Mayo diferă de Piramida Ghid Alimentar USDA prin următoarele:

- Pune accentul pe controlul greutăţii.
- Plasează legumele şi fructele la bază şi nu cerealele – pâine, cereale şi amidonoase – pentru că fructele şi legumele conţin foarte puţine calorii şi au multe proprietăţi care ameliorează starea de sănătate. Se recomandă să consumaţi cel puţin 4 porţii de legume şi cel puţin 3 porţii de fructe zilnic, dar vă este permis să mâncaţi cantităţi practic nelimitate din ambele categorii. Dacă mâncaţi din plin fructe şi legume va fi mai puţin loc în dieta dumneavoastră pentru alimente care conţin mai puţin substanţe nutritive dar mai multe calorii.
- Pune accentul pe alimentele sănătoase din fiecare dintre cele 5 grupe de alimente. Nu toate alimentele dintr-o anumită grupă alimentară prezintă aceleaşi beneficii pentru sănătate, chiar dacă, eventual, conţine acelaşi număr de calorii. De exemplu, în cazul carbohidraţilor, este mai bine să alegeţi orezul brun sau pastele integrale, pâinea integrală datorită faptului că cerealele integrale sunt mai bogate în fibre, vitamine şi minerale decât orezul decorticat, pastele şi pâinea albe.
- Activitatea fizică zilnică este plasată în centrul piramidei pentru a accentua rolul ei extrem de important atât în controlul greutăţii cât şi în îmbunătăţirea stării de sănătate.

Legumele

Legumele conţin puţine calorii şi practic nu conţin deloc grăsimi, furnizând în acelaşi timp o întreagă varietate de vitamine, minerale şi, în cele mai multe cazuri, fibre. În plus, legumele conţin fitoncide, substanţe care pot reduce riscul pentru boli cardiovasculare şi cancer. Unele legume sunt incluse în grupa carbohidraţilor (în loc de cea a legumelor) pentru că sunt bogate în amidon, furnizează mai multe calorii decât legumele obişnuite şi în organism se comportă asemănător cu carbohidraţii. În această categorie intră porumbul, cartofii, cartofii dulci şi dovleacul.

Fructele

Fructele au un rol important în alimentaţia sănătoasă. Alături de faptul că au puţine calorii şi conţin puţine sau nu conţin grăsimi, fructele sunt benefice şi pentru că sunt bogate în vitamine, minerale, fibre şi fitoncide. Fructele proaspete şi cele congelate sunt cele mai bune pentru că au un volum mai mare şi au o densitate energetică mai mică decât fructele conservate, sucul de fructe şi fructele uscate. Alimentele cu densitate energetică mică au puţine calorii pe unitate de volum.

Mitul "Regimului Clinicii Mayo"

De-a lungul anilor au apărut diferite variante ale aşa-numitului regim al Clinicii Mayo. Problema este că nu există nici un regim al Clinicii Mayo. Originea acestor regimuri legendare este necunoscută.

Nici un regim „potrivit pentru oricine" de tipul celor care recomandă grapefruit-ul sau ouăle sau care promit scăderea rapidă în greutate nu este aprobat de Clinica Mayo. Pentru anumite persoane, astfel de regimuri pot fi periculoase.

În loc să vă bazaţi pe „regimuri miraculoase" preluaţi controlul asupra obiceiurilor dumneavoastră alimentare şi a activităţii fizice. O alimentaţie sănătoasă asociată cu activitatea fizică reprezintă cea mai bună modalitate de scădere în greutate eficientă şi lipsită de riscuri.

Gândiţi pe termen lung şi faceţi schimbări – în obiceiurile alimentare şi activitatea fizică – pe care să le puteţi menţine toată viaţa.

Carbohidraţii

În această categorie intră produsele pe bază de cereale: cerealele, pâinea, orezul şi pastele făinoase. Aceste alimente furnizează o întreagă varietate de substanţe nutritive şi, în general, conţin puţine grăsimi şi calorii. De obicei, alte ingrediente adăugate la produsele din cereale, sau sosurile consistente care se servesc împreună cu ele aduc multe calorii şi grăsimi.

Cele mai bune cereale sunt cele integrale pentru că sunt bogate în fibre, vitamine şi minerale. Preferaţi orezul brun, pastele şi pâinea integrală care conţin făină de grâu – sau din alte cereale – integrală ca ingredient principal.

Proteinele/Lactatele

Alimentele din grupa poteinelor/lactatelor furnizează de obicei cele mai mult dintre proteinele incluse în dieta dumneavoastră. Datorită faptului că multe surse de proteine sunt bogate în grăsimi şi grăsimi saturate, Piramida Clinicii Mayo pentru o Greutate Sănătoasă pune accentul pe sursele de proteine de origine vegetală aşa cum sunt fasolea, mazărea şi lintea, ca şi pe produsele lactate cu conţinut scăzut de grăsimi sau complet degresate.

Piramida Clinicii Mayo pentru o Greutate Sănătoasă

Dulciuri
până la 75 calorii/zi

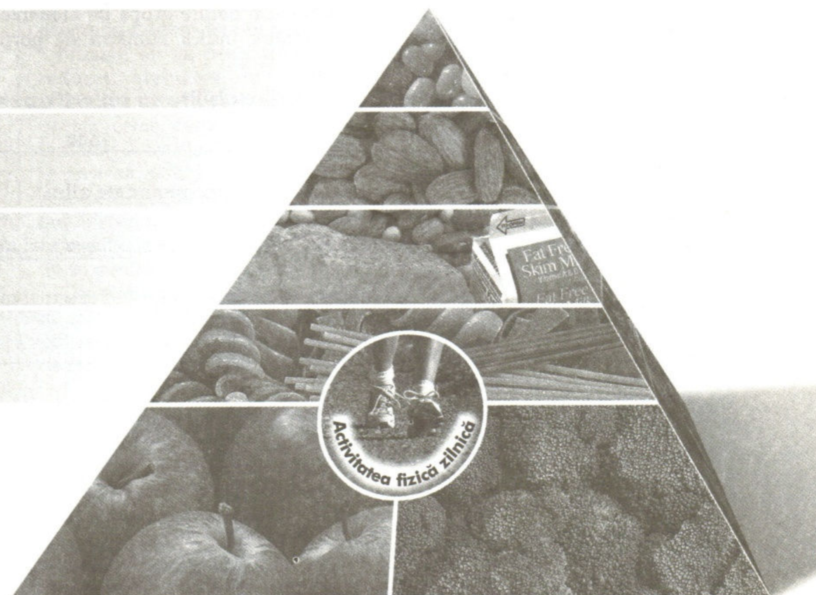
Grăsimi
3 până la 5 porții/zi

Proteine/Lactate
3 până la 7 porții/zi

Carbohidrați
4 până la 8 porții/zi

Fructe
nelimitat (minim 3 porții/zi)

Legume
nelimitat (minim 4 porții/zi)



Produsele lactate sunt surse bune de calciu, iar laptele este îmbogățit cu vitamina D (în SUA).

Grăsimile

Datorită faptului că un gram de grăsimi furnizează un număr dublu de calorii față de 1 g de carbohidrați sau de proteine, reducerea grăsimilor din alimentație reprezintă un mijloc major de scădere a numărului total de calorii consumate. Gătiți alimentele cu foarte puțin ulei sau fără să adăugați deloc ulei sau alte grăsimi. Când este necesar, folosiți grăsimi mononesaturate de tipul uleiului de măsline sau al uleiului canola.

Dulciurile

Grupa dulciurilor cuprinde bomboanele, deserturile și alte dulciuri gata preparate. Puteți consuma alimentele din această categorie doar în limita a 75 de calorii pe zi. O dată ce vă obișnuiți cu o dietă care pune accentul pe fructe, legume și cereale, este posibil să nu mai simțiți lipsa dulciurilor.

Preferați alimentele cu o densitate energetică mică

Piramida Clinicii Mayo pentru o Greutate Sănătoasă pune accentul pe alimentele cu densitate energetică redusă. Densitatea energetică reprezintă numărul de calorii dintr-un volum dat de aliment. Alimentele cu densitate energetică mică, de exemplu legumele, au un volum și o masă mare, dar nu prea multe calorii. Ceea ce face ca alimentele să aibă o densitate energetică mică este conținutul în fibre și apă. Alimentele cu densitate energetică scăzută conțin cantități mari din ambele. Alimentele cu densitate energetică mare, cum sunt grăsimile și zahărul de masă, conțin un număr mare de calorii într-o cantitate mică de aliment.

Preferând alimentele cu densitate energetică mică, nu veți suferi de foame. Vă veți simți sătul și satisfăcut, deci va fi mai greu să mâncați cantități mari de calorii. Aceasta favorizează scăderea în greutate. De asemenea, lasă loc în dieta dumneavoastră pentru cantități mici din alimentele favorite din categoria celor cu densitate energetică mare, cum ar fi ciocolata.

Fiți atent la numărul de calorii

Pentru a slăbi trebuie să consumați mai puține calorii decât arde organismul dumneavoastră. Numărul de calorii de care aveți nevoie zilnic depinde de mai mulți factori, printre care și nivelul activității fizice și vârsta. Piramida Clinicii Mayo pentru o Greutate Sănătoasă recomandă pentru început următoarele obiective:

Bărbați

În cazul în care cântăriți:
- 114 kg sau mai puțin: 1400 calorii/zi;
- 114,5 kg - 136 kg: 1600 calorii/zi;
- 136 kg sau mai mult: 1800 calorii/zi.

Femei

În cazul în care greutatea dumneavoastră este:
- 114 kg sau mai puțin: 1200 calorii/zi;
- 114,5 kg - 136 kg: 1400 calorii/zi;
- 136 kg sau mai mult: 1600 calorii/zi.

În timp, necesitățile dumneavoastră calorice se vor modifica în funcție de riscurile pentru sănătate, cât de mult slăbiți ca și de obiectivele și preferințele dumneavoastră. Caloriile pot fi ajustate până la limita nivelului imediat superior în cazul în care vă este prea foame sau ați atins greutatea dorită.

Numărul de porţii/dimensiunile lor

Numărul de porţii pe care le puteţi consuma din fiecare grupă de alimente depinde de numărul zilnic de calorii pe care vi l-aţi propus. Tabelul următor indică numărul de porţii recomandate pentru diverse consumuri calorice:

	Numărul de calorii stabilite ca obiectiv pentru început			
	1200	1400	1600	1800
Grupa de alimente	**Număr de porţii recomandate zilnic**			
Legume	4 sau mai multe	4 sau mai multe	5 sau mai multe	5 sau mai multe
Fructe	3 sau mai multe	4 sau mai multe	5 sau mai multe	5 sau mai multe
Carbohidraţi	4	5	6	7
Proteine/Lactate	3	4	5	6
Grăsimi	3	3	3	4

Grupa de alimente	Dimensiunile unei porţii medii
Legume	2 ceşti* de frunze sau 1 ceaşcă de alt tip
Fructe	½ ceaşcă* fructe feliate sau 1 bucată medie
Carbohidraţi	½ ceaşcă* cereale boabe sau cereale prelucrate sau1 felie de pâine
Proteine/Lactate	½ ceaşcă* fasole, 90 g peşte, 1 ceaşcă* lapte smântânit sau 45-60 g de carne sau brânză tare
Grăsimi	1 lingură de ulei sau 2 linguri de nuci, alune

*1 ceaşcă = 0, 236 l

Verificaţi etichetele alimentelor pentru a afla ce cantitate din produsul respectiv este considerată o porţie, câte calorii şi câte grame de grăsime conţin alimentul respectiv. Multe produse vândute ca o singură bucată furnizează în realitate două sau mai multe porţii.

Scăderea numărului de calorii sub 1200 pe zi pentru femei şi 1400 pe zi pentru bărbaţi nu permite de obicei consumul unor cantităţi de alimente suficiente pentru a putea fi satisfăcut o perioadă îndelungată. De asemenea, o dietă cu un număr atât de mic de calorii face dificil aportul suficient de anumite substanţe nutritive de care aveţi nevoie pentru menţinerea stării de sănătate, aşa cum sunt folatul, magneziul şi zincul.

Găsiţi modalităţi sănătoase de a vă satisface apetitul

Dacă faceţi eforturi pentru a scădea în greutate, nu înseamnă că trebuie să vă lipsiţi de plăcerea de a mânca sau să staţi înfometat. Încercaţi să urmaţi aceste sfaturi care vă vor ajuta să vă ţineţi în frâu apetitul.

- *Mâncaţi 3 mese pe zi.* Mesele şi gustările regulate previn ciclul "foame – apoi – masă copioasă". Dacă începeţi cu un mic dejun care cuprinde cereale bogate în fibre, pâine din cereale integrale şi fructe proaspete, probabil că veţi mânca mai puţin în cursul zilei.
- *Mâncaţi doar când vă este foame.* Mâncând doar când organismul vă semnalează nevoia de foame, veţi deveni mai puţin dispus să mâncaţi ca reacţie la stres sau plictiseală.
- *Mâncaţi încet.* Savurarea gustului, mirosului şi texturii alimentelor vă poate creşte satisfacţia. De asemenea, dacă mâncaţi încet, permiteţi creierului să primească semnalul că aţi mâncat şi că sunteţi sătul.
- *Rezistaţi dorinţei imperioase de a mânca.* „Poftele" trec în general în câteva minute, poate chiar secunde. Distrageţi-vă atenţia cu o activitate care nu este legată de mâncare până când dispare dorinţa.
- *Începeţi să mâncaţi cantităţi mai mici.* Dacă obişnuiţi să mâncaţi întotdeauna totul din farfurie, începeţi cu porţii care să reprezinte 1/2 din cantitatea pe care o mâncaţi de obicei. S-ar putea să descoperiţi satisfăcătoare porţiile mici. Pentru a face ca porţiile mai mici să pară mai mari, serviţi felul principal pe o farfurie mai mică.

Activitatea fizică regulată

Studiile făcute au arătat că persoanele care vor să-şi optimizeze scăderea în greutate şi să nu se mai îngraşe la loc trebuie să facă mai mult decât schimbarea obiceiurilor alimentare. Activitatea fizică şi exerciţiile fizice trebuie să devină o

parte din programul zilnic; pentru a vă menţine în formă şi la o greutate sănătoasă, trebuie să vă menţineţi activ fizic.

Pentru scăderea în greutate, prin exerciţiile fizice se urmăreşte arderea caloriilor, dar exerciţiile au multe alte beneficii. Activitatea fizică favorizează reducerea ţesutului gras şi dezvoltarea musculaturii. Muşchii consumă mai multe calorii decât ţesutul gras. Deci, cu cât masa dumneavoastră musculară va fi mai mare, cu atât va arde mai multe calorii, chiar şi în repaus.

Cea mai bună modalitate de reducere a ţesutului gras o reprezintă exerciţiile aerobice susţinute – acestea sunt activităţile fizice care vă măresc frecvenţa respiratorie şi pe cea cardiacă – de tipul mersului vioi, mersului pe bicicletă, jogging-ului şi înotului. Exerciţiile aerobice regulate sunt cele mai bune, dar orice alt tip de mişcare vă ajută să ardeţi calorii. Activităţi ca tunsul gazonului sau urcatul scărilor (în loc să folosiţi liftul) vă ajută în controlul greutăţii.

Obiectivul final constă în cel puţin 30 de minute de activitate fizică moderată spre viguroasă în cele mai multe dintre zilele săptămânii – preferabil în fiecare zi. Începeţi încet şi creşteţi gradat timpul şi nivelul de intensitate al efortului fizic, apoi menţineţi nivelul atins.

Dacă sunteţi obez – şi mai ales dacă sunteţi neantrenat şi aveţi probleme de sănătate – discutaţi cu medicul dumneavoastră înainte de a începe un program de exerciţii fizice.

Pentru mai multe informaţii cu privire la elaborarea unui program de exerciţii fizice, consultaţi cap. 4 „Menţineţi-vă activ".

Atitudinea corectă

Oricine a încercat să slăbească ştie că este mult mai dificil decât pare. Pentru a face modificări care să dureze, trebuie să lucraţi asupra obiceiurilor, emoţiilor, nevoilor, gândurilor şi comportamentelor dumneavoastră care v-au adus în situaţia de a fi supraponderal.

Pentru a reuşi trebuie să planificaţi şi modul în care veţi introduce modificările în stilul dumneavoastră de viaţă. Aceasta necesită concentrare, timp şi efort – apoi un angajament ferm. În plus, unii oameni trebuie să rezolve şi unele probleme psihologice cum sunt depresia sau tulburările de alimentaţie, înainte de a aborda programul de scădere în greutate.

Nimeni nu vă poate face să vă reduceţi greutatea. În realitate, presiunile exterioare – adesea din partea celor apropiaţi pot doar înrăutăţi lucrurile. De asemenea, a încerca să slăbiţi pentru a-i face plăcere altcuiva rareori dă rezultate. Faceţi schimbările în alimentaţie şi activitatea fizică pe care le doriţi pentru dumneavoastră.

Cercetătorii au arătat că o serie de instrumente şi recomandări vă pot ajuta să vă modificaţi atitudinea şi comportamentele.

Luaţi-vă un angajament ferm

Concentraţi-vă pe toate beneficiile scăderii în greutate, de exemplu îmbunătăţirea stării de sănătate şi mai multă energie. Apoi priviţi părţile neplăcute – cum ar fi să vă faceţi timp pentru exerciţiile fizice. Căutaţi soluţii creative pentru a depăşi orice aspect neplăcut şi apoi angajaţi-vă ferm să vă reduceţi greutatea.

Faceţi din modificările stilului de viaţă o prioritate

Când plănuiţi să vă introduceţi noi modificări ale stilului de viaţă legate de greutatea corporală, încercaţi să rezolvaţi eventualele alte probleme din viaţa dumneavoastră. Pentru a vă modifica obiceiurile este nevoie de multă energie fizică şi mentală. Dacă încercaţi să vă modificaţi stilul de viaţă în timp ce sunteţi preocupat de alte probleme majore – de exemplu maritale sau financiare – riscaţi să eşuaţi.

Stabiliţi-vă obiective mici, realiste

Amintiţi-vă că v-aţi înhămat la un efort de lungă durată. Faceţi schimbări în stilul dumneavoastră de viaţă, iar obiectivele stabilite reprezintă primii paşi în această direcţie. Dacă vă propuneţi eforturi prea intense sau prea viguroase, acestea vor deveni rapid incomode, crescând probabilitatea renunţării. Nu vă stabiliţi o greutate–ţintă nerealistă.

Concentraţi-vă pe aspectele pozitive

În loc să analizaţi ce nu aveţi voie să mâncaţi, concentraţi-vă pe ceea ce este permis. Descoperiţi noi gusturi şi activităţi.

Identificaţi-vă obiceiurile

Pentru a deveni conştient de comportamentele dumneavoastră alimentare, întrebaţi-vă dacă aveţi tendinţa să mâncaţi când sunteţi plictisit, supărat, obosit, anxios, deprimat sau sub presiune. Evaluaţi-vă stilul de alimentaţie, ca şi modul de a cumpăra şi de a pregăti alimentele. Aţi fost învăţat să mâncaţi mereu tot din farfurie? Mâncaţi repede? Mâncaţi în timp ce priviţi la televizor? Identificaţi-vă obiceiurile şi eventualii stimuli declanşatori ai dorinţei de a mânca.

Întocmiţi un plan

Elaboraţi o strategie prin care să schimbaţi gradat obiceiurile şi atitudinile care v-au subminat în trecut eforturile pentru scăderea în greutate. Alegeţi o dată precisă pentru a începe. Concepeţi un plan de alimentaţie realist care să conţină cantităţi apreciabile de legume,

Voinţă versus autocontrol

Unii cred că vor reuşi să atingă o greutate sănătoasă dacă vor avea suficientă voinţă. Dar această atitudine vă expune la eşec în momentul în care voinţa dumneavoastră cedează. Încercaţi mai degrabă să vă concentraţi asupra autocontrolului şi nu asupra voinţei. Autocontrolul înseamnă „îngheţata reprezintă pentru mine un aliment – problemă, deci nu voi ţine îngheţată în casă". Voinţa înseamnă „Voi continua să cumpăr îngheţată, dar nu o voi mânca". Autocontrolul înseamnă planificarea din timp a reuşitei.

Dacă vă plac dulciurile, încercaţi să găsiţi o modalitate prin care să le introduceţi din când în când în dietă fără ca prin aceasta să vă distrugeţi planul de alimentaţie. Veţi descoperi cu surprindere că, doar pentru că ştiţi că vi le puteţi permite din când în când, vă este mai uşor să spuneţi nu.



Metabolismul şi greutatea

Metabolismul reprezintă procesul biochimic complex prin care alimentele pe care le consumaţi sunt transformate în energia de care are nevoie organismul pentru funcţionare. Substanţele nutritive pe care le consumaţi – carbohidraţii, proteinele, grăsimile şi altele – se combină cu oxigenul pentru a elibera energia, rezultând căldură, dioxid de carbon, apă şi reziduuri. Energia obţinută este folosită pentru activitatea musculară şi pentru procesele chimice esenţiale din organism. Căldura vă ajută la menţinerea temperaturii corpului.

Cantitatea de energie pe care organismul dumneavoastră o consumă în repaus se numeşte rata metabolică bazală (basal metabolic rate – BMR). Ea se exprimă în calorii.

Numărul de calorii pe care le ardeţi zilnic nu depinde doar de rata metabolică bazală, ci şi de câte exerciţii fizice faceţi şi de raportul muşchi/ţesut gras din corpul dumneavoastră. Orice activitate, nu doar exerciţiile viguroase vă ajută să creşteţi arderile de calorii.

Cu cât aveţi mai mulţi muşchi şi mai puţină grăsime, cu atât veţi arde mai multe calorii. Acesta este motivul pentru care specialiştii recomandă exerciţiile de forţă ca o modalitate de creştere a masei musculare. Din acelaşi motiv, bărbaţii care în mod obişnuit au masă musculară mai bine reprezentată decât femeile şi, deci, ard mai multe calorii – tind să scadă în greutate mai rapid şi să se îngraşe mai lent.

Mulţi dintre cei care au probleme cu scăderea în greutatea dau vina pe metabolismul lent. În realitate, foarte puţini oameni ard în repaus mai puţine calorii decât numărul estimat corespunzător înălţimii, greutăţii şi vârstei. Datorită faptului că persoanele cu o greutate mare au mai multă grăsime dar şi mai mulţi muşchi, supraponderalii au o rată metabolică mai mare, contrar părerii obişnuite.

Curele de slăbire îndelungate au doar într-o mică măsură efecte permanente asupra metabolismului dumneavoastră, dar aportul unui număr redus de calorii vă va furniza mai puţină energie. Dacă vă reduceţi sever numărul de calorii, vă puteţi simţi mai lent şi lipsit de energie.

fructe şi apă. Stabiliţi cât de des şi cât timp veţi face exerciţiile fizice. Când şi unde le veţi face? Cum se vor încadra în programul dumneavoastră zilnic? Care sunt obstacolele potenţiale cu care vă puteţi confrunta şi cum le veţi aborda?

Evitaţi provocările specifice

Nu ţineţi alimente la vedere şi nu păstraţi în apropiere alimente care furnizează calorii „goale". Învăţaţi să înlocuiţi alimentele nesănătoase cu alimente sănătoase. Distrageţi-vă atenţia de la dorinţa de a mânca cu o activitatea pozitivă, de exemplu sunaţi un prieten.

Pregătiţi-vă din timp pentru situaţiile neobişnuite

Gândiţi-vă la strategii eficiente care să vă ajute să vă respectaţi angajamentul în vederea scăderii în greutate, când sunteţi la serviciu, în vacanţe, la petreceri, în zile libere. De exemplu, vizualizaţi-vă la o petrecere, servindu-vă cu cantităţi mici din câteva preparate sau mâncând doar legume şi fructe crude. Repetaţi mental acest plan.

Ţineţi un jurnal

Dacă, în plus faţă de evidenţa alimentelor consumate şi a greutăţii, ţineţi un jurnal al activităţilor zilnice, veţi reuşi mai uşor să vă menţineţi zilnic activ şi descoperiţi comportamentele care trebuie îmbunătăţite. Notaţi şi alţi parametri importanţi pentru sănătate cum sunt tensiunea arterială şi nivelul colesterolului.

Cereţi sprijinul celorlalţi

În mod esenţial, sunteţi singurul care vă puteţi ajuta să scădeţi în greutate şi trebuie să vă asumaţi responsabilitatea pentru propriul comportament. Dar asta nu înseamnă că trebuie să faceţi totul singur. Cereţi sprijinul partenerului de viaţă, familiei şi prietenilor.

Poate fi util să discutaţi cu un specialist în reducerea greutăţii sau cu alte persoane care încearcă să slăbească care vă pot ajuta să vedeţi alimentaţia şi exerciţiile fizice într-o altă lumină. Grupuri de sprijin ca „Weight Watchers" (Grupul celor care îşi supraveghează greutatea), „Take Off Pounds Sensibly – TOPS" (Daţi jos kilogramele cu măsură) sau „Overeaters Anonymous" (în SUA) vă pot ajuta furnizându-vă programe de alimentaţie şi susţinere din partea unor persoane care sunt în aceeaşi situaţie.

Nu abandonaţi

Indiferent de cât sunteţi de pregătit, uneori veţi mânca excesiv sau veţi mânca alimente pe care încercaţi să le evitaţi. În loc să permiteţi unei abateri să vă distrugă toate eforturile, mai bine acceptaţi abaterea respectivă ca atare şi reveniţi la programul pe care vi l-aţi propus. Nu vă aşteptaţi să puteţi fi perfect – şi nu abandonaţi niciodată.

Eşecul regimurilor restrictive

Americanii cheltuiesc anual miliarde de dolari pe produse şi programe pentru slăbit, căutând cura magică ce-i va ajuta să scape de kilograme rapid şi fără neplăceri. Regimurile restrictive sunt cunoscute de zeci de ani şi regulat apare câte unul nou.

Acestea promit scăderea în greutate rapidă şi uşoară. Din păcate, oamenii constată adesea că depun la loc kilogramele pierdute, în parte şi datorită faptului că se satură să evite pâinea, să mănânce cantităţi mari de grapefruit sau să se simtă permanent înfometaţi pentru că mănâncă foarte puţine calorii.

Câteva dintre regimurile cele mai cunoscute care circulă în prezent:

Regimuri pe bază de lichide cu conţinut scăzut de calorii

Acest tip de regimuri – cum sunt Medifast sau Optifast – este prescris sub supraveghere medicală în cazul persoanelor cu obezitate severă. Nu sunt indicate pe termen lung pentru că reduc caloriile sub 800 pe zi.

Înlocuirea meselor

Din această categorie face parte Slim-Fast care este un produs eliberat fără prescripţie medicală. Programul recomandă să înlocuiţi una sau două mese cu băutura respectivă şi să mâncaţi o a treia masă echilibrată, sănătoasă, cu conţinut redus de grăsimi şi calorii.

Produse pentru scăderea în greutatea eliberate fără prescripţie medicală

Produsele pentru scăderea în greutate vândute fără prescripţie vă promit să pierdeţi kilograme prin creşterea metabolismului sau prin scăderea apetitului. Totuşi, efectele adverse ale acestor produse pot fi periculoase.

Oamenii au tendinţa să privească medicamentele eliberate fără prescripţie şi produsele pe bază de plante cu mai puţină seriozitate, astfel că adesea iau doze prea mari sau le asociază cu alte medicamente. În plus, datorită faptului că fabricarea produselor din plante nu este reglementată de Administraţia pentru Controlul Alimentelor şi Medicamentelor (FDA – Food and Drug Administration), nu puteţi fi sigur de conţinutul acestora.

Produsele pentru scăderea în greutatea eliberate fără prescripţie nu vă pot oferi decât cel mult o pierdere temporară a unui anumit număr de kilograme. De obicei, astfel de produse fac mai mult rău decât bine.

Vă prezentăm câteva dintre cele mai cunoscute produse pentru scăderea în greutate eliberate fără prescripţie şi ceea ce pot sau nu să facă pentru dumneavoastră.

Efedrina

Unul dintre cele mai cunoscute produse pentru scăderea în greutate eliberate fără prescripţie este Metabolife, un supliment dietetic din plante. Produse asemănătoare sunt Metabolite şi MetaboMax. Ingredientul principal al acestor produse este efedrina, extrasă din *Ephedra* (ma-huang). Efedrina este utilizată în tratamentul astmului bronşic. De asemenea, este folosită la fabricarea drogului de stradă metamfetamină, cunoscut şi ca „speed". Din punct de vedere chimic diferenţa dintre metamfetamină şi efedrină este foarte mică. Acest medicament vă poate inhiba uşor apetitul dar poate produce şi hipertensiune arterială, tulburări ale ritmului cardiac, insomnie, nervozitate, tremor, convulsii, infarct miocardic, atac cerebral şi moarte.

Chitosanul

Chitosanul este un supliment dietetic preparat din chitină, un tip de amidon extras din scheletul creveţilor, crabilor şi altor crustacee. Datorită faptului că nu se digeră, chitosanul trece prin tubul digestiv fără să fie absorbit, deci nu furnizează calorii. Structura chimică a chitosanului îl face să se lege de unele dintre grăsimile alimentare, astfel că acestea vor fi eliminate în loc să fie absorbite. Cu toate acestea, un studiu a ajuns la concluzia că prin tratamentul cu chitosan nu se obţine o scăderea în greutate mai mare decât cu placebo.

Acidul hidroxicitric

Un ingredient obişnuit al produselor pentru scăderea în greutatea din plante, acidul hidroxicitric

Regimul grupelor sangvine

Regimul grupelor sangvine vă indică o listă detaliată de alimente pe care ar trebui să le consumaţi sau să le evitaţi, în funcţie de grupa dumneavoastră sangvină. Se porneşte de la premisa că pentru fiecare grupă sangvină există un marker antigenic specific care interacţionează în mod negativ cu anumite alimente. Nu există nici o dovadă ştiinţifică care să susţină că regimurile alimentare ar trebui să ia în considerare grupa sangvină.

Regimul cu supă de varză

Ce poate fi mai simplu? Mâncaţi cât mai multă supă de varză timp de 7 zile şi veţi pierde între 4,5 şi 6,5 kilograme. În timpul acestei săptămâni sunt recomandate şi alte alimente printre care cartofii, sucurile de fructe şi unele legume. Singura problemă constă în faptul că cei care urmează acest regim se plâng de ameţeli şi stări de slăbiciune datorită faptului că regimul este prea sărac în proteine, vitamine şi carbohidraţi complecşi.

Alte regimuri

Multor altor regimuri restrictive li se face reclamă. Multe dintre ele recomandă reducerea aportului de carbohidraţi şi permit puţine – sau deloc – fructe, legume şi cereale.

În concluzie, fiţi circumspect în legătură cu regimurile care permit o slăbire rapidă sau care sună prea frumos ca să fie adevărate. Deşi recomandările clasice pentru controlul greutăţii – consumul variat de legume, fructe şi cereale şi activitatea fizică zilnică – pot părea plicticoase, în general conduc la îmbunătăţirea stării de sănătate şi la scăderea durabilă în greutate.

Când este necesar ajutorul suplimentar

Cel mai bine este să vă reduceţi greutatea printr-o dietă sănătoasă şi activitate fizică regulată. Totuşi, în cazul anumitor persoane, există probleme fizice care-i împiedică să se antreneze fizic. Alţii au nevoie de ajutor suplimentar ca să-şi reducă aportul caloric. Dacă vă număraţi printre persoanele care nu reuşesc să slăbească prin eforturi proprii şi cărora excesul de greutate le determină probleme de sănătate, unele medicamente sau intervenţii chirurgicale vă pot ajuta.

Medicamentele pentru scăderea în greutatea care se eliberează cu prescripţie medicală nu sunt pentru cei care vor doar să slăbească câteva kilograme ca să arate mai bine. Ele sunt destinate celor cu un indice de masă corporală (IMC) 30 sau mai mare sau celor cu un IMC egal sau mai mare de 27 care prezintă probleme de sănătate care s-ar ameliora prin reducerea greutăţii. Dacă suferiţi de obezitate extremă, chirurgia ar putea fi următoarea variantă de abordare eficientă a reducerii greutăţii.

Medicamentele

Medicamentele pentru scăderea în greutatea eliberate numai cu prescripţie medicală sunt destinate persoanelor moderat supraponderale şi obeze care prezintă complicaţii determinate de excesul

(HCA) este obţinut dintr-o plantă care creşte în India, *Garcinia cambogia*. Denumirile comerciale ale celor mai cunoscute produse sunt Citrus Slim, Citrimax şi CitriLean. Un studiu publicat în Jurnalul Asociaţiei Medicale Americane (Journal of the American Medical Association) a arătat că această plantă nu are efect de scădere în greutate.

5-hidroxitriptofanul (5–HTP)

Vândut sub denumirea ca Natrol, Natural Balance şi Solary, produsele pe bază de 5-hidroxitriptofan conţin o substanţă contaminantă asociată cu o boală hematologică rară potenţial fatală. Din punct de vedere chimic, 5-HTP este strâns înrudit cu L-triptofanul, un supliment dietetic interzis în 1990 după ce cercetătorii au descoperit că este contaminat cu aceeaşi substanţă care a fost descoperită acum în produsele 5-HTP.

Substanţele care scad apetitul

Produsele care scad apetitul cum sunt Dexatrim şi Acutrim pot conţine ca ingredient fenilpropanolamină (PPA), un stimulent folosit în medicamentele pentru tuse şi răceală care au fost asociate cu creşterea riscului de accident vascular cerebral.

FDA avertizează consumatorii să evite produsele care conţine PPA. Chiar dacă din compoziţia Dexatrim-ului şi Acutrim-ului va fi scoasă PPA, făcându-le astfel mai lipsite de riscuri, tot va trebui să găsiţi o modalitate prin care să vă controlaţi apetitul după ce opriţi tratamentul cu aceste produse. În caz contrar, foarte probabil că veţi depune la loc kilogramele pierdute.

Piruvatul

Piruvatul este un foarte cunoscut supliment pentru scăderea în greutate care, după cum susţin unii, poate avea un uşor efect de favorizare a eliminării kilogramelor în plus. Piruvatul sub forma acidului piruvic se formează în organism în timpul digestiei carbohidraţilor şi proteinelor. De asemenea, se găseşte în anumite alimente cum sunt merele roşii, brânza şi vinul roşu. Piruvatul pare să fie lipsit de riscuri, dar pretenţiile legate de accelerarea metabolismului, scăderea apetitului şi favorizarea scăderii în greutate rămân nedovedite.

Laxativele şi diureticele din plante

Laxativele şi diureticele din plante vă pot face să pierdeţi apă, deci să scădeţi în greutate, dar nu vă fac să pierdeţi grăsimi. Laxativele şi diureticele pot scădea nivelul potasiului în sânge producând probleme cardiace şi musculare. În plus, dacă folosiţi laxativele prea frecvent, scaunul dumneavoastră va ajunge să depindă de ele.

Cafeina

Câteva studii au indicat faptul că, în cazul persoanelor care fac exerciţii fizice şi au o dietă săracă în grăsimi, consumul unor cantităţi mari de cafeină sau de alte stimulente pot favoriza uşor scăderea în greutatea. Dar consumată în cantităţi atât de mari, cafeina poate determina nervozitate, iritabilitate, insomnii şi hipertensiune arterială. Iar dacă este consumată cu alte stimulente – cum ar fi efedrina – efectele adverse pot fi mai severe.

de greutate şi care urmează un program de control al greutăţii care pune accentul pe o alimentaţie sănătoasă şi pe activitate fizică. Medicamentele trebuie văzute ca un instrument care să ajute la adaptarea modificărilor din alimentaţie şi ca o soluţie pentru excesul de greutate.

Dacă vă număraţi printre cei care ar putea beneficia de medicamentele pentru scăderea în greutate, probabil că va trebui să le luaţi mereu. Multe studii au arătat că atunci când astfel de medicamente sunt întrerupte, majoritatea sau tot excesul revine. Problema administrării pe perioade indefinite constă în faptul că majoritatea celor mai frecvent folosite medicamente eliberate cu prescripţie medicală sunt atât de noi încât nu se cunosc eventualele efecte pe termen lung.

Chiar dacă îndepliniţi criteriile pentru a beneficia de tratamentul medicamentos pentru scăderea în greutate, este probabil că un anumit medicament să nu dea rezultate în cazul dumneavoastră. Studiile sugerează că, dacă, sub tratament cu un anumit medicament nu pierdeţi cel puţin 2 kg în prima lună, probabil că medicamentul nu va fi eficient în cazul dumneavoastră.

Medicamentele pentru scăderea în greutatea sunt:

Sibutramina

Sibutramina (Meridia, Reductil) vă ajută să vă simţiţi sătul mai rapid. Deşi acest medicament vă ajută să scădeţi în greutate mai mult decât aţi reuşi doar prin dietă şi exerciţii, el nu reprezintă o pilulă magică. Pe parcursul unui an în care a fost studiat medicamentul, cei care l-au folosit şi-au redus greutatea în medie doar cu 3 - 4,5 kg mai mult decât cei care au urmat doar un regim hipocaloric şi au luat pilule placebo. Efectele adverse pot fi creşterea tensiunii arteriale, dureri de cap, uscăciunea gurii, constipaţie şi insomnii.

Orlistat

Orlistat (Xenical) inhibă absorbţia grăsimilor blocând acţiunea unei enzime – lipază – din tractul dumneavoastră digestiv. Lipaza descompune grăsimile alimentare astfel încât corpul dumneavoastră să le poată absorbi. Orlistatul poate împiedica absorbţia a până la 30% din grăsimile alimentare. Grăsimile neabsorbite sunt eliminate prin scaun. De asemenea, Orlistatul vă poate favoriza scăderea în greutate prin faptul că descurajează consumul excesiv de grăsimi.

Efectele adverse asociate cu medicamentul cuprind eliminarea unor scaune uleioase şi frecvente. Scăderea medie în greutate determinată de Orlistat este modestă şi asemănătoare cu cea obţinută în cazul Sibutraminei. Datorită faptului că Orlistatul blochează absorbţia anumitor substanţe nutritive, inclusiv a vitaminelor liposolubile, probabil că medicul dumneavoastră vă va recomanda să luaţi şi multivitamine.

Intervenţii chirurgicale

În general, intervenţiile chirurgicale pentru scăderea în greutatea sunt rezervate persoanelor cu obezitate extremă şi la care excesul de greutate determină probleme de sănătate. Înainte de a apela la această metodă, asiguraţi-vă că aţi făcut toate eforturile în direcţia

antrenamentului fizic, schimbării obiceiurilor alimentare şi ajustării oricăror componente ale stilului de viaţă care au contribuit la creşterea greutăţii. Dacă veţi apela la intervenţie chirurgicală, succesul acesteia va depinde parţial şi de modul în care veţi respecta recomandările cu privire la alimentaţie şi regimul de exerciţii fizice.

Un chirurg va aprecia dacă sunteţi un candidat potrivit pentru o intervenţie chirurgicală care să vă ajute să scădeţi în greutate. Puteţi fi considerat astfel în cazul în care indicele dumneavoastră de masă corporală depăşeşte 40 sau dacă aveţi probleme de sănătate corelate cu greutatea. Candidaţii la acest tip de intervenţie chirurgicală sunt de obicei evaluaţi de o serie de specialişti, inclusiv un medic, un nutriţionist şi un psiholog.

Din anul 1950 când a fost făcută prima intervenţie chirurgicală pentru obezitate, medicii au abordat tehnici variate care să obţină scăderea în greutate. În prezent, cele mai cunoscute operaţii se încadrează în una sau două categorii: gastroplastie verticală în bandă şi bypass-ul gastric.

Gastroplastia verticală în bandă

Pentru o gastroplastie verticală în bandă se foloseşte o bandă de capse pentru a crea o pungă mică în partea superioară a stomacului în care vor intra alimentele venite prin esofag. Folosind un capsator chirurgical, chirurgul vă va împărţi stomacul într-un compartiment superior şi unul inferior. Compartimentul superior este mic şi se goleşte în compartimentul inferior care este de fapt restul stomacului. Deschiderea de mărimea unei monede prin care compartimentul superior se goleşte în restul stomacului este căptuşită cu o piesă de plastic inextensibil. Această dublare a deschiderii dintre compartimentul superior şi restul stomacului împiedică deschiderea să se lărgească. La început, compartimentul superior poate cuprinde doar 30-60 g de alimente, iar mai târziu se poate dilata pentru a cuprinde puţin mai mult. După operaţie veţi putea să mâncaţi, fără să apară disconfortul sau greaţa, doar cantităţi foarte mici o dată.

Bypass-ul gastric

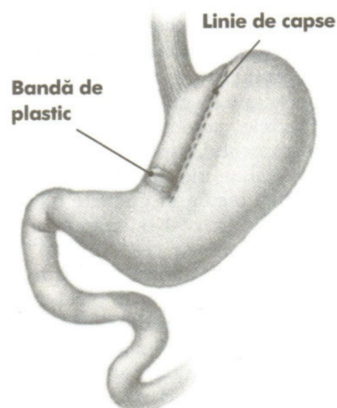
Bypass-ul gastric este procedeul chirurgical cel mai des recomandat pentru scăderea în greutate. În timpul acestei intervenţii, chirurgul vă capsează stomacul complet dintr-o parte în cealaltă, lăsând doar un buzunar mic în partea superioară. Apoi se taie intestinul subţire şi un capăt al lui se leagă direct la acest buzunar superior. Astfel, alimentele sunt deviate şuntând cea mai mare parte a stomacului şi prima parte a intestinului subţire. Alimentele ajung direct în porţiunea mijlocie a intestinului subţire, scăzând astfel absorbţia caloriilor.

Această operaţie acţionează în două feluri. Reduce cantitatea de alimente pe care o puteţi mânca şi reduce numărul caloriilor absorbite de organism. Chiar dacă alimentele nu ajung niciodată în partea superioară a stomacului, acesta continuă să producă sucuri digestive care se vor vărsa în intestinul subţire. Acest procedeu chirurgical pare să fie cel mai eficient.

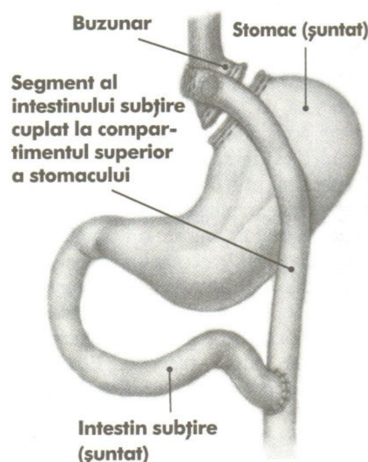
Când sunt folosite corect, intervenţiile chirurgicale pentru scăderea în greutatea pot produce îmbunătăţiri excelente ale greutăţii şi stării de sănătate. În primii 1-2 ani după operaţie, majoritatea pacienţilor pierd 50% până la 60% din excesul de greutate. În general, cei care respectă recomandările cu privire la alimentaţie şi exerciţii fizice reuşesc să se menţină astfel pe termen lung.

Totuşi, intervenţiile chirurgicale de aceste tipuri au şi efecte adverse. Scăderea rapidă în greutate poate determina oboseală, uscăciunea pielii şi pierderea temporară a părului. La locul inciziei poate apărea o hernie (o slăbire a peretelui abdominal) pentru care poate fi necesară o intervenţie chirurgicală reparatorie. În plus, dacă mâncaţi prea repede sau prea mult, pot apărea greaţa, vărsăturile, transpiraţiile şi tremurăturile, numite sindromul Dumping. În timp, veţi fi capabil să mâncaţi o cantitate mai mare de alimente.

Intervenţiile chirurgicale pentru scăderea în greutatea nu sunt un procedeu miraculos. Deşi vă puteţi aştepta să vă reduceţi greutatea şi apoi s-o menţineţi aşa, tot va trebui să aveţi o alimentaţie sănătoasă şi să vă menţineţi activ.



Gastroplastia verticală în bandă împarte stomacul în 2 compartimente, unul superior şi unul inferior. În compartimentul superior încap doar 30-60 g de alimente, astfel încât vă veţi simţi sătul mai rapid. Alimentele ajung în compartimentul inferior printr-o deschidere de dimensiuni mici, căptuşită cu o bandă de plastic care previne lărgirea acestei deschideri.



Bypass-ul gastric creează un mic buzunar la vârful stomacului şi şuntează cea mai mare parte a stomacului şi o parte din intestinul subţire.

CAPITOLUL 4 PARTEA I

Menţineţi-vă activ

Societatea modernă pare să conspire împotriva activităţii fizice. Datorită maşinilor noastre, computerelor, televizoarelor şi nenumăratelor dispozitive care ne uşurează munca, este uşor să ajungem la capătul fiecărei zile cu un efort fizic minim. Totuşi, corpul nostru este proiectat să se mişte. Şi este important să o facă.

Activitatea fizică regulată produce o serie de efecte benefice pentru sănătate. Pentru a creşte activitatea fizică zilnică nu trebuie să vă transformaţi într-un alergător de maraton sau să mergeţi la sala de gimnastică în fiecare dimineaţă. Modificări simple ale stilului de viaţă pot, în timp, să vă îmbunătăţească starea de sănătate. Mult timp a fost răspândită ideea că, dacă vrei să fii antrenat din punct de vedere fizic şi să-ţi ameliorezi sănătatea trebuie să faci exerciţii viguroase. Dar studiile făcute au arătat că efecte benefice pentru sănătate are şi o activitate fizică uşoară – care în mod cert este mai eficientă decât lipsa activităţii. Iar activitatea fizică moderată regulată prezintă cele mai mari beneficii pentru sănătate conform Centrelor pentru Controlul şi Prevenirea Bolilor (Centers for Disease Control and Prevention) şi a Institutelor Naţionale de Sănătate (National Institutes of Health).

Antrenamentul fizic merită efortul

Hotărârea de a deveni mai activ reprezintă o investiţie în dumneavoastră însivă, în familia şi viitorul dumneavoastră. Pentru o investiţie de timp modestă, recompensele sunt enorme.

Împreună cu alimentaţia sănătoasă, activitatea fizică reprezintă cheia îmbunătăţirii stării generale de sănătate şi a prevenirii bolilor. Persoanele active din punct de vedere fizică au adesea o energie comparabilă cu cea a unei persoane inactive mai tinere cu 10-20 de ani. Activitatea fizică regulată vă poate ajuta să vă controlaţi greutatea, să vă îmbunătăţiţi capacitatea de coordonare şi echilibrul, să reduceţi durerile musculare şi să evitaţi insomnia. De asemenea, poate să prevină, să întârzie sau să ţină sub control printre altele următoarele boli şi afecţiuni:

Hipertensiunea arterială

Activitatea fizică este esenţială pentru prevenirea sau controlul hipertensiunii arteriale. Activitatea fizică solicită inima, care este un muşchi. Exerciţiile fizice fac ca inima să devină mai puternică şi să poată pompa mai mult sânge cu mai puţin efort. Consecinţa este o presiune mai mică asupra arterelor.

Grăsimile sangvine anormale

Activitatea fizică zilnică poate reduce nivelul colesterolului LDL (lipoproteine cu densitatea joasă – low density lipoprotein). În mod obişnuit, colesterolul LDL este numit "colesterolul rău", iar HDL colesterolul, "colesterolul bun". De asemenea, activitatea fizică regulată vă ajută la scăderea nivelului trigliceridelor, alt tip de grăsimi (lipide) sangvine.

Diabetul zaharat

Activitatea fizică scade cantitatea de zahăr (glucoză) din sânge. Diabetul este caracterizat prin creşterea excesivă a glucozei în sânge (creşterea glicemiei). Dacă suferiţi de diabet sau prezentaţi riscul de a face diabet, activitatea fizică zilnică asociată cu o alimentaţie sănătoasă vă pot ajuta să ţineţi sub control nivelul glucozei în sânge.

Boala arterelor coronare şi accidentul vascular cerebral

Boala arterelor coronare afectează arterele care irigă inima. Tipic, boala se produce prin îngustarea arterelor (ateroscleroză) care poate fi determinată de o serie de factori printre care hipertensiunea arterială, diabetul, fumatul sau colesterolul crescut. Blocarea completă a arterelor poate conduce la un atac de cord (infarct miocardic).

Activitatea fizică vă ajută să preveniţi boala arterelor coronare – şi reduce riscul infarctului miocardic – ajutându-vă să menţineţi o greutate sănătoasă şi să ţineţi sub control diabetul, colesterolul crescut şi hipertensiunea arterială.

De asemenea, activitatea fizică vă ajută să reduceţi riscul de accident vascular cerebral, prevenind încetinirea fluxului de sânge şi îngustarea arterelor care transportă sângele la creier. Blocarea acestor artere poate produce un accident vascular cerebral.



Activitatea fizică şi exerciţiul fizic

Termenii de *activitate fizică* şi *exerciţiu fizic* sunt adesea consideraţi sinonimi, dar există o diferenţă între ei. Activitatea fizică se referă la orice mişcare a corpului care arde calorii, cum sunt tunsul gazonului, urcatul scărilor, aranjarea aşternuturilor sau plimbatul câinelui. Exerciţiile reprezintă o formă mai organizată de activitate fizică. Ele implică o serie de mişcări repetative care urmăresc să fortifice sau să dezvolte o parte a corpului dumneavoastră şi să îmbunătăţească capacitatea plămânilor şi pe cea a inimii – antrenamentul cardiovascular. Exerciţiile fizice includ mersul pe jos, înotul, mersul pe bicicletă etc.

Atât activitatea fizică cât şi exerciţiile sunt valoroase pentru sănătate. Importantă este mişcarea regulată, indiferent dacă într-o formă structurată sau mai puţin organizată.



Sunteţi în categoria celor cu risc crescut?

Dacă vă petreceţi cea mai mare parte a zilei stând aşezat, probabil că nu sunteţi antrenat din punct de vedere fizic. Persoanele care sunt într-o formă fizică bună în general pot să:

- îşi îndeplinească sarcinile zilnice fără să fie obosite şi să aibă suficientă energie ca să se bucure de activităţi de recreere;
- meargă 1,5 km sau să urce câteva rânduri de scări fără să respire greu sau să le obosească picioarele;
- poarte o conversaţie în timp ce fac exerciţii fizice uşoare până la moderate, de exemplu mersul vioi.

Semnele lipsei de antrenament fizic sunt: senzaţie de oboseală în cea mai mare parte a timpului, a nu fi capabil să ţii pasul cu cei de aceeaşi vârstă, evitarea activităţii fizice pentru că vă oboseşte repede şi scurtarea respiraţiei sau oboseală după ce aţi mers o distanţă scurtă.

Osteoporoza

Femeile şi bărbaţii care fac exerciţii de forţă sau activităţi care presupun purtarea unei greutăţi – cum este mersul pe jos – au mai multe şanse să evite osteoporoza, o boală care subţiază oasele. Osteoporoza este mai frecventă la femei decât la bărbaţi.

Artroza

Dacă suferiţi de artroză, exerciţiile adecvate pentru mărirea mobilităţii şi a forţei muşchilor din jurul articulaţiilor pot reduce durerea şi efectele bolii. De asemenea, activitatea fizică vă poate face să aveţi mai multă energie şi vă poate ajuta să vă controlaţi greutatea, lucru foarte important datorită faptului că excesul de greutate solicită în plus articulaţiile.

Cancerul

Dacă vă menţineţi activ fizic poate scădea riscul pentru anumite tipuri de cancere printre care: cancerul de colon, de rect, de prostată, mamar, renal şi de endometru (stratul intern al uterului). Activitatea fizică poate contribui la reducerea riscului de cancer prin prevenirea obezităţii, un factor de risc pentru multe tipuri de cancer.

De asemenea, activitatea fizică regulată scade riscul cancerului şi în alte moduri. De exemplu, poate reduce riscul pentru cancerul colorectal stimulând tranzitul intestinal, scăzând astfel timpul în care colonul este expus contactului cu substanţele dăunătoare care pot produce cancer.

În cazul cancerului mamar sau al celui de prostată, activitatea fizică regulată poate acţiona asupra nivelului hormonal într-un mod care reduce riscul pentru cancer.

Depresia şi anxietatea

Studiile indicate au arătat că exerciţiile aerobice şi cele de forţă contribuie la ameliorarea simptomelor depresiei. Când vă antrenaţi, organismul dumneavoastră eliberează anumite substanţe chimice numite endorfine care sunt analgezice naturale. De asemenea, endorfinele contribuie la ameliorarea stresului şi a anxietăţii.

Antrenamentul zilnic

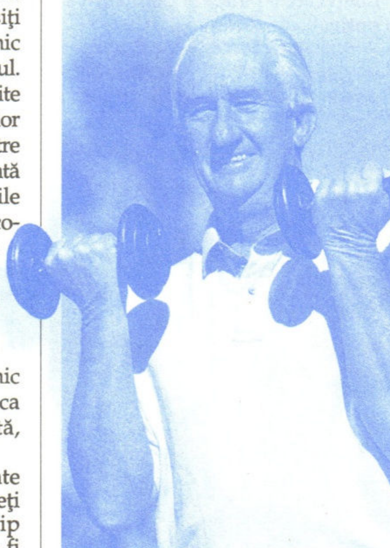
În cazul multor persoane, lipsa de activitate fizică poate fi doar o problemă de lipsă de timp. Nu vă îndoiţi de necesitatea şi beneficiile activităţii fizice, dar nu găsiţi suficient tip în programul zilnic pentru aceasta. Nu sunteţi singurul. În ciuda efectelor beneficie dovedite ale activităţii fizice – şi ale riscurilor sedentarismului – peste 2/3 dintre adulţii americani nu fac suficientă activitate fizică. Organizaţiile medicale şi cele de fitness recomandă minimum 30 de minute de activitate fizică uşoară până la moderată în cele mai multe zile din săptămână sau în toate.

Dacă nu reuşiţi să smulgeţi 30 de minute din programul zilnic pentru activităţi fizice specifice ca mersul pe jos sau pe bicicletă, încercaţi o altă abordare.

Introduceţi mai multă activitate fizică în activităţile pe care le faceţi deja. Această abordare de tip „activitate fizică curentă" poate fi

Nu există „Sunt prea bătrân"

Chiar dacă nu v-aţi mai antrenat până acum, niciodată nu e prea târziu pentru a introduce mai multă activitate fizică în stilul dumneavoastră de viaţă. În cadrul unui studiu, participanţii, care aveau o medie de vârstă de 87 de ani când au început programul de activitate fizică şi-au mărit forţa musculară cu peste 110%, viteza de mers cu 12% şi capacitatea de a urca scările cu 28%. Un alt studiu a ajuns la concluzia că şi bătrânii fragili de peste 90 de ani beneficiază în urma unui antrenament de forţă.



În mişcare

Iată câteva sugestii despre cum să includeţi mai multă activitate fizică în viaţa de zi cu zi.

- În loc să vorbiţi cu un prieten în timp ce staţi aşezat, faceţi o plimbare împreună.
- În loc să mergeţi cu maşina, mergeţi pe jos până la magazinul din apropiere.
- În timp ce trebăluiţi prin casă ascultaţi muzică şi mişcaţi-vă în ritm de dans.
- Folosiţi un aparat de tuns iarba fără motor.
- Spălaţi-vă singur maşina manual.
- Strângeţi frunzele, tundeţi tufişurile – ocupaţi-vă cu grădinăritul.
- Jucaţi-vă împreună cu copiii dumneavoastră în loc să-i priviţi jucându-se.
- Când priviţi la televizor, pedalaţi pe o bicicletă fixă, mergeţi pe bandă rulantă, faceţi exerciţii de stretching (de întindere) sau ridicaţi greutăţi.
- Ascundeţi telecomanda şi ridicaţi-vă să schimbaţi canalele.
- Parcaţi cât mai departe de serviciu sau de magazinul în care faceţi cumpărăturile.
- Daţi ocol magazinului de câteva ori.
- Evitaţi drive-in-urile. Parcaţi maşina şi mergeţi pe jos.
- Urcaţi scările în loc să folosiţi liftul.
- Faceţi exerciţii de stretching când staţi la birou.
- Luaţi câte o pauză şi plimbaţi-vă puţin.



comparată cu o împărţire a antrenamentului în bucăţi mai mici. Faceţi puţină activitate fizică dimineaţa. Mai faceţi 2 sau 3 porţii în decursul zilei şi eventual încă una seara. Pe parcursul zilei se vor aduna porţii de câte 5 sau 10 minute de activitate fizică, executate în locul în care vă aflaţi la momentul respectiv. Deci cum veţi face aceste „porţii" de activitate fizică? Parcaţi-vă maşina cât mai departe de clădire şi mergeţi pe jos. Urcaţi pe scări în loc să folosiţi liftul. Fiecare mişcare contează – şi cu cât mai multă, cu atât mai bine.

Secretul constă în atitudine. Trebuie să vreţi cu adevărat să renunţaţi la stilul sedentar şi să adoptaţi obiceiuri noi, care vă fac mai activ. Alegeţi o activitate care vă place. Programaţi-vă să mergeţi la dans în fiecare vineri. Plimbaţi-vă împreună cu un prieten. Faceţi o plimbare cu bicicleta împreună cu nepotul dumneavoastră.

Acest tip de abordare funcţionează. În cadrul unui studiu, cercetătorii au împărţit 235 de persoane sedentare în două grupuri. Un grup a făcut exerciţii fizice tipice, organizate timp de 20 până la 60 de minute în 3 până la 5 zile pe săptămână. Celălalt grup a încorporat în programul zilnic activităţi curente de intensitate moderată de tipul mersului vioi sau urcatul scărilor. După 24 de luni, în cazul ambelor grupuri s-au constatat îmbunătăţiri asemănătoare ale colesterolului sangvin, tensiunii arteriale, proporţiilor corporale de ţesut gras şi antrenamentului cardiovascular. Exerciţiile structurate au avut efectul cel mai puternic asupra antrenamentului cardiovascular, dar şi cei din grupul cu activitate moderată au beneficiat semnificativ.

Este mai bine să faceţi orice decât să nu faceţi nimic, iar consistenţa este mai importantă decât intensitatea. Contează cantitatea totală de activitate fizică şi nu marile demonstraţii de rezistenţă. Priviţi activitatea fizică drept o parte integrantă a programului dumneavoastră zilnic.

Antrenamentul fizic în familie

O modalitate excelentă de a introduce antrenamentul fizic în viaţa de zi cu zi este implicarea întregii familii. Exerciţiile fizice făcute împreună cu familia vă ajută să aveţi corpuri sănătoase şi relaţii de familie sănătoase. Căutaţi activităţile plăcute, creative, care oferă întregii familii ocazia de a se mişca. Puteţi merge la grădina zoologică, puteţi face împreună plimbări cu bicicleta sau puteţi merge la bowling.

Deşi unii copii fac suficientă activitate fizică tocmai pentru că sunt copii, mulţi nu o fac. În comparaţie cu generaţiile anterioare, în prezent, din ce în ce mai mulţi copiii au probleme de greutate. 12 - 21% dintre copiii din SUA sunt supraponderali – o cifră care reprezintă mai mult decât dublul celei de acum 20 de ani.

La creşterea obezităţii în copilărie contribuie mai mulţi factori. Principala vinovată este televiziunea, urmată îndeaproape de jocurile video şi de computere. Petrecerea timpului în faţa unui ecran încurajează un stil de viaţă sedentar. Pentru ca lucrurile să se prezinte şi mai rău, doar 25% din copiii de vârstă şcolară fac cursuri de educaţie fizică, ceea ce înseamnă că puţini copii fac exerciţii fizice la şcoală.

Copiii activi sunt mai sănătoşi, mai puternici, mai flexibili, mai rezistenţi şi au o capacitate pulmonară mai mare – este concluzia studiilor realizate în această direcţie. În plus, au rezultate şcolare mai bune, sunt mai alerţi la nivel mental, dorm mai bine, se îmbolnăvesc mai rar şi se însănătoşesc mai rapid când se îmbolnăvesc.

La fel de important, copiii care fac regulat exerciţii fizice au mai multe şanse să devină adulţi cu o greutate normală, o bună formă fizică, o postură şi un somn mai sănătos.

Formarea unor obiceiuri sănătoase

Părinţii au un rol esenţial în formarea atitudinii copiilor faţă de activitatea fizică. Ca părinte îi puteţi ajuta să facă alegeri bune în privinţa alimentaţiei şi a exerciţiilor fizice.

Când, ca familie, faceţi activităţi fizice împreună, le formaţi copiilor obiceiuri bune care pot dura toată viaţa. Cercetătorii afirmă că, în cazul în care ambii părinţi fac exerciţii fizice, probabilitatea ca şi copiii să fie activi este de aproape 6 ori mai mare.

De asemenea, activităţile fizice făcute împreună vă oferă ocazia să petreceţi momente plăcute în familie. Plăcerea de a face ceva

intereseazǎ sau cu abilitǎţile lor. De exemplu, dacǎ un copil are talent artistic, faceţi o excursie în naturǎ pentru a aduna frunze şi roci cu care se poate realiza un colaj. Dacǎ unui copil îi place sǎ se caţere îndrumaţi-l spre cea mai apropiatǎ salǎ de gimnasticǎ sau club de căţărat. Dacǎ unui copil îi place sǎ citeascǎ, mergeţi împreunǎ pe jos la librǎrie.

Sprijiniţi educaţia fizicǎ

Dacǎ vǎ îngrijoreazǎ lipsa oportunitǎţilor de educaţie fizicǎ la şcoala copilului dumneavoastrǎ, colaboraţi cu conducerea sau administraţia şcolii sau cu autoritǎţile locale pentru a îmbunǎtǎţi oferta în zona dumneavoastrǎ. În cazul în care copilul este la grǎdiniţǎ, asiguraţi-vǎ cǎ în program sunt incluse zilnic cel puţin 20 de minute de activitate fizicǎ.

Practicarea sporturilor

Sporturile au multe efecte benefice. Din punct de vedere fizic, cei care practicǎ un sport îşi amelioreazǎ forma fizicǎ, capacitatea de coordonare şi controlul greutǎţii. De asemenea, practicarea sporturilor oferǎ lecţii importante pentru dezvoltarea psihologicǎ şi integrarea socialǎ: interacţiunea cu ceilalţi, executarea ordinelor şi adaptarea la eşecuri şi înfrângeri. Copiii care practicǎ un sport aratǎ în general mai bine şi au o pǎrere mai bunǎ despre sine.

Pentru a vǎ ajuta copilul sǎ aleagǎ sportul potrivit, daţi-i ocazia sǎ participe la diferite activitǎţi atletice. Lǎsaţi-l sǎ încerce sporturile de echipǎ ca fotbal sau softball, ca şi sporturile care-i oferǎ ocazia sǎ se afirme singur: tenis, golf, alergare.

În cazul în care copilul se aratǎ interesat de un anumit sport, luaţi în considerare timpul care trebuie acordat activitǎţii respective, cheltuielile, caracteristicile sportului şi dezvoltarea fizicǎ a copilului dumneavoastrǎ. Îl puteţi ajuta având o atitudine pozitivǎ şi încurajându-l. Puneţi accentul pe eforturile fǎcute şi pe progrese mai mult decât pe a fi învingǎtor sau performant. Şi pǎstraţi-vǎ perspectiva. Este important sǎ vǎ sprijiniţi copilul, dar nu deveniţi prea implicat în eşecurile şi victoriile sale sportive.

Când copilul dumneavoastrǎ nu este interesat de nici un sport, nu vǎ îngrijoraţi. Un stil de viaţǎ sǎnǎtos nu include în mod obligatoriu practicarea sporturilor organizate. Mai importantǎ este implicarea copilului într-o anumitǎ formǎ de activitate fizicǎ.

Un program de antrenament personal

Activitatea fizicǎ zilnicǎ e foarte bunǎ. Totuşi, pentru a obţine beneficii maxime pentru sǎnǎtate, cel mai bun este un program de antrenament structurat. Programul nu trebuie sǎ fie prea intens. Dar trebuie sǎ fie regulat şi sǎ vǎ solicite moderat.

Pentru ca rezultatele unui program de antrenament fizic sǎ aparǎ e nevoie de timp. Nu vǎ aşteptaţi sǎ atingeţi o formǎ fizicǎ bunǎ peste noapte. Crescând gradat durata şi intensitatea exerciţiilor fizice vǎ puteţi îmbunǎtǎţi antrenamentul fizic în 8 - 12 sǎptǎmâni.

Stabiliţi-vǎ obiectivele

Adaptaţi-vǎ programul de antrenament la nevoile şi capacitǎţile dumneavoastrǎ, la programul zilnic de activitate şi la o serie de factori personali. Adoptaţi programul cel mai potrivit cu felul dumneavoastrǎ de a fi şi cu stilul dumneavoastrǎ de viaţǎ. Dacǎ programul de exerciţii e atât de dificil încât rareori sunteţi capabil sǎ-l îndepliniţi sau dacǎ dureazǎ atât de mult încât nu aveţi timp pentru el decât de 1 - 2 ori pe sǎptǎmânǎ, probabil cǎ nu veţi reuşi sǎ-l respectaţi pe termen lung.

Ce rezultate urmǎriţi sǎ obţineţi prin programul de antrenament? Stabiliţi precis. Aveţi 55 de ani şi vreţi sǎ evitaţi posibilitatea unui infarct? Aveţi 75 de ani şi vreţi sǎ vǎ bucuraţi de mai multe activitǎţi recreative şi sǎ vǎ pǎstraţi cât mai mult timp independenţa? Vreţi sǎ slǎbiţi? Sǎ vǎ reduceţi nivelul de stres? Sǎ vǎ micşoraţi tensiunea arterialǎ? Poate cǎ doriţi doar sǎ vǎ simţiţi mai bine.

Trebuie sǎ aveţi aşteptǎri realiste. Dacǎ aveţi picioare scurte şi groase, programul dumneavoastrǎ de exerciţii nu vǎ va forma un corp de balerin. Dar în mod sigur veţi fi într-o formǎ fizicǎ mai bunǎ şi veţi avea mai multǎ energie.

Planificaţi-vǎ activitǎţile

Un program de antrenament optim include activitǎţi fizice destinate îndeplinirii a trei obiective de bazǎ: îmbunǎtǎţirea capacitǎţii aerobice, a forţei şi a flexibilitǎţii. Fiecare

? Întrebare şi rǎspuns

Trebuie sǎ consult un medic înainte de a începe un program de antrenament?

Dacǎ sunteţi sǎnǎtos şi nu aveţi un istoric familial de boli cardiovasculare, probabil cǎ puteţi începe un program de antrenament de intensitate moderatǎ fǎrǎ sǎ fiţi examinat medical, chiar şi în cazul în care n-aţi mai fǎcut activitǎţi fizice de mulţi ani. Totuşi, în urmǎtoarele situaţii este bine sǎ discutaţi cu medicul dumneavoastrǎ.

- În familia dumneavoastrǎ sunt cunoscute cazuri de probleme cardiovasculare înainte de vârsta de 55 de ani.
- Suferiţi de o boalǎ cardiacǎ, pulmonarǎ, hepaticǎ sau renalǎ.
- Suferiţi de hipertensiune arterialǎ, aveţi colesterolul sangvin crescut, suferiţi de diabet, artrozǎ, osteoporozǎ sau astm.
- Fumaţi.
- Aveţi un exces de greutate important.
- Nu sunteţi sigur cu privire la starea dumneavoastrǎ de sǎnǎtate.

De asemenea, consultaţi medicul dacǎ aveţi ameţeli, dureri sau o stare de jenǎ în zona pieptului în timpul exerciţiilor sau dacǎ respiraţia devine dificilǎ dupǎ un efort fizic uşor.

Dacǎ faceţi tratament cu anumite medicamente este bine sǎ vǎ întrebaţi medicul dacǎ trebuie ajustate dozele sau pun anumite probleme legate de exerciţiile fizice. De exemplu, dacǎ suferiţi de diabet, exerciţiile pot avea ca efect scǎderea glicemiei. În consecinţǎ, veţi avea nevoie de doze mai mici de insulinǎ sau alte medicamente antidiabetice.



ședință de antrenament trebuie să înceapă cu exerciții de încălzire și să se termine cu exerciții de relaxare și stretching (exerciții de întindere).

Exercițiile aerobice

Aerobic înseamnă „cu oxigen" și este opus termenului de *anaerobic* care înseamnă „fără oxigen". Activitățile aerobice implică mișcarea permanentă care determină contracția repetată a mușchilor. Activitățile aerobice cresc frecvența respiratorie și pe cea cardiacă, îmbunătățindu-vă antrenamentul cardiovascular – starea de sănătate a inimii, plămânilor și a sistemului circulator. Exercițiile aerobice antrenează diferite grupe musculare, dar au efecte benefice cardiovasculare mai mici. Din punct de vedere al sănătății, exercițiile aerobice pot fi comparate cu un „elixir magic".

Pe lângă faptul că fac inima să funcționeze mai eficient, exercițiile aerobice vă pot ajuta să scădeți în greutate, să vă reduceți nivelul de stres, stimulează sistemul imun și reduce riscul pentru anumite boli. De asemenea, exercițiile aerobice vă cresc rezistența și mențin mușchii în bună stare, astfel încât vă va fi mai ușor să vă faceți treburile în gospodărie sau să urcați scările. Mersul pe jos, pe bicicletă, alergarea, schi-fond-ul și înotul constituie activități aerobice dacă sunt realizate cu viteză moderată.

Exercițiile de forță

Exercițiile de forță (antrenamentul de forță sau de rezistență) cresc forța și rezistența musculară care vă pot îmbunătăți postura, echilibrul și capacitatea de coordonare a mișcărilor. Pentru a crește forța, un exercițiu trebuie să implice o rezistență la contracția musculară. Cu alte cuvinte, mușchii dumneavoastră trebuie să împingă sau să tragă împotriva unei forțe – ca atunci când ridicați greutăți.

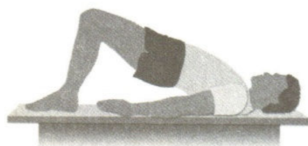
În general, persoanele sedentare pierd 10% din masa musculară în fiecare decadă după vârsta de 30 de ani. Antrenamentul de forță vă poate ajuta să încetiniți și să preveniți sau chiar să inversați acest proces. Datorită faptului că exercițiile de forță întăresc și oasele, ele protejează împotriva osteoporozei, o boală care subțiază oasele. În plus, aceste exerciții sunt benefice pentru articulații, scad riscul de rănire și cresc metabolismul, ajutându-vă să vă mențineți greutatea sub control.

Există 2 modalități excelente de a vă dezvolta masa musculară: antrenamentul cu greutăți libere (haltere sau bare de diferite greutăți) și folosirea aparatelor cu greutăți. Antrenamentul cu greutăți libere stimulează unele mișcări pe care le faceți în viața de zi cu zi. De asemenea, unele aparate mai noi pun accentul pe stabilitatea corpului în timpul exercițiilor și permit corpului să se miște și să se arcuiască mai natural decât în cazul aparatelor mai vechi.

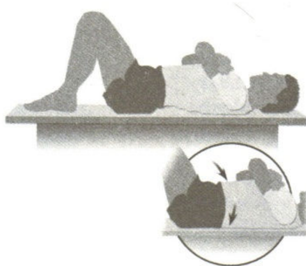
Totuși, pentru anumite persoane, ridicarea greutăților este dificilă sau nu este recomandată datorită unei leziuni sau a unei afecțiuni de tipul artritei. Dacă nu sunteți sigur că antrenamentul cu greutăți libere sau lucrul cu aparatele cu greutăți nu sunt potrivite pentru dumneavoastră, discutați cu medicul, cu un kinetoterapeut sau cu un antrenor calificat. S-ar putea să fiți capabil să faceți exerciții de forță dacă folosiți greutăți ușoare și nu vă suprasolicitați.

De asemenea, puteți să vă antrenați forța musculară și în alte moduri. Următoarele exerciții fortifică anumite grupe de mușchi. Includeți câteva dintre aceste exerciții în programul de antrenament cel puțin de 2 ori pe săptămână. Dacă nu sunteți în formă, începeți cu 5 execuții din fiecare și încercați ca, în timp, să ajungeți la 25 de execuții.

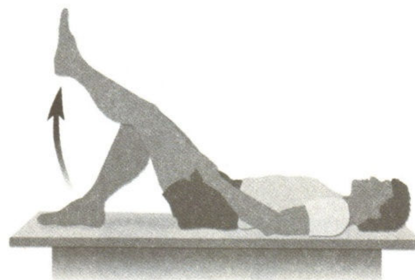
Exerciții pentru abdomen



Întindeți-vă pe o suprafață tare, cu tălpile în contact cu suprafața de sprijin, depărtate la o distanță egală cu lățimea umerilor. Ridicați-vă fesele de pe suprafața de sprijin, menținându-le astfel încât șoldurile să fie la același nivel cu genunchii. Umerii, capul și gâtul trebuie să rămână relaxate, pe suprafața de sprijin. Mențineți poziția până când obosiți și nu vă mai puteți păstra genunchii și șoldurile în linie dreaptă. Relaxați-vă și reluați.

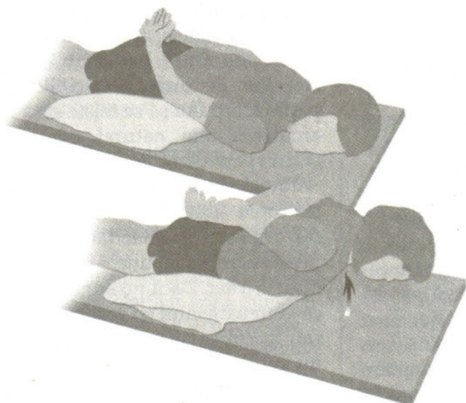


Întindeți-vă pe o suprafață tare, cu genunchii îndoiți. Aplatizați zona lombară, împingând-o spre suprafața de sprijin și concentrați-vă asupra contracției mușchilor abdominali. Relaxați-vă și reluați.

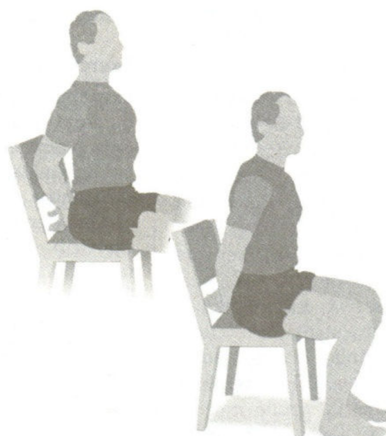


Întindeți-vă pe o suprafață tare. Îndoiți genunchiul drept și păstrați genunchiul stâng întins. Mențineți contracția mușchilor abdominali în timp ce ridicați și coborâți lent piciorul stâng. Relaxați-vă și reluați. Schimbați picioarele.

Exerciții pentru spate

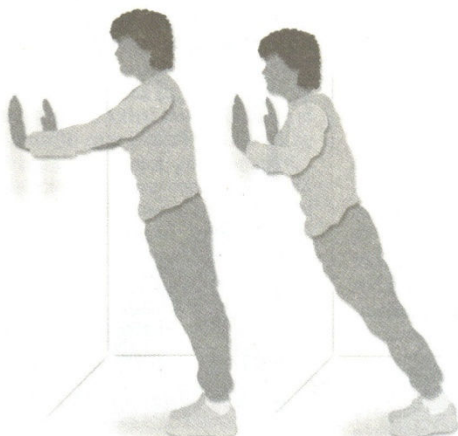


Așezați-vă cu fața în jos, deasupra unei perne mari. Așezați perna sub ombilic astfel încât coloana vertebrală să stea într-o poziție neutră. Prindeți-vă mâinile în spatele șoldurilor. Trageți de omoplați spre spate, ridicând capul și pieptul. Păstrați gâtul relaxat. Reveniți la poziția inițială și reluați.

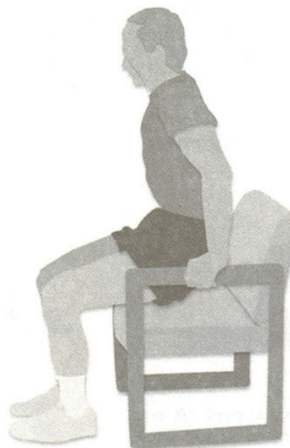


Stați pe un scaun cu spatele drept. Puneți-vă mâinile pe șolduri sau la spate și trageți umerii spre spate. Relaxați-vă și reluați.

Exerciții pentru piept și brațe

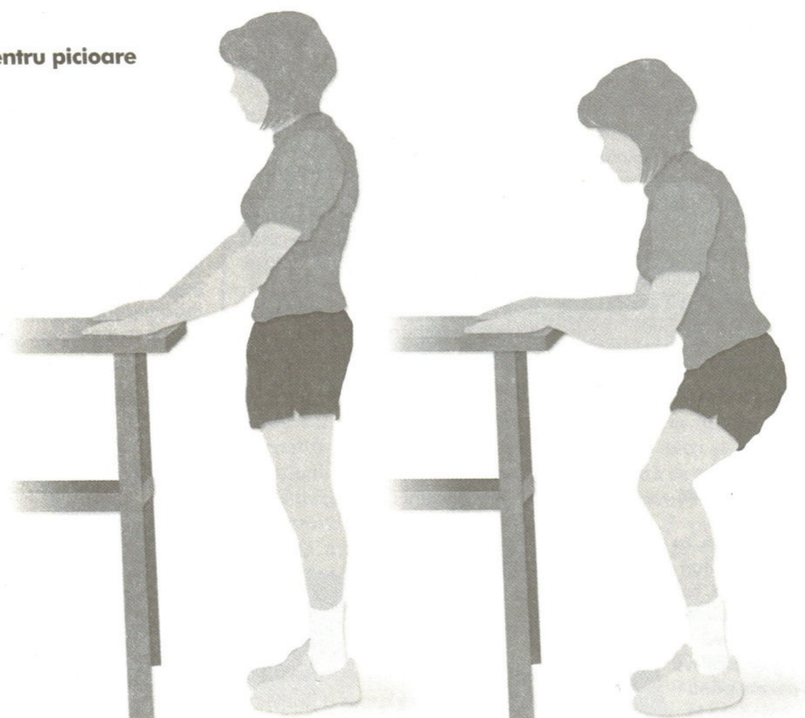


Așezați-vă cu fața spre perete și la distanță suficientă față de acesta, astfel încât să vă puteți așeza palmele pe perete, iar coatele să fie ușor îndoite. Păstrând călcâiele lipite de podea, îndoiți încet coatele și înclinați-vă spre perete, sprijinindu-vă greutatea în mâini. Încordați brațele și reveniți la poziția dreaptă. Reluați. Pe măsură ce vă dezvoltați forța, încercați să stați din ce în ce mai departe de perete.



Așezați-vă pe un scaun solid prevăzut cu brațe de sprijin, cu tălpile lipite de podea. Prindeți-vă cu mâinile de brațele scaunului. Ridicați-vă de pe scaun folosindu-vă doar de brațe (împingând în mânere), nu și de picioare. Relaxați-vă și repetați.

Exerciţii pentru picioare

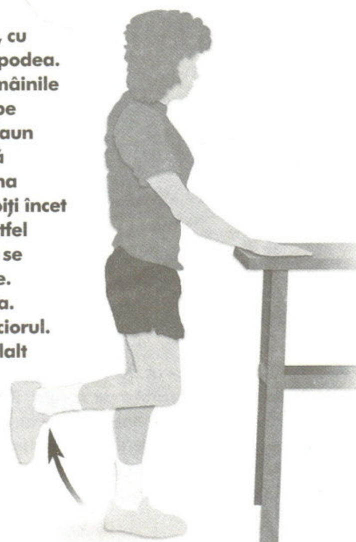


Staţi în picioare, cu tălpile lipide de podea, depărtate la o distanţă puţin mai mare decât lăţimea umerilor. Păstrându-vă spatele drept şi privind drept înainte, coborâţi-vă lent bazinul, înclinându-l spre înapoi, în timp ce vă îndoiţi genunchii până la 30-60⁰. Menţineţi poziţia un moment, apoi reveniţi. Reluaţi. Pentru a vă păstra echilibrul, sprijiniţi-vă uşor cu mâinile de o masă sau un suport.

Staţi în picioare, cu tălpile lipide de podea. Sprijiniţi-vă cu mâinile de spătarul unui scaun solid. Ridicaţi încet călcâiele, rămânând pe vârfuri. Menţineţi poziţia câteva secunde. Apoi coborâţi lent călcâiele şi reluaţi.



Staţi în picioare, cu tălpile lipite de podea. Sprijiniţi-vă cu mâinile pe o masă sau pe spătarul unui scaun solid. Fără să vă deplasaţi coloana vertebrală, îndoiţi încet un genunchi, astfel încât piciorul să se ridice spre spate. Menţineţi poziţia. Coborâţi lent piciorul. Repetaţi cu celălalt picior.



Exerciţii de întindere (stretching) şi flexibilitate

Exerciţiile de stretching executate cu grijă şi regulat vă ajută să vă „încălziţi" pentru şedinţa de antrenament, să vă simţiţi mai tânăr şi să reduceţi riscul traumatismelor. Flexibilitatea este o funcţie din categoria „dacă nu o foloseşti, o pierzi". Pentru a evita scurtarea muşchilor şi instalarea rigidităţii trebuie, ca regulat, să vă întindeţi muşchii şi să vă mobilizaţi la maximum articulaţiile.

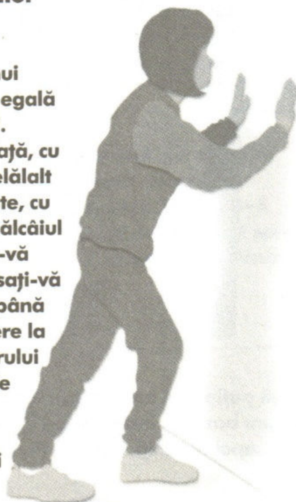
Fiecare are un grad maxim de flexibilitate, determinat genetic. Totuşi, indiferent care este gradul actual de flexibilitate, vi-l puteţi îmbunătăţi.

Exerciţiile de stretching stimulează circulaţia sângelui care încălzeşte muşchii pregătindu-i pentru şedinţa de antrenament. După o anumită perioadă de activitate fizică, exerciţiile de stretching relaxează treptat muşchii, făcându-i să-şi păstreze flexibilitatea.

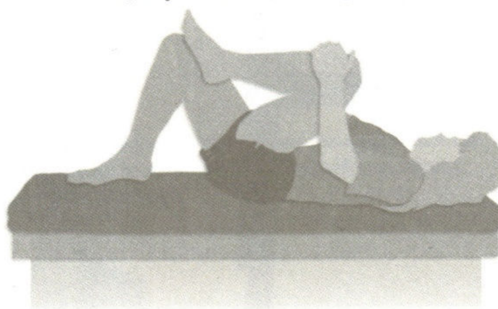
Exerciţiile de stretching de bază, utile pentru îmbunătăţirea flexibilităţii, se concentrează pe principalele grupe musculare ale corpului: muşchii gambei, muşchii coapsei, muşchii părţii inferioare a spatelui şi muşchii umerilor şi gâtului. Vă prezentăm câteva exerciţii de stretching pe care le puteţi face înainte şi după şedinţa de antrenament. Întindeţi-vă încet, menţineţi timp de 30-60 de secunde, apoi relaxaţi-vă lent. Niciodată întinderile nu trebuie să fie bruşte şi nu trebuie să producă durere – întindeţi-vă doar până când percepeţi tensiunea.

Întinderea muşchilor gambei

Aşezaţi-vă în faţa unui perete, la o distanţă egală cu lungimea braţului. Aşezaţi un picior în faţă, cu genunchiul îndoit. Celălalt picior rămâne în spate, cu genunchiul drept şi călcâiul la podea. Păstrându-vă spatele drept, deplasaţi-vă bazinul spre perete până când simţiţi o întindere la nivelul gambei piciorului întins. Ambele călcâie trebuie să rămână lipite de podea. Relaxaţi-vă. Repetaţi cu celălalt picior.

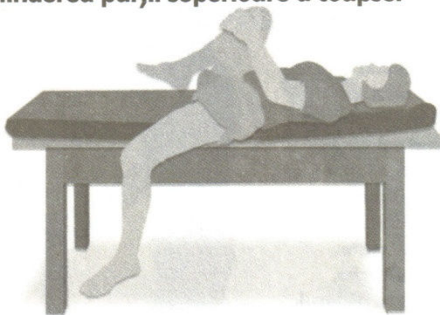


Întinderea părţii inferioare a spatelui



Întindeţi-vă cu faţa în sus pe o masă sau pe un pat tare, cu şoldul şi coapsa de pe o parte cât mai aproape posibil de margine. Trageţi cu ambele mâini celălalt genunchi şi apăsaţi-l spre piept până când partea inferioară a spatelui se întinde şi se apropie de masă. Dacă aveţi probleme la nivelul genunchiului, trageţi cu mâinile de partea posterioară a coapsei. Apoi relaxaţi piciorul întins astfel încât să atârne peste margine. Relaxaţi-vă. Repetaţi cu celălalt picior.

Întinderea părţii superioare a coapsei



Aşezaţi-vă pe o suprafaţă tare cu genunchii îndoiţi şi tălpile lipite de suprafaţa de sprijin. Trageţi genunchiul stâng spre umăr, cu amândouă mâinile. Dacă aveţi probleme la nivelul genunchiului trageţi din partea posterioară a coapsei. Relaxaţi-vă. Repetaţi cu celălalt picior.

Întinderea pieptului



Prindeţi-vă mâinile în spatele capului. Trageţi uşor coatele spre înapoi, apropiind omoplaţii, în timp de inspiraţi profund. Respiraţi normal în timp ce menţineţi poziţia. Relaxaţi-vă şi repetaţi.

Tipuri obişnuite de exerciţii fizice

Când este vorba despre activitatea fizică există nenumărate variante. Nu există un singur tip de exerciţii sau de echipament care să fie considerate cele mai bune. Alegeţi o activitate sau activităţile care se potrivesc personalităţii şi stilului dumneavoastră de viaţă. Vă place să vă antrenaţi singur sau în grup? Vă place să fiţi în aer liber sau să staţi în interior? În următoarele pagini vom discuta despre unele dintre cele mai abordate tipuri de activităţi fizice. Acestea sunt doar puncte de plecare spre o lume a activităţii fizice.

Mersul pe jos

Mersul vioi reprezintă o modalitate simplă şi ieftină de a vă îmbunătăţi forma fizică. Nu necesită abilităţi speciale, echipament, lecţii sau parteneri de antrenament. Dacă aţi fost inactiv şi v-aţi cam ieşit din formă, un program de mers vă solicită exact cât trebuie.

Un program de mers

Tabelul următor vă arată cum să creşteţi gradat ritmul şi intensitatea programului de mers:

Săptămâna de antrenament	Distanţa în km	Timpul în minute/km
1-2	1,5-3	9-19
3-4	3-4	8-16
5-6	4-5	8-13
7-8	5-6,5	8-13
9-10	6,5-8	8-13

Mersul, ca şi alte forme de exerciţiu fizic aerobic, poate contribui la creşterea eficienţei cu care funcţionează inima şi plămânii dumneavoastră, permiţându-vă să realizaţi mai multe cu mai puţin efort, poate îmbunătăţi tonusul muscular şi contura muşchii de la nivelul picioarelor, şoldurilor, feselor şi abdomenului.

De asemenea, mersul pe jos poate constitui o componentă a unui program de reducere a greutăţii. În medie, 1 oră de mers vioi arde 250 - 350 de calorii, în funcţie de greutatea pe care o aveţi şi de nivelul dumneavoastră de antrenament.

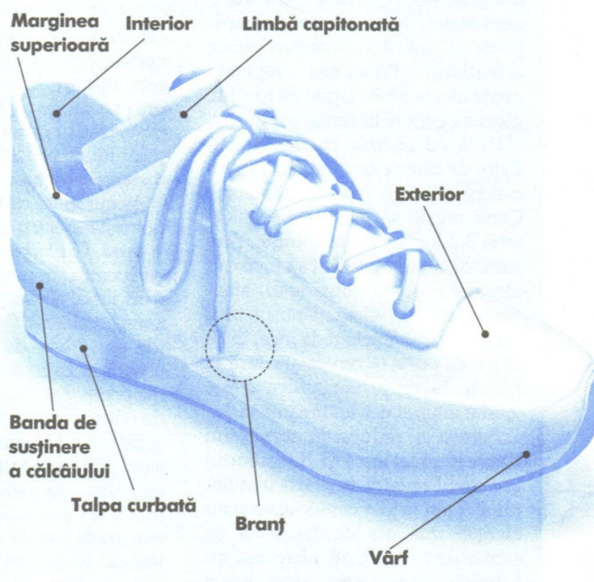
Mersul regulat pe jos vă poate ajuta să preveniţi anumite boli legate de vârstă. Mersul pe jos creşte densitatea oaselor, poate reduce riscul de osteoporoză şi ameliorează durerile artrozice. Mersul îmbunătăţeşte echilibrul şi capacitatea de coordonare, cei care îl practică fiind deci mai puţin expuşi la traumatisme prin cădere.

Aveţi încălţăminte potrivită?

Încălţămintea potrivită pentru mers este importantă pentru evitarea rănirilor. Încălţămintea trebuie să fie rezistentă şi confortabilă.

- *Vârful, cu suficient spaţiu pentru degete* – vă ajută să evitaţi formarea de bătături pe vârfurile sau pe părţile laterale ale degetelor. Alegeţi unul rotunjit şi încăpător.
- *Exteriorul.* Un material exterior bun conferă confort şi durabilitate. Preferaţi pielea sau alte materiale rezistente.
- *Interiorul.* Un material interior bun conferă confort şi protecţie. Alegeţi încălţămintea care are banda de susţinere a călcâiului căptuşită pentru a micşora frecarea, cu limba şi marginea superioară capitonate pentru a vă proteja partea din faţă a piciorului şi cu o căptuşeală fină şi absorbantă. Preferaţi încălţămintea cu talpă interioară detaşabilă care poate fi aerisită sau înlocuită.
- *Banda de susţinere a călcâiului.* Banda de susţinere a călcâiului stabilizează piciorul menţinându-l drept şi împiedicând alunecarea dintr-o parte în alta. Pentru o susţinere mai bună alegeţi o bandă care se extinde de jur împrejur pe partea laterală a pantofului, până spre bolta piciorului. O bandă de susţinere capitonată reduce frecarea.
- *Talpa cu formă curbată.* Acest tip de talpă conferă flexibilitate şi asigură un contact corect al călcâiului cu suprafaţa de sprijin. Căutaţi o talpă cu o curbură naturală de la călcâi spre vârf. Călcâiul trebuie să fie uşor înclinat în sus în partea din spate.
- *Talpa interioară.* Talpa interioară, numită şi branţ, conferă un plus de amortizare şi susţinere.

Încălţămintea uşoară este mai puţin rezistentă şi susţine mai puţin piciorul. Încălţămintea mai rigidă durează mai mult. Când merg pe jos, unii preferă să poarte încălţăminte specială mai bună. Nu este o greşeală dacă încălţămintea se potriveşte bine pe picior.



De asemenea, mersul poate fi un tonic pentru minte. Vă poate ajuta să vă deconectaţi la sfârşitul unei zile încărcate sau după o sarcină dificilă. Propuneţi partenerului de viaţă sau unui prieten să vi se alăture, transformându-l într-o ocazie de a relaţiona cu ceilalţi.

Începeţi încet şi creşteţi durata şi ritmul antrenamentului pe parcursul unei perioade de 4-6 săptămâni. Începeţi prin a merge pe teren plat. Când devine deja prea uşor, treceţi la pante line pentru a creşte intensitatea efortului. Mulţi au constatat că este util să facă un program fix – de exemplu în fiecare zi, să meargă pe jos la aceeaşi oră. Ca să nu vă plictisiţi, variaţi ruta.

Alergarea uşoară

Multe persoane preferă alergarea uşoară şi consideră că este o formă de antrenament potrivită în cazul unui program încărcat. Dacă alergaţi într-un ritm de 13 km/oră veţi arde de două ori mai multe calorii decât dacă mergeţi într-un ritm de 6,5 km/oră. Aceasta înseamnă că vă puteţi folosi mult mai eficient timpul de antrenament. Altora le place stimularea produsă de curse de 5 km sau chiar mai lungi.

Dar alergarea nu se potriveşte oricui. Dacă suferiţi de o afecţiune cardiacă sau pulmonară, întrebaţi medicul dacă alergarea este un antrenament potrivit pentru dumneavoastră. De asemenea, alergarea poate fi solicitantă pentru unele articulaţii. Presiunea repetată poate afecta articulaţiile piciorului, gleznei, genunchiului şi şoldului.

Dacă nu aţi mai făcut activităţi fizice de câteva luni, nu începeţi cu o alergare lungă. Începeţi cu mersul. Când reuşiţi să parcurgeţi confortabil 3,2 km în 30 de minute, probabil că sunteţi pregătit să încercaţi alergarea uşoară (jogging-ul) alternată cu mersul. Alergaţi într-un ritm confortabil – suficient de încet încât să puteţi purta o conversaţie fără să gâfâiţi. În timp, veţi putea creşte gradat intensitatea antrenamentului.

Pentru a reduce la minimum riscul traumelor, ca şi disconfortul la nivelul muşchilor şi articulaţiilor nu alergaţi în zile consecutive şi nu alergaţi mai des de 3 - 4 ori pe săptămână. Alternaţi alergarea cu activităţi care solicită mai puţin articulaţiile cum sunt mersul pe bicicletă sau înotul care reduc riscul traumatismelor prin suprasolicitare şi vă antrenează muşchii în moduri diferite. Nu uitaţi încălzirea şi relaxarea gradată. Alocaţi 5-10 minute, înainte şi după antrenament, pentru mers şi stretching.

Mersul pe bicicletă

După cum sună vechiul clişeu „Mersul pe bicicletă nu se uită niciodată". Aceasta este mai mult sau mai puţin adevărat şi mersul pe bicicletă reprezintă o modalitate excelentă de antrenament aerobic. În cazul mersului pe bicicletă, ca şi în cazul oricărui alt tip de exerciţiu aerobic, este bine să vă planificaţi antrenamente regulate. Alegeţi un anumit moment al zilei în care puteţi merge pe bicicletă. De exemplu, dacă unul dintre obiective este controlul stresului, o şedinţă de antrenament după orele de serviciu vă poate relaxa pentru seara petrecută acasă. Prevedeţi şi timp pentru încălzire şi relaxare gradată, şi întindeţi-vă muşchii înainte şi după antrenament.

Nu vă solicitaţi excesiv prin reglarea angrenajului pentru a opune rezistenţă la pedalare astfel încât efortul să fie corespunzător unei curse dificile. Inima şi plămânii nu sunt antrenaţi eficient, iar genunchii sunt suprasolicitaţi. Dacă pedalaţi mai rapid permanent – chiar şi la coborâre – mersul pe bicicletă devine o activitate aerobică. De obicei, un ritm de pedalare de 80-100 rotaţii pe minut este optim. În cazul bicicletelor prevăzute cu echipamente computerizate, puteţi ţine evidenţa ritmului de pedalare, ca şi a vitezei, distanţei parcurse şi timpului scurs.

Asiguraţi-vă că folosiţi o bicicletă potrivită pentru nevoile dumneavoastră. Unele biciclete sunt proiectate pentru suprafeţe netede şi viteze mari iar altele sunt potrivite pentru teren accidentat. Bicicletele de circuit (de curse sau de şosea) sunt mai uşoare, au cauciucuri înguste, ghidonul poziţionat mai jos şi 18 până la 21 de viteze. Bicicletele pentru teren accidentat (de tip mountain-bike) sunt proiectate pentru utilizarea pe suprafeţe neamenajate. Au cadrul mai solid şi cauciucuri mai late cu mai multe şanţuri. Ghidonul este mai vertical iar poziţia biciclistului în şa este mai dreaptă.

Bicicletele hibride sunt o combinaţie între cele de tip mountain – bike şi cursiere. Poziţia în şa este mai verticală iar lăţimea cauciucurilor este intermediară faţă de cea a cauciucurilor celor 2 tipuri prezentate. De obicei bicicletele hibride au 21 de viteze. Cele cu dispozitive pentru atenuarea şocurilor încorporate în furcile roţii din faţă şi suportul şeii oferă un plus de confort pe suprafeţe neregulate.

Asiguraţi-vă că bicicleta are dimensiuni potrivite pentru dumneavoastră. Când staţi pe bicicletă, iar un picior apasă pedala la maxim, piciorul nu trebuie să fie complet întins. Trebuie să puteţi ţine ghidonul, acţiona frânele şi schimba vitezele în timp ce privirea rămâne aţintită la drum. Când încălecaţi o cursieră, iar picioarele stau pe pământ, trebuie să rămână un spaţiu de 2,5-7,5 cm între dumneavoastră şi bara transversală. În cazul unei „biciclete de teren" sau a unei biciclete hibride, acest spaţiu liber trebuie să fie de 7,5-15 cm.

Când mergeţi cu bicicleta, purtaţi întotdeauna o cască de protecţie. Astfel, în cazul în care cădeţi sau suferiţi un accident, veţi fi protejat de traumatisme craniene severe.

Aparatele pentru exerciţii fizice

Fiecare tip de aparat oferă ceva unic. Unele antrenează doar partea inferioară a corpului, altele dezvoltă forţa musculară în partea superioară a corpului sau capacitatea aerobică. Aparatele prezentate în continuare pot dezvolta atât forţa musculară cât şi capacitatea aerobică.

Bicicleta fixă

Bicicleta fixă dezvoltă forţa musculară la nivelul picioarelor şi capacitatea cardiovasculară, fiind o alegere excelentă atât pentru începători cât şi pentru cei bine antrenaţi. Unele biciclete au ghidoanele mobile care permit antrenamentul concomitent al părţii superioare a corpului. Dacă aveţi probleme la nivelul genunchilor, asiguraţi-vă că rezistenţa bicicletei poate fi ajustată la un nivel redus şi că înălţimea şeii este bine reglată.

Dacă aveţi probleme la nivelul părţii inferioare a spatelui poate fi util să folosiţi o bicicletă orizontală în care dumneavoastră sunteţi aşezat într-un fel de scaun iar pedalele sunt dispuse în partea din faţă şi nu dedesubt.

Aparat pentru vâslit

Aparatul pentru vâslit oferă un antrenament aerobic bun, solicitându-vă întreg corpul. Vă ajută să vă fortificaţi spatele, umerii, abdomenul, picioarele şi braţele. Este important să aveţi o tehnică corectă pentru a evita suprasolicitarea la nivelul spatelui.

Banda rulantă

Banda rulantă fortifică picioarele şi antrenează capacitatea aerobică. Majoritatea aparatelor de acest tip sunt prevăzute cu un dispozitiv care dă posibilitatea reglării pantei pentru a simula mersul la deal. Puteţi regla viteza pentru mers sau pentru alergare. În general modelele cu motoare mai puternice funcţionează mai silenţios şi sunt mai durabile.

Scara rulantă

Scara rulantă vă ajută să vă tonificaţi şi creşteţi forţa musculară la nivelul şoldurilor, feselor, coapselor, genunchilor, gambelor şi părţii inferioare a spatelui şi oferă un antrenament aerobic eficient. Comparativ cu alergarea, scara rulantă solicită şi uzează mai puţin articulaţiile genunchiului şi gleznei. Totuşi, unele probleme de la nivelul genunchiului pot fi agravate.

Scara rulantă poate consta dintr-un şir de trepte care se deplasează (ca şi cum aţi urca pe o scară rulantă care coboară) sau din suporturi separate pentru picioare care urcă şi coboară cu o anumită viteză şi la o anumită înălţime, ambele putând fi reglate.

Aparat pentru schi-fond

Aparatul pentru schi-fond oferă un bun antrenament general, dar unele persoane îl pot considera dificil de utilizat. Este nevoie de un anumit antrenament pentru a învăţa să vă mişcaţi ritmic, în poziţie, braţele şi picioarele.

Aparat eliptic pentru antrenament

Acest tip de aparat oferă un antrenament complet atât al părţii superioare a corpului cât şi a celei inferioare, ca şi îmbunătăţirea capacităţii aerobice. Dispozitivul seamănă cu aparatul pentru schi-fond, dar 8mişcarea picioarelor şi a braţelor este eliptică – în sus şi în jos sub un anumit unghi – mai degrabă decât înainte şi înapoi. Este mai uşor de utilizat decât aparatul pentru schi-fond.

Câte calorii se ard?

Tabelul următor indică numărul aproximativ de calorii consumate în cursul diferitelor tipuri de activitate fizică, executate timp de o oră. Consumul caloric variază mult în funcţie de activitatea fizică, intensitatea antrenamentului şi caracteristicile persoanei respective. De exemplu, un atlet antrenat va face aceleaşi exerciţii cu mai puţin efort, deci va consuma mai puţină energie.

Activitatea	**Media caloriilor consumate în 1 oră**	
	Persoane cu greutatea 54-58,5 kg	**Persoane cu greutatea 76,5-81 kg**
Gimnastică aerobică	290-575	400-80
Drumeţii cu rucsacul	290-630	400-880
Badminton	230-515	320-720
Baschet		
meci	400-690	560-960
antrenament	170-515	240-720
Mers pe bicicletă		
clasică	170-800	240-1120
staţionară	85-800	120-1120
Bowling	115-170	160-240
Canotaj	170-460	240-640
Dans	115-400	160-560
Golf (mers pe jos şi purtat rucsacul cu echipament)	115-400	160-560
Handbal	460-690	640-960
Marş	170-690	240-960
Jogging		
8 km/h (7,5 min/km)	460	640
9,5 km/h (6,5 min/km)	575	800
Racquetball	345-690	480-960
Săritul cu coarda	345-690	480-960
Vâslitul	170-800	240-1120
Alergarea		
11,2 km/h (5,5 min/km)	690	960
12,8 km/h (5 min/km)	745	1040
16 km/h (4 min/km)	860	1200
Patinajul (pe gheaţă sau pe role)	230-460	320-640
Schi		
schi-fond	290-800	400-1120
coborâre	170-460	240-640
Fotbal	290-690	400-690
Squash	345-690	480-960
Urcatul scărilor	230-460	320-640
Înotul	230-690	320-900
Tenis	230-515	320-720
Volei	170-400	240-560
Mersul pe jos		
3,2 km/h (19 min/km)	150	210
4,8 km/h (12,5 min/km)	200	275
6,4 km/h (9 min/km)	250	340

Cum să cumpăraţi echipamentul pentru antrenament

În majoritatea cluburilor de sănătate şi de multe ori chiar la locul de muncă există aparate pentru exerciţii fizice. Înainte să vă cumpăraţi propriul echipament pentru a-l folosi la domiciliu, evaluaţi-vă cu atenţie situaţia. Dacă v-aţi făcut din activitatea fizică un obicei, probabil că investiţia merită făcută. Dar dacă încă mai exploraţi diferite tipuri de activităţi fizice şi nu v-aţi stabilit o rutină, ar fi mai bine să mai amânaţi achiziţionarea echipamentului pentru antrenament.

În general, calitatea unui aparat pentru exerciţii fizice reflectă preţul. Modelele ieftine pot fi instabile, inconfortabile şi chiar periculoase. Fiţi atent la perioada de garanţie – de obicei reprezintă un semn de calitate. Asiguraţi-vă că echipamentul e solid şi nu are lanţuri sau cabluri expuse. Căutaţi un aparat care funcţionează bine, iar utilizarea sa e confortabilă. Un scaun confortabil este esenţial în cazul bicicletelor şi al aparatelor pentru vâslit. Înainte să cumpăraţi un aparat, încercaţi mai multe tipuri la un distribuitor sau la un centru de fitness.

Înotul şi exerciţiile fizice în apă

Exerciţiile fizice în apă reprezintă un antrenament aerobic cu impact minim asupra articulaţiilor Apa vă susţine greutatea şi vă reduce semnificativ stresul articular, ca şi pe cel care afectează oasele şi muşchii. De asemenea, presiunea apei contribuie la reducerea edemelor. Înotul sau exerciţiile fizice în apă reprezintă o variantă bună de antrenament, mai ales dacă suferiţi de artroză sau aveţi o leziune sau un handicap care vă împiedică să faceţi alte tipuri de exerciţii, sunteţi în perioada de refacere după o boală sau operaţie chirurgicală, sunteţi gravidă sau aveţi o greutate excesivă.

Pentru cei care aleargă sau merg pe jos regulat, înotul reprezintă o variantă bună de activitate fizică intercalată. Înotul în bazine acoperite este o opţiune potrivită pentru zilele cu vreme urâtă. De asemenea, puteţi face exerciţii de forţă în apă. Apa opune rezistenţă la mişcare. Mersul prin apă antrenează muşchii picioarelor şi pe cei abdominali. Dacă vreţi ca rezistenţa să fie mai mare, puteţi folosi în apă, haltere, încălţăminte cu greutăţi, vâsle şi mănuşi palmate.

Chiar dacă vă temeţi de apă adâncă sau nu vă place să înotaţi, puteţi face exerciţii în apă în partea mai puţin adâncă a bazinului. Simplul mers prin apă puţin adâncă are efecte beneficie semnificative asupra capacităţii aerobice. Majoritatea cursurilor de gimnastică aerobică în apă folosesc partea mai puţin adâncă a bazinului. Astfel de cursuri sunt oferite de cluburile de sănătate, centrele medicale YMCA (Young Men's Christian Association – Asociaţia Tinerilor Creştini) şi YWCA (Young Women's Christian Association – Asociaţia Tinerelor Creştine).

Ridicarea greutăţilor

Ridicarea greutăţilor libere sau folosirea aparatelor cu greutăţi fortifică muşchii şi articulaţiile, şi contribuie la menţinerea densităţii osoase. Dar ridicare greutăţilor nu are efect asupra capacităţii aerobice. Când începeţi un program de antrenament cu greutăţi, consultaţi un instructor calificat – kinetoterapeut, antrenor de atletism sau instructor de fitness. Multe cluburi de antrenament sau de sănătate oferă serviciile unui asemenea specialist. Acesta vă poate ajuta să stabiliţi un program de exerciţii fizice care se potriveşte nivelului dumneavoastră de antrenament, capacităţilor şi obiectivelor dumneavoastră, şi este suficient de variat pentru a nu vă plictisi. De asemenea, este importantă folosirea unei tehnici corecte. Învăţaţi-o de la un specialist calificat, nu de la prieteni.

Lucrul cu greutăţi pentru tonifierea muşchilor şi antrenamentul general este diferit de antrenamentul de forţă furnizat de un anumit sport sau activitate fizică. Fiecare necesită un set precis de exerciţii adaptate special la obiectivele şi necesităţile dumneavoastră.

Cel mai bine este să începeţi cu greutăţi moderate pentru a reduce la minim riscul traumatismelor. Începeţi cu o greutate pe care o puteţi ridica fără disconfort de 12-15 ori la rând şi evitaţi să antrenaţi aceeaşi grupă de muşchi în zile consecutive. De exemplu, dacă luni faceţi exerciţii pentru bicepşi şi tricepşi, nu reluaţi aceste exerciţii decât miercuri.

De obicei, creşterea forţei musculare se observă după 4-6 săptămâni de antrenament regulat. Pentru îmbunătăţirea formei şi a dimensiunilor muşchilor este nevoie de mai mult timp – eventual 6-16 săptămâni. 3 antrenamente pe săptămână vor creşte masa musculară, iar 2 antrenament pe săptămână vor menţine nivelul atins.

Începeţi antrenamentul şi continuaţi-l cu perseverenţă

După ce v-aţi stabilit nişte obiective realiste şi aţi elaborat un program realizabil, pasul următor – şi probabil cel mai important – constă în a trece la acţiune. Pentru a începe un program de antrenament aveţi nevoie de iniţiativă. Pentru a-l continua e nevoie de perseverenţă. Iată câteva sfaturi care vă vor ajuta să începeţi programul de antrenament şi apoi să-l respectaţi.

Începeţi gradat

Lumea nu a fost făcută într-o singură zi şi nici dumneavoastră nu veţi reuşi să treceţi peste noapte de la plimbări în jurul blocului la maraton. Nu vă suprasolicitaţi. Dacă nu sunteţi obişnuit cu exerciţii viguroase, articulaţiile, ligamentele şi muşchii dumneavoastră sunt mai expuşi la traumatisme. Stabiliţi un ritm şi o intensitate potrivite.

Planificaţi exerciţiile în succesiune logică

Dacă nu sunteţi în formă sau aveţi probleme articulare datorită unor traumatisme sau din cauza artritei, începeţi cu exerciţii care cresc forţa musculară şi flexibilitatea. Fortificaţi-vă exersându-vă în special părţile cele mai neantrenante. Când sunteţi pregătit să introduceţi exerciţii aerobice, începeţi de la un nivel confortabil, de exemplu mergeţi încet timp de 5 - 10 minute. Creşteţi gradat durata şi viteza la fiecare şedinţă de antrenament.

Programaţi-vă şedinţele de antrenament

Un plan scris vă poate stimula să vă respectaţi programul de antrenament, iar un jurnal vă ajută să vă evaluaţi progresele. Programaţi-vă şedinţele de antrenament exact cum aţi programa un meci de golf sau o întâlnire. Un jurnal de activitate fizică poate fi util pentru formarea unor obiceiuri de antrenament. Încercaţi să faceţi 30 de minute de exerciţii fizice dacă nu în toate, în cele mai multe dintre zilele săptămânii.

După ce aţi atins un anumit nivel, o şedinţă obişnuită de antrenament ar trebui să cuprindă 5-10 minute de încălzire, 30 de minute de activitate aerobică şi 5-10 minute de relaxare gradată şi stretching (exerciţii de întindere), iar la fiecare 2-3 zile, 10-20 minute de exerciţii în forţă. Iniţial, poate părea că antrenamentul vă consumă destul de mult timp. Dar după ce vă obişnuiţi, nu-l veţi mai percepe ca pe o supraîncărcare a programului zilnic. S-ar putea chiar să aşteptaţi cu nerăbdare şedinţa de antrenament, ca pe o pauză binevenită în munca de serviciu şi celelalte obligaţii. În plus, nu trebuie să faceţi toată activitatea fizică în şedinţa de antrenament. O noapte de dans este echivalentă cu o şedinţă de antrenament.

Cum faceţi antrenamentul mai atractiv

Plictiseala reprezintă unul dintre cele mai importante motive pentru abandonarea antrenamentului. Pentru a vă păstra interesul şi a combate plictiseala:

- Ascultaţi muzică în timp ce faceţi exerciţii. Muzica vă face să visaţi cu ochii deschişi, iar timpul trece mai repede.
- Priviţi la televizor, citiţi sau ascultaţi cărţi înregistrate pe casete în timp ce vă antrenaţi pe banda rulantă.
- Antrenaţi-vă împreună cu un prieten. Puteţi vorbi şi vă puteţi încuraja unul pe celălalt să continuaţi.
- Dacă vă plac contactele sociale în cadrul unui grup, înscrieţi-vă la cursuri de exerciţii aerobice sau într-un club de golf.

Asiguraţi varietatea

Alternarea diferitelor tipuri de activitate fizică reduce riscul traumatismelor produse prin suprasolicitarea unui anumit muşchi sau a unei anumite articulaţii. Într-o zi puteţi merge pe jos, în următoarea pe bicicletă, iar mai târziu, în cursul săptămânii să înotaţi. De asemenea, dacă faceţi activităţi fizice diferite reduceţi plictiseala. Nu vă temeţi să încercaţi un sport nou. Există multe tipuri de activitate fizică pe care le-aţi putea face cu plăcere. Ce ar fi să luaţi lecţii de tenis sau de schi-fond? Sau să încercaţi să practicaţi tai chi sau yoga?

Fiţi flexibil şi înţelegător

În cazul în care călătoriţi sau dacă într-o anumită zi sunteţi prea ocupat pentru a face antrenamentul complet, puteţi să vă adaptaţi programul de exerciţii. Dacă sunteţi răcit sau aveţi gripă, e mai bine pentru organism să faceţi pauză câteva zile. Dacă dintr-un anumit motiv nu vă respectaţi programul de antrenament, nu vă pierdeţi speranţa. Se poate întâmpla oricui. Luaţi-o de la capăt şi reveniţi gradat la nivelul anterior de antrenament.

Stabiliţi-vă obiective

Îndeplinirea unui obiectiv vă stimulează. Începeţi cu obiective realiste – de exemplu să mergeţi pe jos în 3 sau 4 zile pe săptămână. Este mai probabil să abandonaţi din cauza frustrării dacă vă propuneţi ceva ce vă depăşeşte. După ce v-aţi antrenat astfel o perioadă de timp, stabiliţi-vă obiective superioare. De exemplu, următorul obiectiv ar putea fi să mergeţi pe jos 30 de minute pe zi, 6 zile pe săptămână sau să alergaţi în total 5 km sau să parcurgeţi cu bicicleta 16 km pe săptămână. Schimbaţi-vă obiectivele atât pentru a vă păstra interesul cât şi pentru a progresa spre nivelul următor de antrenament fizic.

Notaţi-vă progresele

Ţineţi o evidenţă a progreselor. Un jurnal de antrenament vă ajută să vă conştientizaţi realizările şi să vă stabiliţi obiectivele viitoare.

Recompensaţi-vă

Când atingeţi un obiectiv, premiaţi-vă. Dacă o medalie nu vă mulţumeşte, cumpăraţi-vă un CD nou sau ieşiţi seara în oraş. La fel de important este să vă obişnuiţi cu recompensele interioare reprezentate de sentimentele de mulţumire, stimă de sine şi satisfacţia că vă controlaţi comportamentul. Savuraţi trăirile pozitive furnizate de un mod de viaţă activ.

Prevenirea traumatismelor

Majoritatea problemelor care survin în timpul activităţii fizice se datorează „teribililor prea" – prea mult, prea dificil, prea repede, prea devreme, prea mult timp.

De exemplu, un alergător începător care se forţează să parcurgă 8 km în prima zi se va confrunta cu dureri musculare. Iar un sedentar care se mobilizează doar pentru meciul anual de softball al companiei este un candidat excelent pentru o entorsă, o luxaţie sau alte suferinţe asemănătoare.

Încălzirea

Exerciţiile de încălzire vă pregătesc corpul pentru şedinţa de antrenament şi vă ajută să evitaţi rigiditatea musculară, inflamaţiile şi traumele. Muşchii care au fost inactivi sunt „reci". O modalitate de a-i încălzi constă în a începe şedinţa de antrenament cu o activitate aerobică de intensitate moderată – de exemplu mers pe jos în ritm lent până la moderat. Aceasta va creşte treptat frecvenţa cardiacă (pulsul), temperatura corpului şi circulaţia sângelui la nivelul muşchilor.

Un alt mod de încălzire implică întinderea (stretching-ul) muşchilor, lent şi gradat. Aceasta creşte flexibilitatea şi vă ajută să vă îmbunătăţiţi mobilitatea articulară. Pentru a evita întinderile musculare survenite în timpul exerciţiilor de stretching, cel mai bine este ca înaintea acestora, să mergeţi timp de 3 - 5 minute. Dacă aveţi timp doar pentru o repriză de stretching în cursul unei şedinţe de antrenament, este bine s-o faceţi după antrenament când muşchii sunt încălziţi şi mai elastici. La pag. 60 găsiţi câteva exemple de exerciţii de stretching pentru încălzirea şi relaxare gradată.

Antrenamentul trebuie să aibă intensitate potrivită

Intensitatea antrenamentului se referă la efortul depus în timpul exerciţiilor fizice. Exerciţiile fizice de intensitate moderată vă îmbunătăţesc antrenamentul cardiovascular. Dar antrenamentul nu trebuie să fie prea viguros. Un efort maxim nu furnizează prea multe beneficii în plus din punct de vedere al antrenamentului fizic şi creşte riscul inflamaţiilor musculare, articulare şi al traumatismelor.

Calcularea frecvenţei cardiace ţintă

În cele ce urmează vă prezentăm modul în care vă puteţi determina frecvenţa cardiacă ţintă pentru exerciţii aerobice. Exemplul de mai jos este calculat pentru o persoană în vârstă de 40 de ani.

1. Obţineţi frecvenţa cardiacă maximă scăzând din 220 un număr egal cu vârsta dumneavoastră în ani:
   220 – 40 = 180.
2. Calculaţi cât reprezintă 50% şi 80% din frecvenţa cardiacă maximă:
   180 x 0,5 = 90
   180 x 0,8 = 144
3. Cele două rezultate indică limitele între care trebuie să se încadreze frecvenţa cardiacă ţintă: 90 şi 140 bătăi pe minut.

Următoarele 3 măsurători şi teste vă ajută să apreciaţi dacă intensitatea cu care exersaţi este cea potrivită pentru antrenamentul cardiovascular.

Frecvenţa cardiacă

Cu cât antrenamentul aerobic va fi mai viguros, cu atât va creşte mai mult frecvenţa cardiacă (pulsul). Când efortul fizic are intensitate maximă, inima dumneavoastră se contractă cu frecvenţă maximă. Majoritatea oamenilor ar trebui să se antreneze la un nivel al efortului care induce o frecvenţă cardiacă de 50-80% din frecvenţa lor cardiacă maximă. Aceasta se numeşte frecvenţa cardiacă ţintă.

Pentru a afla dacă vă încadraţi în limitele frecvenţei dumneavoastră cardiace ţintă, determinaţi-vă pulsul în timp ce vă antrenaţi. Plasaţi 2 degete pe marginea interioară a încheieturii mâinii şi apăsaţi uşor pentru a percepe pulsul. Număraţi bătăile timp de 10 secunde şi înmulţiţi rezultatul cu 6.

Unele medicamente, cum sunt betablocantele, reduc frecvenţa cardiacă, făcând inutilizabilă frecvenţa cardiacă ţintă. Pentru a regla intensitatea antrenamentului, cei care urmează tratament cu acest tip de medicamente trebuie să se bazeze mai degrabă pe aprecierea intensităţii efortului decât pe determinarea frecvenţei cardiace.

Scala de apreciere a intensităţii efortului

Un alt mod prin care puteţi regla intensitatea antrenamentului este reprezentat de utilizarea scalei de apreciere a intensităţii a efortului. Efortul perceput reprezintă totalitatea efortului fizic resimţit în timpul unei activităţi fizice, luând în considerare toate senzaţiile de efort, stres fizic şi oboseală.

Pentru ca o activitate fizică să determine efecte benefice pentru sănătate, trebuie să atingă un nivel moderat spre „Ceva mai intens" – corespunzător nivelurilor 3 sau 4 din scala de apreciere a intensităţii efortului. Nivelul 0 corespunde unui efort minim, ca atunci când sunteţi aşezat confortabil pe un scaun. Nivelul 10 corespunde unui efort maxim, de exemplu, efortul perceput la urcarea în fugă a unei pante abrupte.

Testul conversaţiei

A treia metodă, testul conversaţiei, este cea mai simplă. În timp ce vă antrenaţi, ar trebui să fiţi capabil să purtaţi o conversaţie simplă fără să vă pierdeţi suflul. Dacă nu puteţi face aceasta, probabil că vă suprasolicitaţi şi ar trebui să reduceţi ritmul.

Beţi suficientă apă

Apa contribuie la menţinerea temperaturii normale a corpului şi răcoreşte muşchii care lucrează. Pentru a înlocui lichidele pierdute beţi apă înainte şi după şedinţa de antrenament. Nu aşteptaţi ca senzaţia de sete să vă indice că aveţi nevoie de lichide. În timpul efortului fizic mecanismul de declanşare a setei e inhibat.

Folosiţi analgezicele cu prudenţă

Dacă luaţi analgezice este posibil să vă suprasolicitaţi fără să vă daţi seama şi să apară probleme la nivelul muşchilor, ligamentelor sau tendoanelor.

Relaxarea gradată

Imediat după activitatea aerobică, permiteţi frecvenţei cardiace să revină gradat la normal, printr-o activitate fizică de intensitate redusă, cum ar fi mersul într-un ritm mai lent. Aceasta previne şi acumularea sângelui la nivelul picioarelor cu ameţeala consecutivă.

De asemenea, după şedinţa de antrenament este important să executaţi exerciţii de întindere. Acestea vă ajută să vă menţineţi flexibilitatea muşchilor şi să evitaţi tensiunea şi rigiditatea musculară. Puteţi executa aceleaşi exerciţii de întindere ca şi în cazul încălzirii.

Măsuri de precauţie în cazul temperaturilor ridicate

Când vă antrenaţi la temperaturi ridicate trebuie să luaţi măsuri de precauţie pentru a evita stresul termic (vezi pag. 396). În zilele călduroase circulă mai mult sânge prin piele pentru a disipa căldura. Rezultatul este că mai puţin sânge este disponibil pentru muşchi, astfel încât frecvenţa cardiacă în timpul exerciţiilor fizice este mai ridicată ca în zilele cu temperaturi mai scăzute. Pentru compensare, reduceţi intensitatea exerciţiilor pentru a menţine frecvenţa cardiacă ţintă.

În zilele călduroase faceţi exerciţiile fizice dimineaţa devreme sau seara târziu când temperatura este mai scăzută. Dacă este posibil, faceţi exerciţiile la umbră, în casă sau într-un bazin de înot. Beţi apă înainte de exerciţii şi după. Dacă plănuiţi ca durata exerciţiilor să fie mai mare de 30 de minute, opriţi-vă şi beţi apă la fiecare 15-20 de minute.

Scala de apreciere a intensităţii efortului

10	Extrem de intens
9	Foarte dificil
8	Dificil
7	Foarte intens
6	Intensitate crescută
5	Intens
4	Ceva mai intens
3	Moderat
2	Uşor
1	Foarte uşor
0	Repaus

Fiţi atent la semnele de alarmă

Dacă prezentaţi unul dintre următoarele semne şi simptome în timp ce faceţi exerciţii fizice , opriţi-vă şi cereţi ajutor medical imediat:

- durere sau senzaţie de compresiune toracică;
- ameţeli sau leşin;
- durere în braţ sau în maxilar;
- dispnee severă;
- puseuri de puls rapid sau foarte lent;
- bătăi cardiace neregulate;
- oboseală excesivă;
- durere severă articulară sau musculară.

Activitatea moderată nu ar trebui să vă producă disconfort. Respiraţia ar trebui să fie mai rapidă, să vă simţiţi bine în ceea ce faceţi; nu trebuie să simţiţi nici o durere sau oboseală.

Îmbrăcămintea corespunzătoare este, de asemenea, importantă. Purtaţi haine uşoare, lejere, confecţionate din materiale care lasă aerul să treacă şi care înlătură umezeala de pe corp. Materialele de culoare albă reflectă radiaţiile solare şi sunt mai răcoroase într-o zi cu soare. O şapcă sau o pălărie de culoare deschisă va fi, de asemenea, de ajutor.

Măsuri de precauţie în cazul temperaturilor scăzute

La temperaturi scăzute şi eventual cu vânt, tegumentele expuse îngheaţă în scurt timp, situaţie numită degerătură. Dacă faceţi exerciţii pe vreme extrem de rece, protejaţi-vă cât mai bine tegumentele. Ca şi pe vreme extrem de caldă, asiguraţi-vă că beţi suficiente lichide. Organismul dumneavoastră are nevoie de apă şi pe vreme rece.

Îmbrăcaţi-vă corespunzător. Hainele în straturi reprezintă cea mai bună strategie pe vreme rece. Acestea izolează şi vă permite să scoateţi sau să adăugaţi straturi. Materialele "high-tech", foarte uşoare, vă menţin uscat şi cald, şi sunt mult mai rezistente la vânt şi umezeală ca cele confecţionate din bumbac.

În condiţii extrem de reci şi cu vânt puternic, acoperiţi-vă gura şi nasul cu un fular sau o mască pentru aer rece. În plus, încercaţi să respiraţi pe nas, deoarece în cavitatea nazală aerul se încălzeşte, se filtrează şi se umidifică înainte de a ajunge în plămâni.

Mănuşile căptuşite cu polipropilenă vă menţin mâinile uscate şi calde. În plus, purtaţi căciulă sau pălărie, deoarece majoritatea căldurii se pierde la nivelul capului.

Tratarea unei leziuni

Dacă faceţi o entorsă de gleznă sau o luxaţie de genunchi, nu le ignoraţi sperând ca totul să fie bine. Consultaţi un medic şi urmaţi-i recomandările. Daţi-i timp leziunii să se vindece înainte de a o forţa.

Activitatea fizică şi bolile cronice

În trecut, persoanelor cu boli cronice li se spunea să evite activitatea fizică din teama de a nu-şi agrava starea. Dar cercetările au arătat că activitatea fizică poate îmbunătăţi sănătatea indivizilor cu variate afecţiuni cronice.

Unele boli cronice, de exemplu artroza, astmul bronşic, diabetul zaharat sau bolile cardiovasculare, pot fi vindecate. Oricum, multe pot fi eficient îngrijite cu modificări sănătoase ale stilului de viaţă, tratament medicamentos şi alte tratamente. Dacă suferiţi de o afecţiune cronică, vorbiţi cu medicul despre un program de exerciţii fizice adecvat pentru dumneavoastră.

Artroza

Cu toate că durerea şi rigiditatea vă pot descuraja să fiţi activ, singura modalitate de a vă menţine articulaţiile funcţionale este de a le mişca şi de a întinde muşchii cât este posibil. De asemenea, exerciţiile fizice vă ajută la controlul greutăţii, reduc durerea şi leziunile, şi vă îmbunătăţesc nivelul de energie şi capacităţile de a vă îndeplini activităţile zilnice.

Orice mişcare, nu contează cât de mică, poate ajuta. Participaţi la activităţi care nu implică lovituri şi care vă forţează cât mai puţin articulaţiile. Exerciţiile în apă, de exemplu înotul sau mersul în apă, sunt ideale deoarece emersiunea în apă preia greutatea articulaţiilor dumneavoastră.

Alte activităţi cu impact scăzut includ mersul pe bicicletă şi schifondul. De asemenea, exerciţiile de fortificare sunt importante. Dacă puteţi ridica greutăţi, încercaţi tipuri mai uşoare de antrenament de rezistenţă, de exemplu exerciţii de forţă pe care le faceţi cu un scaun sau la perete.

Ca în cazul oricărei activităţi fizice, începeţi încet şi creşteţi gradat perioada de timp şi nivelul de intensitate. Luaţi pauze ori de câte ori simţiţi că aveţi nevoie.

Astmul bronşic

Efortul fizic constituie un factor declanşator frecvent pentru crizele de astm bronşic, stare care se numeşte astm bronşic indus de efort. Sunteţi mai predispus la a avea astm bronşic indus de efort dacă astmul dumneavoastră este datorat alergiilor. Semnele şi simptomele astmului indus de efort includ tusea, wheezing-ul, constricţia toracică şi dispneea.

Dar doar pentru că aveţi astm bronşic aceasta nu înseamnă că trebuie să fiţi inactiv. De fapt, este cel mai bine pentru dumneavoastră să fiţi activ. Exerciţiile fizice regulate vă fortifică inima şi plămânii, şi vă ajută să scădeţi în greutate astfel încât să puteţi respira mai bine.

Iată câteva tipuri de exerciţii pentru cei care suferă de astm bronşic.

- Pentru a ajuta la prevenirea simptomelor, luaţi un bronhodilatator inhalator cu acţiune rapidă cu 15-30 de minute înainte de a începe exerciţiul fizic.
- Înainte de a începe o activitate viguroasă, încălziţi-vă 5-10 minute cu exerciţii uşoare şi întinderi, pentru a ajuta deschiderea căilor respiratorii.
- Alegeţi exerciţii fizice care au cele mai puţine şanse să declanşeze simptomele de astm. Înotul reprezintă o bună alegere. Unele sporturi, de exemplu alergarea pe distanţe lungi, fotbalul sau baschetul, pot mai probabil să declanşeze simptomele de astm bronşic.
- Alegeţi activităţi care presupun perioade scurte sau intermitente de efort fizic, cum este golful, voleiul sau softball-ul.
- Fiţi atent la activităţile la temperatură scăzută, de exemplu schiul sau hocheiul pe gheaţă, care sunt mai probabile în a declanşa wheezing. Dacă trebuie să faceţi exerciţii pe vreme rece, purtaţi o mască pe faţă care să încălzească aerul pe care îl inspiraţi. Nu faceţi exerciţii fizice la temperaturi sub 0^0C.

- Încercaţi să practicaţi exerciţiile fizice într-un mediu care nu vă agravează afecţiunea. De exemplu, dacă există polen în atmosferă, faceţi exerciţiile fizice în interior.

Diabetul zaharat

Exerciţiile fizice vă ajută să vă îngrijiţi diabetul zaharat prin scăderea glicemiei şi creşterea eficacităţii insulinei. De asemenea, ajută la prevenirea sau încetinirea apariţiei complicaţiilor diabetului, cum ar fi hipertensiunea arterială sau boala arterelor coronare. În plus, exerciţiile fizice ajută la controlul greutăţii, un important factor pentru majoritatea persoanelor care au cea mai frecventă formă de diabet, numit diabet zaharat tip 2 (în trecut, această formă se numea diabet non-insulinodependent sau cu debut la vârsta adultă).

Încercaţi să faceţi exerciţii fizice cel puţin 30 de minute în majoritatea zilelor săptămânii. În general, cele mai bune sunt exerciţiile aerobice. Planificaţi-vă activitatea fizică în funcţie de orarul meselor şi al administrării medicamentelor, şi verificaţi-vă glicemia înainte şi după exerciţii. Dacă glicemia este mai mică de 100 mg/dl, trebuie să luaţi o gustare înainte de a începe exerciţiile fizice, pentru a evita hipoglicemia. Nu trebuie să faceţi exerciţii fizice dacă aveţi glicemia în jurul valorii de 300 mg/dl.

Dacă aveţi tulburări de sensibilitate la picioare datorate neuropatiei diabetice, întrebaţi-vă medicul despre tipurile de activităţi fizice care vă sunt indicate. S-ar putea să fiţi nevoit să evitaţi activităţi cum ar fi mersul, alergarea sau exerciţiile aerobice. Înotul sau mersul pe bicicletă reprezintă alegeri mai bune.

Hipertensiunea arterială

Activitatea fizică este esenţială în controlarea hipertensiunii arteriale. Aceasta vă fortifică inima, astfel încât ea poate munci mai bine pentru a pompa sângele. De asemenea, exerciţiile fizice ajută la scăderea în greutate. Supragreutatea poate contribui la creşterea tensiunii arteriale.

Activitatea fizică regulată vă poate scădea presiunea sangvină la fel ca majoritatea medicamentelor antihipertensive – cu 5-10 mmHg. S-ar putea ca exerciţiile fizice să fie chiar de ajuns pentru a nu mai fi nevoie să luaţi medicamente. Dacă luaţi medicamente, exerciţiile fizice le pot ajuta să acţioneze mai eficient.

Consecvenţa este mai importantă decât intensitatea. Încercaţi să faceţi cel puţin 30 de minute de exerciţii fizice de intensitate moderată în majoritatea, dacă nu în toate, zilelor săptămânii. Activitatea aerobică are cele mai mari efecte asupra tensiunii arteriale.

Boala arterelor coronare

Dacă aveţi boala arterelor coronare, exerciţiile fizice sunt foarte importante. Activitatea fizică regulată poate ajuta la prevenirea infarctului de miocard prin reducerea presiunii în arterele afectate şi prin scăderea depunerii plăcilor ateromatoase (care conţin colesterol). Când aceste plăci se formează într-o arteră, aceasta se îngustează, fluxul sangvin încetineşte, facilitând formarea de cheaguri sangvine.

Dacă aţi avut un infarct de miocard, exerciţiile fizice regulate ajută la scăderea riscului de apariţie a unui al doilea infarct. Majoritatea persoanelor se tem să nu facă un infarct miocardic în timpul exerciţiilor fizice. Şansa ca acest lucru să se întâmple este scăzută. Majoritatea infarctelor de miocard se produc în timpul repausului, nu al activităţilor. Pentru a micşora riscurile cardiace şi a mări beneficiile exerciţiilor:

- Consultaţi medicul. Înainte de a începe un program de exerciţii fizice regulate, faceţi un examen fizic şi vorbiţi cu medicul despre cea mai bună modalitate de a începe.
- Faceţi exerciţii fizice în mod regulat. Riscul cardiovascular creşte dacă alternaţi perioade de activitate fizică intensă cu săptămâni sau luni de inactivitate.
- Încălziţi-vă înainte de a începe şi terminaţi gradat. Aceasta reduce stresul cardiac şi riscul de întinderi musculare.
- Aşteptaţi 2-3 ore după o masă mai copioasă pentru a face exerciţii fizice. Digestia creşte fluxul sangvin în sistemul digestiv şi-l scade pe cel cardiac.
- Ascultaţi-vă organismul. Dacă simţiţi palpitaţii cardiace, ameţeli sau dureri toracice, opriţi-vă şi cereţi imediat ajutor medical.

Osteoporoza

Exerciţiile fizice regulate ajută la menţinerea şi chiar la creşterea densităţii osoase. De asemenea, vă fortifică muşchii. Întărirea muşchilor şi a oaselor vă ajută la menţinerea echilibrului, ceea ce reduce riscul de căderi şi, implicit, de fracturi asociate osteoporozei.

Datorită gradelor variate de osteoporoză şi a riscului pentru fracturi, întrebaţi medicul sau fizioterapeutul ce tipuri de exerciţii sunt sigure şi indicate pentru dumneavoastră. Mersul pe jos este activitatea ideală deoarece îl puteţi practica oriunde cu riscuri minime de traumatisme.

Exerciţiile de forţă pot includ folosirea de greutăţi libere, aparate cu greutăţi, bandă de rezistenţă sau exerciţii în apă. Aceste exerciţii fortifică muşchii şi oasele, şi ajută la încetinirea pierderii de masă osoasă. Exerciţiile de forţă pentru spate, de exemplu arcuirile uşoare de spate, ajută la întărirea muşchilor abdominali şi ai spatelui.

Evitaţi exerciţiile fizice cu impact crescut care vă solicită excesiv oasele, de exemplu tenisul sau alergarea. De asemenea, evitaţi aparatele de vâslit fixe care necesită aplecări accentuate spre înainte care s-ar putea să ducă la o fractură vertebrală.

Durerea cronică

O concepţie greşită este aceea că exerciţiile fizice intensifică durerea. Nu este aşa – activitatea fizică poate ajuta la reducerea durerii. Dacă sunteţi o persoană inactivă, vă înrăutăţiţi starea fizică – vă pierdeţi tonusul şi forţa musculară, iar sistemul cardio-vascular lucrează mai puţin eficient. Activitatea fizică regulată creşte forţa muşchilor, a oaselor şi a articulaţiilor, ceea ce determină reducerea durerii.

În plus, în timpul activităţii fizice, organismul dumneavoastră secretă substanţe chimice numite endorfine care blochează semnalul dureros înainte de a ajunge la creier. Majoritatea endorfinelor sunt produse de organism; o cantitate mică poate proveni din forme externe, cum sunt medicamentele. Aceste analgezice naturale ajută, de asemenea, la ameliorarea stărilor de anxietate şi de depresie, afecţiuni care pot face durerea mult mai dificil de controlat.

Programul de exerciţii fizice trebuie adaptat la condiţiile dumneavoastră specifice. Sfătuiţi-vă cu medicul sau cu fizioterapeutul despre cea mai benefică activitate fizică pentru dumneavoastră. ■

CAPITOLUL 5 PARTEA I

Controlul stresului



Sarcini de serviciu încărcate, o viaţă de familie solicitantă, părinţi vârstnici reprezintă câteva dintre nenumăratele situaţii care pot conduce la stres. Stresul este ceva binecunoscut şi des experimentat de toată lumea. Este de neevitat. Stresul provine atât din evenimente considerate de noi pozitive – o promovare la serviciu, concediul sau căsătoria – cât şi din evenimente negative – pierderea serviciului, un divorţ sau moartea cuiva drag. Ceea ce vă face să vă simţiţi stresat este modul personal de a răspunde la diferite situaţii şi circumstanţe. Pe scurt, stresul este o componentă normală a vieţii de zi cu zi.

Să înţelegem stresul

Stresul nu este pur şi simplu o forţă exterioară. El este mai degrabă răspunsul dumneavoastră psihologic la stimuli specifici (stresori). Răspunsul dumneavoastră la stres mobilizeaza sistemele organismului, ajutându-vă să vă puteţi adapta la permanentele cerinţe şi schimbări din viaţa dumneavoastră.

Printre principalele surse de stres se numără: programe prelungite de lucru, prea puţine ore de somn, precum şi supraîncărcarea informaţională. Cu toate acestea, situaţiile generatoare de stres sunt specifice fiecăruia dintre noi. Modul în care faceţi faţă situaţiilor stresante este influenţat atât de personalitatea şi zestrea dumneavoastră genetică, cât şi de experienţa dumneavoastră anterioară – de abilitatea dumneavoastră generală de a face faţă situaţiilor. A pierde autobuzul, a sta la coadă la magazin sau a obţine un tichet de parcare poate să nu fie o problemă pentru dumneavoastră, dar o altă persoană poate găsi aceste situaţii extrem de stresante. Indiferent de cauza stresului, reţineţi că, atunci când cerinţele mediului înconjurător depăşesc capacitatea dumneavoastră de a face faţă situaţiei, se creează stres, iar stresul poate produce simptomele ce conduc la boală.

Stresul poate fi de scurtă durată (acut) sau de lungă durată (cronic), iar efectele lui se pot cumula în timp. Stresul acut este în general o reacţie la o ameninţare imediată, reală sau percepută ca reală. În astfel de cazuri, răspundem cu o reacţie de alarmă care pregăteşte organismul pentru o urgenţă. Stresul cronic este deseori legat de situaţii de lungă durată (care nu sunt experimentate într-un timp scurt), ca de exemplu problemele interpersonale, singurătatea sau grijile financiare.

În situaţii de stres, în special de stres sever, are loc un răspuns fizic necesar pentru a face faţă nevoilor energetice ale situaţiei respective. Astfel, inima va bate mai repede, respiraţia se va accelera şi tensiunea arterială va creşte. Totodată, vor creşte nivelul glicemiei şi fluxul sangvin către creier şi marile grupe musculare. După ce ameninţarea dispare, corpul se relaxeză din nou. Putem face faţă unei situaţii stresante ocazionale, dar când aceasta se produce în mod regulat, efectele se cumulează în timp.

Stresul şi sănătatea

Multe dintre reacţiile fizice care acompaniază stările de stres pot avea un efect dăunător pe termen lung asupra sănătăţii, contribuind la tulburări fizice sau emoţionale. Stresul poate avea un rol în multe afecţiuni, de la migrene la probleme cardiace. Stresul poate agrava o problemă de sănătate deja existentă sau poate declanşa o afecţiune dacă aveţi deja un risc pentru afecţiunea respectivă.

Răspunsul de tip „Luptă sau Fugă"

Când stresul este intens, ca în momentul perceperii unei ameninţări, apare un fenomen de tip „luptă sau fugă". Glanda hipofiză, situată la baza creierului, secretă hormoni care reglează multe procese ale organismului. Când percepeţi o primejdie, această glandă va avea o secreţie crescută a hormonului adrenocorticotrop (ACTH), care stimulează glanda suprarenală să producă şi să elibereze alţi hormoni. Aceşti hormoni – adrenalina (epinefrina) şi cortizolul – determină o creştere bruscă a pulsului, o contracţie a musculaturii şi o creştere a tensiunii arteriale. Aceste răspunsuri pregătesc organismul pentru luptă sau fugă din faţa pericolului.

Pentru a creşte fluxul sangvin spre musculatura scheletică, inima va bate mai rapid şi tensiunea arterială va creşte abrupt. Fluxul sangvin va fi deviat de la nivelul stomacului şi pielii spre musculatură. Organismul va elibera, de asemenea, în circulaţie şi potenţiale surse de energie sub formă de glucoză şi grăsimi. Se vor secreta totodată şi anumite substanţe chimice care vor favoriza coagularea sângelui în caz de injurii.

Va intra în acţiune şi sistemul nervos determinând atât dilatarea pupilelor, pentru a ajuta vederea în condiţiile unui iluminat insuficient, cât şi contracţia musculaturii faciale, probabil pentru conferirea unui aspect cât mai ameninţător. Temperatura corporală scăzută va fi menţinută prin creşterea cantităţii de transpiraţie, iar accelerarea respiraţiei va creşte nivelul de oxigen din sânge. Toate aceste modificări pregătesc organismul pentru o situaţie de urgenţă, reală sau percepută ca atare.



Supresia sistemului imunitar

Hormonul cortizol produs în timpul răspunsului la stres poate supresa sistemul imunitar, crescând astfel susceptibilitatea organismului la bolile infecţioase. Conform studiilor, stresul creşte riscul pentru infecţiile bacteriene ca tuberculoza sau infecţia cu streptococi grup A. De asemenea, tot stresul vă poate creşte sensibilitatea pentru afecţiuni virale ale tractului respirator superior, ca răceala sau gripa.

Creşterea riscului de boli cardiovasculare

În cursul unei situaţii acute de stres, inima bate rapid, ceea ce duce la creşterea susceptibilităţii la tulburări ale ritmului cardiac şi la un tip de durere toracică denumită angină. În plus, dacă sunteţi „un butoi de pulbere", stresul acut vă poate creşte riscul unui atac de cord. Astfel de persoane prezintă creşteri extreme ale frecvenţei cardiace şi ale tensiunii arteriale ca răspuns la stresul cotidian. Această stare de agitaţie continuă vă poate leza progresiv arterele coronare şi inima. De asemenea, creşterea capacităţii de coagulare sangvină, datorată stresului persistent, reprezintă un factor de risc pentru un atac de cord sau un accident vascular cerebral.

Agravarea altor afecţiuni

Alte interrelaţii între boli şi stres, în afara celor deja prezentate, nu sunt aşa de evidente, însă stresul vă poate agrava simptomele dacă suferiţi de una din următoarele afecţiuni:

Astm bronşic

O situaţie stresantă poate produce o hiperreacţie a căilor aeriene, precipitând o criză de astm.

Tulburări gastrointestinale

Stresul poate precipita sau agrava simptomele asociate unor afecţiuni gastrointestinale, ca de exemplu sindromul colonului iritabil sau dispepsia neulceroasă.

Durerea cronică

Stresul poate creşte răspunsul organismului la durere, făcând durerea cronică asociată artrozei, fibromialgiei sau leziunilor de coloană, mai greu de tratat.

Tulburări psihice

Stresul poate declanşa depresia la persoanele susceptibile de a face depresie. De asemenea, poate agrava simptomele altor tulburări psihice, ca de exemplu anxietatea.



Întrebare şi răspuns

Există un „stres benefic"?

Stresul poate apărea atât în situaţii pozitive cât şi negative. Stresul determinat de o situaţie pozitivă furnizează o stare de excitaţie. De exemplu, stresul ajută frecvent sportivii să aibă rezultate mai bune în competiţii. Alte exemple de stres benefic ar fi cele legate de o slujbă nouă sau de naşterea unui copil.

Stresul „negativ" apare în situaţiile când simţiţi că nu vă puteţi stăpâni sau când sunteţi sub tensiune intensă sau constantă. Puteţi prezenta dificultăţi de concentrare sau vă puteţi simţi singur. Cele mai frecvente cauze de stres „negativ" sunt problemele familiale, financiare, medicale, precum şi izolarea.



Mituri legate de stres

Înţelegerea mai bună a fenomenul numit stres vă va ajuta să faceţi mai bine faţă acestei probleme frecvent întâlnite. Iată câteva mituri legate de stres:

Mit: nici un stres nu este bun

Adevăr: fiecare are nevoie de ceva stres în viaţa lui pentru ca aceasta să fie interesantă. Adevăratul ţel este găsirea echilibrului potrivit. Gestionat bine, stresul ajută la a fi productiv şi fericit. Prost gestionat, stresul poate leza sănătatea şi chiar ucide.

Mit: stresul este peste tot, aşa că nu puteţi face face nimic împotriva lui

Adevăr: acest lucru este fals. Stresul nu trebuie să vă copleşească atunci când faceţi un efort să vă organizaţi viaţa. Stabiliţi priorităţi, rezolvaţi întâi problemele mărunte şi apoi abordaţi-le pe cele mai complexe. Dacă nu stabiliţi o listă de priorităţi, toate problemele par să cântărească la fel de mult, făcându-vă să vă simţiţi înconjurat de stres.

Mit: există aceleaşi metode, valabile pentru fiecare, de reducere a stresului

Adevăr: deoarece suntem unici şi metodele de reducere a stresului sunt specifice fiecăruia.

Mit: dacă nu aveţi simptome înseamnă că nu sunteţi stresat

Adevăr: dacă nu păreţi să aveţi simptome de stres, nu înseamnă că nu sunteţi tensionat. Este posibil să nu recunoaşteţi simptomele sau vă puteţi afla sub un tratament care să mascheze aceste simptome. Această medicaţie vă poate priva de semnalele de alarmă care să vă semnalizeze că trebuie să o luaţi mai uşor.

Mit: numai simptomele majore de stres creează probleme

Adevăr: fals. Asta ar însemna ca simptomele „minore" de stres gen cefalee sau dureri de stomac ar putea fi ignorate. Aceste simptome „minore" pot fi de fapt semnale de alarmă timpurii, necesare unei gestionări mai bune a stresului cotidian.

Recunoaşterea stresului

Este posibil să nu recunoaşteţi că sunteţi stresat. Primele indicii că mintea şi corpul ar putea fi tensionate pot fi asociate cu anumite simptome de stres: dureri de cap, insomnie, dureri de stomac, tulburări digestive. Poate reapărea, de asemenea, şi o veche deprindere patologică cum ar fi rosul unghiilor. Aceste simptome pot să fie iniţial interpretate ca simptomele unei boli în loc să fie recunoscute ca semne de stres.

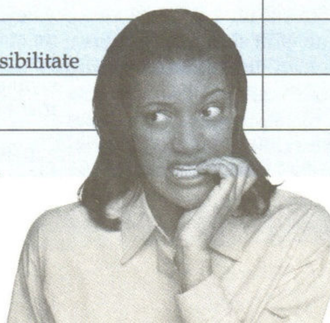
Prezenţa stresului poate fi trădată şi de schimbările psihologice. Cea mai frecventă este o iritabilitate crescută faţă de cei apropiaţi. De asemenea, vă puteţi simţi mai cinic, pesimist sau ranchiunos. Mulţi oameni stresaţi se simt victimizaţi, neînţeleşi sau neapreciaţi. Lucruri care altădată vă făceau plăcere pot părea acum plictisitoare. Unii devin anxioşi, retraşi, plâng sau râd uşor. Alţii au comportamente inadecvate. Ocazional, aceste schimbări au loc atât de lent încât pot trece neobservate de persoana în cauză sau de apropiaţi, fiind recunoscute doar după modificarea stării de sănătate sau a relaţiilor cu celalţi.

Adaptarea la stres

Există multe moduri de a face faţă stresului. Puteţi vorbi cu ceilalţi despre problemele personale, puteţi asculta muzică relaxantă sau puteţi face o baie fierbinte la sfârşitul zilei. Multe dintre aceste lucruri le faceţi instinctiv. În majoritatea cazurilor, vă descurcaţi foarte bine cu provocările vieţii. Cu toate acestea, există probabil situaţii în care aţi putea proceda mai bine. Următoarele strategii vă pot fi folositoare în gestionarea mai bună a situaţiilor stresante.

Semne şi simptome de stres

Fizice	**Psihologice**	**Comportamentale**
Dureri de cap	Anxietate	Creşterea/scăderea apetitului
Bruxism (scrâşnetul dinţilor)	Iritabilitate	Nerăbdare
Gât uscat, nod în gât	Sentiment de moarte iminentă	Certăreţ
Încleştarea maxilarelor	Depresie	Comportament de amânare
Durere toracică	Gândire lentă	Creşterea consumului de alcool/droguri
Dispnee	Gânduri care aleargă	Creşterea fumatului
Palpitaţii	Sentiment de neajutorare	Retragrere/izolare
Hipertensiune arterială	Sentiment de deznădejde	Neglijarea responsabilităţilor
Crampe musculare	Sentiment de inutilitate	Slabe performanţe profesionale
Indigestie	Sentiment de lipsă a direcţiei/scopului	Epuizare
Constipaţie/Diaree	Sentiment de insecuritate	Igienă personală deficitară
Transpiraţie abundentă	Tristeţe	Schimbarea practicii religioase
Mâini reci şi umede	Defensivitate	Schimbări în relaţiile cu apropiaţii
Oboseală	Furie	
Insomnie	Hipersensibilitate	
Boli frecvente	Apatie	



Identificaţi stresorii

Primul pas în încercarea de a face faţă stresului este identificarea cauzelor. Fiecare are modul lui particular de a răspunde la evenimente.

De exemplu, un aşa-zis „dependent de muncă" poate fi considerat de alţii cu un picior în groapă datorită suprasolicitării, când de fapt persoana respectivă se simte mai sigură pe sine tocmai când răspunde provocărilor crescute de la serviciu. Pentru această persoană, munca în sine reprezintă o formă de management a stresului, iar o perioadă nestructurată de vacanţă sau o aşa zisă „relaxare" acasă, poate să fie de fapt o sursă mai mare de stres.

Stresul poate fi asociat factorilor externi ca :

- munca
- familia
- comunitatea
- mediul înconjurător
- evenimente neaşteptate

Totodată, stresul poate fi generat de surse interne ca:

- aşteptări nerealiste sau prea înalte
- perfecţionism
- griji
- atitudini şi sentimente negative
- comportament iresponsabil
- sănatate precară şi proaste obiceiuri legate de îngrijirea sănătăţii

Deşi este posibil să nu puteţi evita toate sursele de stres, veţi cunoaşte cel puţin cauzele simptomelor. Acest lucru poate fi un câştig deoarece vă va face mai capabil în a controla situaţiile.

Practicaţi toleranţa

O parte din strategia generală de gestionare mai bună a stresului este încercarea de a deveni mai tolerant – faţă de dumneavoastră înşivă şi faţă de situaţiile pe care nu le puteţi controla. Ar fi bine să înţelegeţi şi să acceptaţi faptul că schimbările fac parte din viaţa noastră şi că schimbările – pierderi şi evenimente asupra cărora aveţi un control limitat – vor continua să apară, fie că vreţi sau nu.

Conflictele interpersonale

De multe ori, viaţa întreagă se învârte în jurul rezolvării conflictelor interpersonale. Acestea se grupează în 3 mari categorii: maritale, familiale şi cele legate de serviciu.

Conflictele maritale

Frecvent, partenerii de cuplu încep relaţia având aşteptări nerealiste unii de la alţii. Această tendinţă este favorizată, între altele, de o imagine exagerat de romantică despre căsătorie. În loc să realizeze că se căsătoresc cu fiinţe umane „obişnuite", cu calităţile şi slăbiciunile lor, unii oameni tind să-şi idealizeze partenerii şi să le ceară să fie perfecţi.

Pe parcursul unei căsătorii, cuplurile se confruntă în mod obişnuit cu o serie de perioade de tranziţie uşor de prevăzut. Adaptarea vieţii de familie la naşterea unui copil, schimbarea serviciului, pierderea părinţilor sau schimbarea obiceiurilor sexuale – toate acestea reprezintă provocări cărora cuplul trebuie să le facă faţă. Pentru trăinicia unui mariaj, cuplul este bine să comunice şi să rezolve inevitabilele conflicte.

Un consilier marital poate adesea scoate la iveală aspectele problematice ale vieţii de cuplu şi poate favoriza comunicarea între parteneri, astfel încât cei doi să poată recunoaşte şi să facă faţă cu succes stresului din căsnicia lor.

Conflictele familiale

Familia este o reţea complicată de relaţii interpersonale. Fiecare membru are o relaţie particulară cu ceilalţi din familie. Acest lucru este explicat de diferenţele de vârstă, ordine a naşterii, sex, tip de personalitate sau de combinaţia mai multor factori. Fiecare dintre aceste relaţii, la rândul ei, afectează restul unităţii familiei. Problemele din cadrul unei familii ies frecvent la iveală o dată cu semnele de funcţionare defectuoasă ale unui membru al ei, ca de exemplu: probleme şcolare, abuz de substanţe sau comportamente sexuale inadecvate.

Cu acestă ocazie pot fi dezvăluite patternuri de comportament la care toată familia contribuie, cum ar fi insuficienţa timpului petrecut împreună. La rezolvarea acestor situaţii ar trebui să coopereze toţi membrii familiei. Terapeuţii care consiliază familia identifică frecvent probleme specifice care reprezintă material de lucru pentru întreaga familie.

Conflictele la locul de muncă

Rezolvările conflictelor interpersonale de la locul de muncă sunt multiple. Între colegii de serviciu apare adesea competiţia, conflictul putând rezulta din dorinţa fiecăruia de putere şi control, din schimbarea ierarhiilor de lucru sau din diferenţele între modurile de a lucra ale angajaţilor.

Problemele apar adesea dintr-o lipsă de comunicare adevărată între colegi sau între şefi şi subalterni.



Obţinerea ajutorului din partea profesioniştilor

Nu sunteţi nevoit să vă confruntaţi singur cu toate problemele. Pentru a face faţă cu succes stresului puteţi fi ajutat de către un consilier, psihiatru, psiholog sau preot. Mulţi consideră că a cere altora ajutor este un semn de slăbiciune, sentiment ce se adaugă celor de inadecvare, disperare sau furie. Dimpotrivă, este nevoie de tărie pentru a realiza că aveţi nevoie de ajutor şi de o judecată chibzuită pentru a cere acel ajutor. Dacă aveţi nevoie de sfat pentru a găsi persoana de ajutor potrivită, adresaţi-vă medicului de familie sau dispensarului medical de care aparţineţi.

Asistat de un profesionist, veţi putea determina dacă ceea ce simţiţi este o boală sau este stres. Dacă prezentaţi simptome fizice sau psihice care interferă cu abilitatea dumneavoastră de a munci, de a va juca sau de a găsi plăcere în viaţă, atunci s-ar putea să fie vorba de ceva mai mult decât stresul.

Majoritatea oamenilor au mai mare înţelegere pentru problemele altora decât pentru ale lor, gândind că trebuie să fie permanent fericiţi. Având această credinţă, ei vor fi dezamăgiţi. Pentru a face faţă cu succes stresului, este bine să acceptaţi că întotdeauna vă veţi confrunta cu situaţii cu un anumit grad de stres şi că acest lucru este absolut normal.

Învăţaţi să vă controlaţi furia

Managementul furiei reprezintă o metodă importantă de reducere a stresului. Furia poate amplifica şi prelungi semnificativ stresul, mai ales dacă acesta se întinde pe o perioadă mai lungă de timp. Furia poate chiar precipita un atac de cord. A învăţa cum să faceţi faţă furiei este foarte asemănător cu a învăţa să faceţi faţă stresului. Iată câteva sugestii pentru început:

Identificaţi factorii declanşatori ai furiei

O dată ştiut ce anume vă face să explodaţi, planificaţi cum să evitaţi să vă enervaţi când vă aflaţi într-o asemenea situaţie.

Identificaţi simptomele furiei care vă cuprinde

Ce faceţi în momentul în care începeţi să vă enervaţi? Vă tremură buzele? Vă încordaţi spatele? Inima începe să vă bată mai repede? Vă înroşiţi la faţă? Fiţi atent la aceste semne şi simptome ca la nişte semnale de alarmă – o avertizare că începeţisă vă enervaţi.

Răspundeţi simptomelor dumneavoastră

Când simţiţi că vă enervaţi, luaţi o scurtă pauză. Număraţi până la 10, trageţi aer adânc în piept, uitaţi-vă pe fereastră – faceţi orice să câştigaţi timp – astfel încât creierul dumneavoastră să ţină pasul cu emoţiile şi să puteţi gândi înainte să acţionaţi.

Încercaţi să vă relaxaţi

Înainte de a vă confrunta cu o persoană sau situaţie care vă înfurie, găsiţi o modalitate de a vă elibera de o parte din energia dumneavoastră emoţională. Faceţi o plimbare, faceţi curat în casă sau alergaţi şi nu expediaţi prin internet mesajul mânios pe care tocmai l-aţi scris.

Nu vă suprimaţi furia

Dacă furia este declanşată de ceea ce v-a zis sau făcut cineva, adresaţi-vă acelei persoane. Nu săriţi imediat cu acuze verbale, încercaţi să faceţi faţă acestui episod şi abordaţi-l mai degrabă din perspectiva celor simţite de dumneavoastră şi nu din aceea a celor făcute de celălalt.

Găsiţi-vă supape de eliberare a furiei

Căutaţi moduri creative de a vă elibera de energia produsă de furia dumneavoastră, cum ar fi: a asculta muzică, a picta, a dansa sau a scrie în jurnalul personal.

Căutaţi ajutor

Dacă vă enervaţi des, împărtăşiţi acest lucru celor în care aveţi încredere: familiei sau prietenilor. Căutaţi împreună posibile soluţii de a face faţă furiei sau adresaţi-vă unui medic specialist.

Gândiţi pozitiv

O altă metodă bună de a face faţă stresului este a vă vorbi dumneavoastră înşivă într-un mod pozitiv. A vă vorbi dumneavoastră înşivă reprezintă întregul noian de gânduri ce vă trece zilnic prin cap. Aceste gânduri automate pot fi pozitive sau negative. Unele sunt raţionale şi logice, altele pot fi eronate datorită lipsei de informaţie adecvată. Scopul vorbirii pozitive cu sine este de a scoate la suprafaţă toate ideile eronate şi de a le confrunta cu gânduri logice şi pozitive. Studiile arată că o atitudine pozitivă şi plină de speranţă poate combate stresul, pe când una negativă îl agravează. Cum puteţi învăţa să vă vorbiţi pozitiv? Procedeul este simplu, dar este nevoie de timp şi practică. Opriţi-vă pe parcursul zilei şi evaluaţi-vă gândurile; încercaţi să inseraţi un aspect pozitiv printre gândurile negative. O regulă bună ar fi: nu vă spuneţi niciodată singur ceva ce n-aţi spune altora.

Formulaţi un plan de acţiune

O dată ce aţi identificat stresorii şi aţi acceptat existenţa lor, este necesar să vă ocupaţi de ei. Unii dintre stresori sunt sub controlul dumneavoastră, alţii nu. Concentraţi-vă pe situaţiile pe care le puteţi schimba. De exemplu, dacă sursa de stres este ziua de lucru care este prea aglomerată, întrebaţi-vă dacă este aşa pentru că încercaţi să faceţi prea multe lucruri sau sunteţi pur şi simplu prost organizaţi. Iată câteva recomandări:

Alcătuiţi planul zilei

Procedând astfel vă va ajuta să simţiţi că vă controlaţi mai bine viaţa. Folosiţi un orar pentru activităţile zilnice, astfel încât să nu apară conflicte sau să fiţi nevoit să faceţi totul în ultimul moment pentru a vă putea respecta toate îndatoririle cotidiene.

Gestionarea timpului dumneavoastră

Deseori, stresul rezultă din încercarea de a face prea multe într-un timp prea scurt. Uneori, el se datorează amânării efectuării anumitor acţiuni. În aceste cazuri, o metodă de diminuare a presiunilor zilnice ar putea consta în realizarea unei ierarhizări a priorităţilor sau folosind simple abilităţi de management al timpului.

1. Notaţi toate sarcinile dumneavoastră pe o listă principală de activităţi. Includeţi tot ce aveţi de făcut, de la mic la mare. Puteţi nota până la 50 de itemi. Marcaţi date importante şi termene limită pentru proiectele mari din calendarul alcătuit.
2. Listaţi în fiecare zi 5 până la 10 itemi pe care vreţi să-i îndepliniţi în ziua respectivă.
3. Divizaţi lista zilnică în 3 segmente – A, B şi C:
   - *A* – conţine cele 2 sau 3 sarcini pe care trebuie neapărat să le îndepliniţi. Aceste sarcini sunt urgente şi importante, şi vor necesita cel mai mult efort. Rezolvaţi-le primele sau când nivelul dumneavoastră de energie este cel mai ridicat.
   - *B* – conţine itemi care sunt importanţi, dar nu urgenţi. Aceste activităţi vă vor ajuta sa avansaţi în scopurile de mai lungă durată.
   - *C* – conţine activităţi de rutină, dar care trebuie efectuate în ziua respectivă. Puteţi delega vreuna din aceste sarcini?

Dacă după toate acestea mai aveţi dificultăţi în a vă rezolva sarcinile, analizaţi modul în care vă petreceţi timpul, pe o perioadă de câteva zile. Veţi constata probabil că pierdeţi timpul fie cu lucruri neesenţiale, fie cu lucruri care nu se regăsesc pe lista dumneavoastră.



Simplificaţi-vă viaţa

Stabiliţi priorităţi, planificaţi-vă şi parcurgeţi sarcinile din aproape în aproape. Simplificaţi-vă viaţa eliminând din activităţi sau delegându-le. Ţineţi-vă casa, maşina şi lucrurile personale în stare de funcţionare pentru a evita reparaţii de durată,costisitoare şi stresante.

Organizaţi-vă

Organizaţi-vă spaţiul de acasă şi de la serviciu astfel încât să nu pierdeţi timp căutând lucruri lăsate alandala.

Faceţi pauze din când în când

Aveţi grijă ca, în mod periodic în cursul zilei, să vă relaxaţi întinzându-vă toate părţile corpului sau făcând o plimbare.

Dormiţi suficient, fiţi activ şi mâncaţi sănătos

Un organism sănătos ajută la menţinerea unei bune stări psihice. Somnul vă ajută să atacaţi problemele cu forţe proaspete, iar activitatea fizică ajută la epuizarea tensiunii legate de stres. O dietă echilibrată vă furnizează energia necesară de a face faţă stresului zilnic.

Împărtăşiţi îngrijorările dumneavoastră

Puteţi diminua stresul discutând problemele cu cineva de încredere şi vă puteţi planifica acţiunile pentru a scăpa de senzaţia de stres.

Ţineţi minte ce anume este important

Alegeţi între priorităţi şi concentraţi-vă asupra celor mai importante lucruri pentru dumneavoastră.

Schimbaţi activitatea

Faceţi o pauză de la rutina zilnică şi bucuraţi-vă de o schimbare de scenariu sau de metodă.

Bucuraţi-vă râzând sănătos

Este reconfortant să-ţi petreci timpul cu cineva care gândeşte pozitiv, se autoironizează sau are simţul umorului. Râsul diminuă sau chiar combate stresul.



Schimbând negativul în pozitiv

Iată câteva exemple de mesaje tipic negative şi moduri de a le schimba pozitiv:

Gânduri negative	Gânduri pozitive
Nu am mai făcut niciodată acest lucru până acum	Este o ocazie de a învăţa ceva nou
E prea complicat	Putem privi dintr-un unghi diferit
Nu am resursele necesare	Necesitatea e mama inventivităţii
Nu există suficient timp	Să reevaluăm priorităţile
Nu se poate să meargă	Eu pot să fac lucrurile să meargă
Nu mă pricep	Pot găsi oameni care să mă ajute
Merge şi aşa	Întotdeauna există loc pentru mai bine
O schimbare ar fi prea radicală	Să-mi acord o şansă

Învăţaţi tehnici de relaxare

A vă relaxa înseamnă mai mult decât a privi la televizor sau a face o pauză din muncă. Adevărata relaxare este pozitivă şi dătătoare de satisfacţie, un sentiment de linişte a minţii. Căutaţi activităţi care vă fac plăcere, fie activitate fizică fie artă, muzică sau alt hobby şi încercaţi să dedicaţi zilnic cel puţin 30 de minute acestei activităţi. Alte tehnici ce pot micşora disconfortul şi stresul includ: relaxare musculară progresivă, vizualizare şi respiraţie relaxată.

Relaxarea musculară progresivă

Aceasta este o metodă care presupune relaxarea una câte una a grupelor musculare.

1. Staţi aşezat sau culcat confortabil şi închideţi ochii. Lăsaţi mandibula liberă şi pleoapelor relaxate fără a le strânge.
2. Scanaţi mental propriul corp începând cu degetele de la picioare şi continuaţi uşor să vă relaxaţi picioarele, şezutul, trunchiul, braţele, mâinile, degetele, gâtul şi capul. Concentraţi-vă asupra fiecărui segment în parte.
3. Contractaţi muşchii unei regiuni a corpului, menţineţi aşa până număraţi la 5 şi apoi relaxaţi zonele respective. Imaginaţi-vă cum se „topeşte" tensiunea musculară. Apoi treceţi la zona următoare.

Vizualizarea

Cunoscută ca tehnică de imagerie ghidată, vizualizarea presupune ca subiectul să stea întins şi să se imagineze într-un mediu liniştit şi plăcut.

1. Lăsaţi gândurile să vă zboare prin minte şi nu vă concentraţi pe unul anume. Spuneţi-vă că sunteţi calm şi relaxat, că mâinile vă sunt grele şi calde – sau reci dacă sunteţi călduros, că inima vă bate liniştit.
2. Respiraţi încet, regulat şi profund.
3. O dată relaxat, imaginaţi-vă pe dumneavoastră într-un loc favorit sau într-o oază de frumuseţe şi linişte.
4. După 5-10 minute, treziţi-vă progresiv.

Practicând regulat, veţi reuşi să vă imaginaţi în locul favorit sau într-un loc frumos şi liniştit, şi să vă declanşaţi răspunsul de relaxare în corpul dumneavoastră.

Respiraţia relaxantă

Altă formă de relaxare se concentrează pe o respiraţie adâncă, relaxantă. Repetaţi tehnica în cursul zilei, astfel încât să devină ceva natural şi să o puteţi folosi atunci când vă simţiţi stresat.

1. Staţi culcat pe pat sau canapea sau aşezat pe un scaun.
2. Îndepărtaţi uşor picioarele şi puneţi mâinile pe abdomen sau în poală.
3. Inspiraţi încet în timp ce număraţi până la 4, permiţând abdomenului să se ridice aproximativ 2,5 cm. Trebuie să simţiţi mişcarea cu palma. Nu ridicaţi umerii, nu mişcaţi pieptul.
4. Inspirând, imaginaţi-vă cum aerul cald se răspândeşte în toate părţile corpului.
5. După inspir, faceţi o pauză de o secundă.
6. Expiraţi încet numărând până la 4. Pe măsură ce expiraţi, abdomenul va coborî uşor.
7. În timp ce aerul părăseşte corpul, imaginaţi-vă cum starea de tensiune părăseşte la rândul ei corpul.
8. Faceţi o pauză de o secundă după expir.
9. Repetaţi de 5 – 10 ori.

Dacă vă este dificil să vă regularizaţi respiraţia, trageţi o dată adânc aer în piept, menţineţi pentru 1-2 secunde şi apoi daţi uşor aerul afară printre buzele strânse pentru aproximativ 10 secunde. Repetaţi o dată sau de două ori.

Cum să reuşiţi

Indiferent de paşii urmaţi în încercarea de a face faţă stresului, pentru a avea succes amintiţi-vă două lucruri simple: practicaţi şi fiţi răbdător.

Practica

Paşii de urmat pot să fie noi pentru dumneavoastră. De fapt, la început veţi avea chiar un disconfort în practicarea lor. Lucrând zilnic, paşii vor deveni naturali şi veţi ajunge la stadiul în care să-i puteţi efectua oriunde şi oricând. În timpul practicării tehnicilor de relaxare faceţi-vă confortabili, desfaceţi îmbrăcămintea prea strâmtă şi scoateţi-vă pantofii şi cureaua dacă este nevoie.

Fiţi răbdător

Nu vă îngrijoraţi de cât de bine executaţi tehnicile şi nu aşteptaţi beneficii imediate deoarece este nevoie de timp şi exerciţiu până când capacităţile de controlare a stresului să devină automate. Continuaţi să le practicaţi. ■

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Pentru informaţii şi metode adiţionale de relaxare, vezi cap. 43, „Medicină complementară şi alternativă".

CAPITOLUL 6 PARTEA I

Abordarea comportamentelor de risc

Conform cercetărilor, starea dumneavoastră de sănătate depinde mai mult de alegerile pe care le faceţi în stilul dumneavoastră de viaţă decât de moştenirea genetică. Cu cât adoptaţi mai repede un stil de viaţă sănătos, cu atât şansa dumneavoastră de a atinge o vârstă înaintată creşte. Care sunt punctele dumeavoastră problematice privitoare la igiena de viaţă – activităţi sau obiceiuri – care vă cresc riscul de boală? Pentru anumite persoane, răspunsul ar putea fi inactivitatea şi o alimentaţie nesănătoasă, pentru alţii, punctele problematice ar putea fi activităţile care au un impact negativ mai rapid şi mai direct asupra stării de sănătate. Aceste activităţi, cunoscute sub numele de comportamente de risc, sunt: fumatul, consumul excesiv de alcool, abuzul de droguri sau sexul neprotejat.

Dacă nu sunteţi implicat într-una din aceste activităţi, nici să nu începeţi! Dacă sunteţi însă implicaţi, nu este prea târziu să încercaţi o schimbare. Schimbarea comportamentelor vă poate prelungi considerabil viaţa.

Fumatul

Fumatul este singura cauză de moarte prematură şi de dizabilitate care poate fi prevenită astăzi în SUA. În prezent, aproape 50 de milioane de americani fumează, ceea ce reprezintă mai mult de 25% din populaţia adultă. În fiecare zi, mai mult de 3 milioane de persoane sub 18 ani încep să fumeze. În ziua de azi, la doctor se prezintă frecvent persoane ale căror afecţiuni severe se datorează fumatului, astfel că fondurile pentru sănătate alocate afecţiunilor cauzate de fumat se ridică în SUA la miliarde de dolari pe an. Costurile indirecte ale fumatului sunt deci uriaşe. Incendiile provocate de ţigări aprinse determină pagube semnificative. Un alt efect al acestui fenomen este şi creşterea sumelor de asigurare şi a taxelor impuse persoanelor bolnave datorită consumului de tutun. Iată câteva aspecte care trebuie luate în considerare:

- Fumatul este răspunzător de aproape 1 din 5 decese în SUA.
- Aproximativ 10 milioane de oameni din SUA au decedat ca urmare a bolilor asociate fumatului, de la primul raport din anul 1964 referitor la relaţia dintre fumat şi sănătate, al Societăţii Americane de Chirurgie Generală.
- Anual, numărul americanilor care mor datorită bolilor asociate fumatului este mai mare ca al celor decedaţi datorită consumului de alcool, SIDA, droguri, accidente rutiere, incendii, sinucidere sau crimă, luate împreună.
- Fumătorii mor, în medie, cu 10-12 ani mai devreme decât restul populaţiei, iar fumătorii cu vârste cuprinse între 35 şi 70 de ani au rate de deces de 3 ori mai ridicate decât nefumătorii de aceeaşi vârstă.

Fumatul şi bolile

Popularitatea ţigărilor este un fenomen al secolului XX. Numărul fumătorilor a crescut copleşitor la începutul secolului XX, ca urmare a utilizării noii tehnologii de producţie în serie, la care s-a adăugat o campanie publicitară extrem de eficientă. Curând după, au început să apară şi studii despre legătura dintre fumat şi incidenţa crescută a unor afecţiuni, precum cancerul pulmonar.

Astăzi, este recunoscut faptul că fumatul reprezintă un factor de risc major în apariţia multor afecţiuni. Să nu ne mire acest lucru pentru că este ştiut că fumul de ţigară conţine mai mult de 4 000 de substanţe chimice. Dintre acestea, 63 sunt cancerigene, printre care: cianura, arsenicul şi formaldehida. Totodată, monoxidul de carbon din fumul de ţigară deplasează oxigenul din hematii, scăzând conţinulul de oxigen din ţesuturi.

Sensibilul ţesut din cavitatea bucală, gât şi laringe este afectat de expunerea repetată la fumul de ţigară. După ce fumul trece de cavitatea bucală, plămânii vor reţine între 70 şi 90% dintre produşii inhalaţi. Sunt de ajuns câteva pufuri de ţigară pentru a reduce eficacitatea cililor din interiorul bronhiilor. Cilii sunt nişte formaţiuni mici, subţiri, asemănătoare firelor de păr care în condiţii normale funcţionează ca nişte măturici ce scot particulele străine din plămâni. Fumând o singură ţigară, acţiunea de curăţare a acestor cili poate fi încetinită cu aproape o oră.

Fumatul regulat paralizează teoretic cilii, lăsând plămânii expuşi miliardelor de microparticule provenite din fumul de ţigară. Cu cilii aproape inactivi, gudronul din fumul de ţigară începe să se depună în plămân şi să distrugă ţesutul pulmonar. O dată răcit în interiorul plămânilor, gudronul formează o barieră maronie şi lipicioasă pe stratul care căptuşeşte căile respiratorii. Această barieră conţine pe lângă gudron şi alte substanţe chimice ce pot determina apariţia cancerului.

Cancerul

Fumatul reprezintă un factor de risc major pentru cancerul cavităţii bucale, laringelui, faringelui, esofagului, plămânului, stomacului, pancreasului, rinichiului, vezicii urinară şi colului uterin.

Iată câteva statistici îngrijorătoare:

- Un fumător este de 2 ori mai susceptibil să dezvolte un cancer pulmonar decât un nefumător, iar un fumător înrăit este de 4 ori mai predispus.
- Cancerul pulmonar este de mult cauza principală a mortalităţii prin cancer a bărbaţilor americani, iar în anul 1987 a depăşit cancerul de sân în ceea ce priveşte principala cauză de deces prin cancer a femeilor americane.
- Peste tot în lume, fumatul este cauza a cel puţin 30% din totalul deceselelor prin cancer.

Bronhopneumopatia cronică obstructivă (BPOC)

Fumatul reprezintă, de asemenea, o cauză majoră în etiologia bolilor pulmonare cronice, ca de exemplu BPOC. Aceasta cuprinde tulburări pulmonare precum emfizemul pulmonar sau bronşita cronică.

Mai mult de 80% dintre decesele prin BPOC sunt asociate consumului de tutun. Practic, un fumător este de 10 ori mai predispus să moară prin BPOC decât un nefumător.

Pe lângă deteriorarea şi paralizarea cililor pulmonari, fumul de ţigară lezează sau distruge ireversibil membrana alveolo-capilară, la nivelul căreia au loc schimburile gazoase pulmonare între monoxidul de carbon şi oxigen.

Atenţie sporită în cazul femeilor fumătoare



Femeile fumătoare prezintă riscuri adiţionale:

- Fumătoarele de peste 35 de ani care folosesc anticoncepţionale au un risc crescut de atac de cord, accident vascular cerebral şi tromboză periferică.
- Fumătoarele au un risc crescut de a dezvolta osteoporoză, o boală care duce la fragilitate osoasă.
- Femeile care fumează în timpul sarcinii sunt mai predispuse la naşteri premature, moarte fetală sau la naşterea de copii cu greutate mică la naştere. Studiile indică o relaţie direct proporţională între fumatul în timpul sarcinii şi riscul de sindrom al morţii subite în cazul sugarului.

Astfel, prin distrugerea sacilor alveolari, scade cantitatea de oxigen transportată către organele vitale. Iată de ce, foarte frecvent, BPOC-ul are un deznodământ fatal.

Afecţiunile cardiovasculare

Acestea sunt reprezentate de hipertensiunea arterială, bolile coronariene şi accidentele vasculare cerebrale. Dintre efectele fumatului asupra sănătăţii, cel mai nociv este rolul său în apariţia bolilor cardiovasculare.

Nicotina conţinută în fumul de ţigară acţionează asupra glandelor suprarenale determinându-le pe acestea să secrete hormoni care cresc tensiunea arterială şi frecvenţa cardiacă. Monoxidul de carbon din fumul de ţigară se leagă de hemoglobină luând locul valorosului oxigen, a cărui concentraţie scade astfel la nivel tisular.

De asemenea, monoxidul de carbon are şi un efect direct asupra miocardului, asupra vaselor sangvine şi chiar asupra fenomenului de coagulare sangvină. Astfel, fumatul creşte acţiunea procoagulantă a plachetelor sangvine şi scade totodată capacitatea vasodilatatoare a arterelor. Mecanismul este mai complex, fumatul fiind şi principalul factor de acumulare a colesterolului la nivel arterial (procesul de ateroscleroză). Astfel, se explică asocierea fumatului cu accidentele vasculare cerebrale. În afară de cele menţionate anterior, fumatul contribuie şi la apariţia altor afecţiuni circulatorii.

Iată câteva date statistice cu privire la riscurile fumatului în apariţia bolilor cardiovasculare:

- Aproape 180 000 de americani mor anual datorită bolilor cardiovasculare provocate de fumat.
- Riscul de a dezvolta afecţiuni cardiace este de 70 de ori mai ridicat în rândul fumătorilor.
- 35% dintre decesele asociate consumului de tutun survin până la vârsta de 65 de ani.
- Un fumător are un risc de două ori mai mare să moară prin atac de cord comparativ cu un nefumător, ricul fiind cu atât mai ridicat în cazul unui fumător înrăit.
- Un fumător care a suferit deja un atac de cord şi continuă să fumeze este de 6 ori mai predispus la un al doilea atac faţă de unul care a întrerupt fumatul după atacul de cord.

De ce fumează fumătorii

Larga popularizare a riscurilor legate de fumat, împreună cu importantele restricţii sau legi împotriva fumatului, au avut un efect important asupra fumătorilor. Mai mult de 40 milioane de americani s-au identificat drept foşti fumători. Numărul fumătorilor a scăzut considerabil, de la o jumătate din numărul bărbaţilor adulţi în anul 1965 la aproximativ un sfert dintre aceştia în zilele noastre. În rândul femeilor, însă, nu există o scădere semnificativă. Ca urmare, astăzi, numărul fumătoarelor este egal cu cel al fumătorilor.

Motivele pentru care oamenii se apucă de fumat sau nu renunţă la el sunt multiple. Unii fumători susţin că fumatul le conferă un fel de energie, ajutându-i în special să se trezească dimineaţa sau să rămână treji în alte situaţii. Nicotina are un efect stimulant similar adrenalinei. În timpul fumatului, are loc o creştere a frecvenţei cardiace şi a tensiunii arteriale.

Unii fumători afirmă că ţigările îi calmează când sunt tensionaţi. De asemenea, fumatul îi ajută să-şi stăpânească mâinile când sunt nervoşi sau le conferă un sentiment de securitate.

Nicotina conţinută de ţigări este o substanţă care dă dependenţă, producând astfel un răspuns de tip adictiv. Gradul de dependenţă depinde într-o oarecare măsură de cantitatea şi durata fumatului, iar dependenţa pe care o dezvoltă majoritatea fumătorilor este dublă, atât fizică, cât şi psihologică. Unii, datorită consumului regulat în multe situaţii de viaţă, sunt convinşi că nu ar putea face faţă în viaţă fără ţigări.

Nicotina poate conferi un grad egal de dependenţă ca şi alcoolul, heroina şi cocaina, elementul esenţial într-o dependenţă fiind lipsa controlului asupra consumului. Nicotina vă controlează comportamentul, făcându-vă să vă simţiţi bine, aşa că veţi dori să consumaţi mai mult. Poate că doriţi să renunţaţi, dar nu puteţi chiar dacă ştiţi ce dăunător este consumul de tutun pentru sănătate.

Dacă prezentaţi unul din următoarele caracteristici puteţi fi dependent de nicotină:

- Aţi avut deja o încercare majoră, dar nereuşită, de a vă lăsa de fumat sau de a diminua consumul.
- Încercarea de a vă lăsa a dus la apariţia simptomatologiei de sevraj şi anume: senzaţia de nevoie urgentă de a fuma, anxietate, iritabilitate, frustrare sau mânie. Alte semne şi simptome ar fi: dificultăţi de concentrare, tulburări de somn şi apetit crescut cu posibilă creştere în greutate.

- Continuaţi să fumaţi deşi aveţi serioase probleme de sănătate ca de exemplu afecţiuni cardiace sau pulmonare, fiind conştient că se agravează prin fumat.
- Dezvoltaţi fenomenul de toleranţă la tutun putând observa că un anumit număr de ţigări pe zi produc un efect mai mic ca altădată şi că trebuie să fumaţi mai multe ţigări pentru a obţine efectul dorit.

Fumatul la adolescenţi

Mulţi fumători încep să fumeze de timpuriu. Dintre fumătorii născuţi după 1935, mai mult de 80% au început fumatul înaintea vârstei de 21 de ani şi mai mult de jumătate înainte de 18 ani. Astăzi, un milion de adolescenţi încep să fumeze în fiecare an şi un număr în creştere dintre aceştia este reprezentat de fete. Chiar dacă rata fumatului a început să scadă de pe la mijlocul anilor '60, un număr în continuă creştere de adolescenţi fumează. Acest segment de populaţie continuă să rămână o ţintă majoră a reclamelor publicitare finanţate de industria tutunului. Şi, de curând, chiar campusurile colegiilor şi universităţilor au fost ţinta unei largi campanii publicitare.

Este confirmat faptul că un mare procent de adolescenţi fumători provin din familii în care unul sau ambii părinţi sunt fumători. Fumatul în rândul adolescenţilor este legat şi de presiunea exercitată de colegi. În acest sens, un studiu făcut pe un lot de 3 000 de tineri studenţi a arătat că cel mai fidel factor predictiv pentru a vedea dacă un băiat sau o fată fumează a fost existenţa sau nu a unui prieten fumător.

Pe de altă parte, educaţia nu pare să fie o frână prea puternică în calea fumatului la adolescenţi. 9 din 10 adolescenţi din lot credeau în faptul că fumatul este dăunător sănătăţii, iar 85% dintre cei ce fumau deja au afirmat că nu intenţionează să fumeze mai mult de 5 ani. Mulţi dintre adolescenţii care începuseră să fumeze fuseseră înainte duşmani convinşi ai fumatului. O influenţă puternică asupra adolescenţilor o au părinţii ce continuă să fumeze, fără să aibă simptome vizibile de boală. În aceste cazuri, scade îngrijorarea adolescenţilor faţă de posibilele efecte dăunătoare ale fumatului şi mulţi se apucă de fumat.

Alternativele ţigărilor clasice

Contrar credinţei populare, folosirea altor tipuri de produse de tutun primejduieşte la fel de mult sănătatea ca şi fumatul ţigărilor clasice.

Ţigările slabe (light)

De ani de zile, marile companii producătoare de ţigări au răspândit ideea că aşa numitele ţigări uşoare (cu conţinut scăzut de nicotină) sunt mai sigure şi au riscuri mai mici pentru sănătate decât cele clasice. Cu toate acestea, inovaţii de genul filtrelor speciale nu vă reduc expunerea la substanţele chimice dăunătoare din tutun. Dovadă este faptul că persoanele dependente de nicotină îşi vor primi „doza" şi fumând asemenea ţigări. Ei vor compensa însă efectul lor diminuat, datorită conţinutului scăzut de nicotină, trăgând mai multe fumuri, inhalând mai profund sau, pur şi simplu, fumând mai multe ţigări. Astfel, cei care folosesc ţigări slabe vor sfârşi prin a inhala în final mai multă nicotină şi gudron decât cei ce fumează ţigări clasice. De asemenea, vor inhala mai mult monoxid de carbon şi mai mulţi compuşi chimici dăunători.

Mai mult, schimbarea ţigărilor clasice cu unele cu conţinut scăzut de nicotină nu vă va reduce riscul pentru cancer pulmonar, emfizem pulmonar, atac de cord sau alte afecţiuni. De fapt, fumătorii de ţigări slabe au un risc mai crescut decât ceilalţi fumători pentru anumite afecţiuni deoarece fumând mai multe ţigări, ei inhalează mai multe substanţe chimice dăunătoare.

Ţigările de foi

Începând cu anul 1993, consumul de ţigări de foi a crescut în SUA cu aproape 50%. Această creştere a consumului s-a produs ca urmare a faptului că cei care consumau erau aduţi cu un venit şi o educaţie mai înaltă. Studiile arată, de asemenea, că mulţi proaspăt consumatori de ţigări de foi sunt adolescenţi şi adulţi tineri.

Spre deosebire de ţigările clasice, ţigările de foi variază ca dimensiune şi aspect şi, în timp ce cele clasice sunt realizate din mai multe soiuri de tutun, cele de foi conţin în general unul singur. La fel ca în cazul ţigărilor clasice, în cazul celor de foi, riscurile pentru sănătate cresc cu numărul de ţigări consumate zilnic.

Cu toate că mulţi fumători de ţigări de foi nu trag fumul în piept, cavitatea lor bucală rămâne expusă la fum şi de asemenea ei rămân expuşi şi la fumatul pasiv în mediile de fumători. Ţinând cont că ţigările de foi conţin tot atâţia compuşi chimici dăunători ca şi ţigările clasice, fumătorii de ţigări de foi au riscul de a face aceleaşi boli asociate fumatului ca ceilalţi fumători. De asemenea, au acelaşi risc de a dezvolta un cancer al cavităţii bucale, al gâtului sau al esofagului şi prezintă aelaşi risc, de 4 până la 10 ori mai mare, de a muri datorită unui cancer pulmonar sau laringian comparativ cu nefumătorii.

Fumătorii de pipă

Există puţine studii comparative cu privire la riscul pentru cancer pulmonar sau boli de inimă, al celor ce fumează doar ţigări clasice şi al celor care fumează doar pipă. Cu toate acestea, fumatul de pipă este asociat cancerului de buze şi de cavitate bucală, şi totodată creşte nivelul de monoxid de carbon din sânge. Există suficiente dovezi care confirmă pericolul reprezentat de fumat, indiferent de tipul de ţigară folosit, care pledează pentru statutul de nefumător şi pentru diminuarea riscului de cancer pulmonar şi boli de inimă.

Mestecarea sau prizatul tutunului

Tutunul pentru mestecat este vândut, de obicei, sub formă de frunze sau de tutun presat. Utilizatorii îl introduc uzual între faţa internă a obrazului şi gingie, lăsându-l acolo câteva ore. Nicotina se absoarbe în sânge prin mucoasa bucală. Tutunul presat este tutun sub formă de pudră şi se foloseşte punând o cantitate mică de pulbere între buza inferioară şi gingie.

Recent s-a constatat o creştere a consumului de tutun sub aceste forme (frunze de mestecat şi tutun presat), astfel că numărul adulţilor tineri care mestecă tutun a crescut de 10 ori între 1970 şi 1990. Şi consumul sub aceste două forme de tutun a fost iniţial considerat ca sigur, fapt infirmat de studii recente. Acestea arată că şi aceste tipuri de consum produc niveluri ridicate de nicotină în sânge.

Consecinţele consumului regulat sunt dependenţa de nicotină pe termen lung şi riscurile pentru sănătate. Aceste riscuri sunt reprezentate de cancere ale cavităţii bucale şi gâtului, în special când tutunul este menţinut în gură. Frecvent, pe locul din gură unde este menţinut tutunul, apare o pată albicioasă cu aspect de piele. Aceasta leziune, numită leucoplazie, este o leziune precanceroasă. De asemenea, tutunul sub formă de frunze sau pulbere poate determina inflamarea şi sângerarea gingiilor, ducând la pierderea dentiţiei. Alte efecte ale acestui tip de consum sunt: creşterea frecvenţei cardiace, hipertensiune arterială şi chiar iregularităţi ale ritmului cardiac.

Regula ar fi următoarea: nici un mod de a fuma nu este sigur şi nici un tip de tutun nu este sigur.

Fumatul pasiv

Mai mult de 50 000 de americani mor anual datorită fumatului pasiv. Datorită acestui lucru, în multe dintre statele americane au apărut legi care interzic fumatul în locurile publice. Agenţia pentru Protecţia Mediului (din SUA) a clasificat fumul de ţigară din mediul înconjurător ca factor carcinogen de tip A, responsabil anual de peste 3 800 de cazuri de cancer pulmonar la nefumatori. Alţi factori carcinogeni de tip A sunt: azbestul, radonul şi benzenul. Inhalarea pasivă a fumului de ţigară determină creşterea frecvenţei respiratorii, a tensiunii arteriale, precum şi a nivelului de monoxid de carbon sangvin. Fumul provenit de la o ţigară aprinsă conţine de două ori mai mult gudron şi nicotină decât fumul inhalat direct de fumător, de asemenea conţine de trei ori mai mult 3,4-benzpiren cu efect carcinogen, de 5 ori mai mult monoxid de carbon şi posibil de 50 de ori mai mult amoniac. Efectele mortale ale fumatului pasiv sunt bine cunoscute:

- În SUA, în peste 27% din casele în care cresc copii de până la 6 ani se fumează, fiind afectaţi astfel un număr de 9 până la 12 milioane de copii.
- Copiii expuşi fumatului pasiv au risc crescut de a dezvolta astm, pneumonie sau bronşită.
- Numărul anual al spitalizărilor sugarilor şi copiilor expuşi fumatului pasiv şi necesitând tratarea infecţiilor de tract respirator, este de 7 500 – 15 000.
- Aproximativ 3 000 de nefumători mor anual de cancer pulmonar asociat fumatului pasiv.
- Aproximativ 40 000 de nefumători mor anual datorită bolilor cardiovasculare asociate fumatului pasiv.

Rezultatele studiior referitoare la efectele fumatului pasiv sunt aşa de impresionante încât orice părinte ar trebui, de dragul sănătăţii copiilor lui, să renunţe la fumat sau să fumeze în afara locuinţei şi să-şi încurajeze copiii să nu înceapă să fumeze.

Cum să renunţaţi la fumat?

Majoritatea fumătorilor sunt conştienţi că fumatul le dăunează sănătăţii, dar ceea ce nu înţeleg începătorii este că fumatul este o dependenţă care implică substanţe chimice ce afectează comportamentul şi starea emoţională. Deoarece nicotina este o substanţă adictivă, renunţarea la fumat poate fi o sarcină foarte dificilă. De fapt, majoritatea oamenilor eşuează în prima lor încercare. Acest lucru nu trebuie să vă descurajeze, ci trebuie să continuaţi să încercaţi să renunţaţi la fumat.

Întocmiţi un plan de renunţare la fumat

A deveni nefumător este rezultatul planificării şi perseverenţei şi nu a norocului. De mare ajutor este

Făcând faţă unei alunecări

O alunecare are loc, de obicei, atunci când un fost fumător nu are în momentul actual o strategie bine pusă la punct de a menţine starea de abstinenţă sau nu este capabil să reziste când cineva îi oferă o ţigară.

Alunecările se întâmplă adesea. Poate fi un fum sau pot fi zile de fumat. Ce trebuie să reţineţi este faptul că o alunecare nu înseamnă un eşec. Şi, de asemenea, nu înseamnă să vă opriţi din încercarea de a renunţa la fumat. Milioane de foşti fumători au trecut prin experienţa unei alunecări până să se lase definitiv de fumat şi să-şi dezvolte un stil de viaţă de nefumător.

Vă prezentăm câteva sfaturi pentru a şti cum să vă întoarceţi după o alunecare, astfel ca aceasta să nu se transforme într-o revenire la un consum regulat:

Opriţi-vă din ce aţi început să faceţi

Opriţi-vă din fumat şi aruncaţi toate ţigările. Faceţi o pauză sau ieşiţi la o plimbare astfel încît să aveţi timp să gândiţi. Sunaţi un prieten sau un profesionst ca să vă ajute să reveniţi la starea dinainte de a reîncepe fumatul.

Evaluaţi situaţia şi învăţaţi

Dacă vă condamnaţi pentru că aţi fumat o ţigară, încetaţi să o faceţi. Profitaţi de ocazie ca să vă reveniţi, să analizaţi ce aţi făcut şi să faceţi un nou plan de acţiune. Evaluând situaţia, puteţi descoperi cu ce situaţii de risc vă întâlniţi şi să găsiţi un nou mod de abordare a problemei.

Reveniţi la starea anterioară de nefumător

Revizuiţi planul dumneavoastră de renunţare la fumat şi găsiţi metode de a vă întări şi îmbunătăţi acest plan de acţiune. Dacă alunecarea a durat câteva zile, veţi putea folosi produse înlocuitoare de nicotină pentru a stăpâni noi semne de sevraj. Urmăriţi planul iniţial în legătură cu cât de des şi pe ce durată să vă administraţi medicamentul. Dacă nu sunteţi sigur, consultaţi-vă medicul.

întocmirea unui plan de oprire a fumatului, plan care să combine mai multe strategii sau planuri de acţiune pentru a:

- face faţă simptomelor de sevraj/abstinenţă la nicotină;
- rezista nevoii stringente de a fuma;
- obţine suportul social şi asistenţă când este nevoie.

Nu vă aşteptaţi să găsiţi un plan gata făcut pe care să-l adoptaţi. Nici un plan nu funcţionează pentru toată lumea, aşa că alcătuiţi un plan individual pentru a vă opri din fumat, plan care să vi se pară confortabil şi potrivit stilului dumneavoastră de viaţă. Alegeţi dintre diferitele instrumente de lucru şi tehnici pe cele pe care le consideraţi cele mai apropiate nevoilor dumneavoastră. Acestea vor deveni strategiile dumneavoastră de renunţare la fumat. De obicei, planurile de renunţare la tutun combină mai multe strategii, iar studiile arată că folosirea mai multor tehnici creşte şansa de reuşită. Experimentaţi şi adaptaţi strategiile, astfel încât să obţineţi o combinaţie cu care să vă simţiţi în largul dumneavoastră. Pentru prima săptămână, încercaţi ceva mai simplu şi fiţi flexibil. Dacă, pe parcursul efectuării planului, simţiţi că ceva nu este în regulă, revizuiţi-vă planul.

Veţi avea simptome fizice de sevraj în primele 3 – 10 zile. Chiar dacă aceste simptome vor începe să scadă în intensitate, tot veţi mai avea momente în care să simţiţi impulsul de a fuma, în special la orele la care obişnuiaţi să vă aprindeţi o ţigară (după ce mâncaţi sau la volan).

Pentru unii foşti fumători, această senzaţie de nevoie urgentă de a fuma se poate repeta periodic timp de luni de zile sau chiar ani. Cu toate acestea intensitatea şi durata acestor momente vor scădea progresiv în timp.

Strategii de renunţare la fumat

Cu toate că cel mai valoros ajutor în alcătuirea planului de acţiune şi realizarea lui îl puteţi avea de la medicul dumneavoastră, iată totuşi, câteva strategii importante care vă vor ajuta să renunţaţi la fumat.

Autoajutorarea

Această metodă constă în a lucra pe cont propriu pentru a renunţa la fumat. Pentru a vă planifica programul puteţi folosi diferite ajutoare, ca de exemplu revistele de sănătate sau site-urile de pe internet sponsorizate de organizaţiile americane pentru sănătate, ca de exemplu Societatea Americană pentru Studiul Cancerului şi Asociaţia Americană de Pneumologie. Strategia de autoajutorare este imporantă în construirea motivaţiei şi încrederii dumneavostră. Cunoştinţele acumulate vă vor fi de folos în traversarea cu succes a momentelor de nevoie puternică de a fuma, precum şi în evitarea situaţiilor cu risc crescut.

Grupurile de suport

Pentru unele persoane, suportul oferit de grup este absolut necesar pentru a reuşi să renunţe la fumat. Grupul, condus de un lider, se întâlneşte regulat, urmând un plan de tratament organizat. Aceste programe conţin, de obicei, mai multe şedinţe, pe o durată de cel puţin 2 săptămâni, fiecare durând 20 – 60 de minute. Şedinţele se concentrează pe antrenarea abilităţilor de rezolvare a problemelor având ca scop final renunţarea la fumat. Aceste întâlniri vă furnizează suportul social al celor ce parcurg aceleaşi probleme ca dumneavoastră.

Departamentele de sănătate publică din diferitele comunităţi şi

Medicaţia care vă ajută să încetaţi fumatul

Există câteva medicamente care vă pot ajuta să vă opriţi din fumat. Iată câteva din medicamentele non-nicotinice şi înlocuitoare de nicotină pe care vi le puteţi procura:

Plasturi cu nicotină

Un plasture cu nicotină (Nicoderm) eliberează prin piele, în circulaţia sangvină, o doză constantă de nicotină. Multe produse de acest gen se eliberează la farmacie fără reţetă. Plasturii cu nicotină se folosesc zilnic timp de 6-12 săptămâni. Deşi s-au dovedit eficienţi, aceştia nu reprezintă totuşi un „medicament minune".

Adesea, după o utilizare de câteva săptămâni, poate apărea o iritaţie a pielii. Pentru a ajuta vindecarea acestei iritaţii, aplicaţi după desprinderea plasturelui, o cremă pe bază de hidrocortizon. Aplicaţi plasturele de fiecare dată într-o ală zonă.

Spray nazal cu nicotină

Spray-ul nazal cu nicotină (Nicotrol) eliberează nicotina în circulaţie, prin mucoasa nazală. Dintre produsele înlocuitoare de nicotină are cel mai rapid efect asupra simptomatologiei de sevraj. Spray-ul nazal se eliberează numai pe bază de reţetă medicală. Acest medicament poate produce o senzaţie de arsură sau usturime în nas, alături de tuse, strănut, lăcrimare şi iritaţie a gâtului. Aceste efecte secundare diminuă de regulă după prima săptămână de folosire. În caz de persistenţă a efectelor secundare consultaţi doctorul.

Inhalanţii cu nicotină

Inhalanţii cu nicotină (Nicotrol) seamănă cu o ţigară scurtă care are un muştiuc de plastic la un capăt. Cu tot aspectul de ţigară, nicotina nu este inhalată. Ea e mai degrabă prizată, astfel că este absorbită în circulaţia sangvină prin mucoasa bucală. Şi acest medicament se eliberează doar pe bază de prescripţie medicală. Puteţi avea o senzaţie de iritaţie în gură şi gât, precum şi o senzaţie de uscăciune a gurii pe care o puteţi combate consumând apă. Dacă prezentaţi alte simptome, anunţaţi doctorul.

Guma de mestecat cu nicotină

Acest produs (Nicorette) este o răşină asemănătoare gumei de mestecat care eliberează nicotina în circulaţie, prin mucoasa bucală. Există 2 forme de Nicorette: una conţine 2 mg de nicotină, cealaltă 4 mg. Se eliberează fără reţetă medicală.

campusuri universitare oferă, de asemenea, programe de renunţare la fumat. Anumite firme particulare oferă asistenţă medicală pentru renunţarea la fumat angajaţilor lor.

Consilierea individuală

După cum indică şi numele, această metodă implică lucrul unu-la-unu cu un doctor, psiholog, asistentă sau consilier în care aveţi încredere, pentru a obţine suport şi ajutor de specialitate. Profesioniştii vă vor ajuta să vă exprimaţi sentimentele, frica de a nu fi în stare să vă opriţi din fumat sau vă vor ajuta să vă dezvăluiţi problemele pe care le aveţi cu familia sau prietenii. De asemenea, vă vor sprijini să vă dezvoltaţi abilităţi de a face faţă cu succes situaţiilor, să depăşiţi obstacolele şi să învăţaţi să trăiţi ca un nefumător. Veţi putea contacta consilierul atunci când veţi trăi simptomatologia de sevraj sau atunci când veţi avea nevoie de ajutor pentru a face faţă nevoii imperioase de a fuma.

Metoda sevrajului (abstinenţei) la rece sau „cold turkey"

Această metodă este cea mai frecvent utilizată metodă pentru a renunţa la fumat. Este o oprire bruscă şi decisivă. Într-o anumită zi, vă opriţi definitiv din fumat fără ca în prealabil să fi scăzut numărul de ţigări. Acest lucru nu poate fi făcut cât ai clipi din ochi. Este nevoie de pregătire emoţională şi fizică pentru a putea rezista puternicei dorinţe de a fuma. Există anumite medicamente indicate de obicei fumătorilor ce folosesc această metodă.

Tratament medicamentos

Medicaţia uşurează simptomatologia de sevraj a dependenţei de nicotină, până când trec simptomele cele mai acute. Ea vă ajută, de asemenea, să vă concentraţi pe alte probleme cum ar fi schimbarea comportamentului care a dus la consumul de tutun. Nu uitaţi, totuşi, că orice medicaţie pe care vă hotărâţi să o luaţi este doar un mic ajutor. Pentru a reuşi, însă, trebui să fiţi gata din punct de vedere psihologic să renunţaţi la fumat. După aceea, dumneavoastră şi doctorul veţi hotărî ce medicamente sunt mai potrivite pentru dumneavoastră.

Se folosesc două tipuri de medicamente: produse non-nicotinice, destinate să reducă nevoia de nicotină şi produse înlocuitoare de nicotină. Acestea din urmă eliberează nicotină în circulaţia sangvină către creier, fără ca dumneavoastră să fumaţi. În momentul în care dependenţa dumneavoastră de nicotină scade, veţi micşora gradat şi doza de medicament. Această reducere treptată a dozei scade şansele de apariţie a sevrajului. Produsele înlocuitoare de nicotină se găsesc sub diferite forme: plasturi, spray nazal, inhalante şi gume de mestecat.

Ce se întâmplă când renunţaţi la fumat

Imediat dupa ce aţi oprit fumatul, vă veţi putea simţi mai înfometaţi, mai obosiţi şi mai nervoşi ca de obicei. Puteţi avea dorinţa foarte mare de a fuma o ţigară (craving) şi puteţi avea dificultăţi de concentrare a atenţiei. De asemenea, puteţi avea tulburări de somn şi o creşere temporară a tusei.

Simptomele de sevraj la nicotină se datorează curăţării organismului dumneavoastră de nicotină. Cea mai mare parte a nicotinei se va elimina după 3 zile, dar dorinţa

Dacă este folosită în mod corect, guma cu nicotină eliberează nicotina gradat. Scopul este de a folosi doar atât cât este necesar pentru a menţine nivelul de nicotină şi a opri orice simptom de sevraj. Muşcaţi din gumă de câteva ori şi apoi depozitaţi-o între obraz şi gingie pentru a creşte la maximum absorbţia de nicotină.

Puteţi folosi guma zilnic, în cantităţi din ce în ce mai mici, timp de câteva săptămâni, timp în care va descreşte progresiv dorinţa dumneavoastră pentru o ţigară. O dată ce vă simţiţi bine în postura de nefumător, puteţi elimina, cam în 3-6 luni de la oprirea fumatului, folosirea gumei.

Nu beţi şi nu mâncaţi nimic în timpul folosirii gumei cu nicotină. Nicotina înghiţită întâmplător nu va avea efect, dar vă poate produce o senzaţie de iritaţie gastrică sau ameţeli.

Medicaţia non-nicotinică

Medicamentul bupropion (Zyban) nu conţine nicotină şi nu determină dependenţă. Bupropionul este un medicament folosit în tratarea depresiei. Pentru această utilizare este comercializat sub numele de Wellbutrin.

Bupropionul creşte nivelul dopaminei din creier, aceeaşi substanţă eliberată de nicotină. Astfel, bupropionul ajută la apariţia stării de bine furnizată de fumat. Acest medicament se eliberează doar pe bază de prescripţie medicală.

Cele mai frecvente efecte adverse includ: uscăciunea gurii, dureri de cap, tulburări de somn, scăderea apetitului şi greaţă. Pentru a evita simptomele digestive, medicamentul trebuie administrat în timpul mesei, dacă nu este recomandat în alt fel. Dacă aveţi efecte adverse, consultaţi-vă cu doctorul înainte de a întrerupe medicaţia. Dacă aveţi un istoric de crize convulsive, traumatisme craniene majore sau accident vascular cerebral nu vă administraţi acest medicament. La fel ca în cazul altor medicamente, dacă sunteţi însărcinată sau alăptaţi, cereţi avizul medicului înainte de începerea tratamentului.

În prezent sunt în studiu multe alte medicamente folosite în tratamentul dependenţei de nicotină. Este vorba atât de medicamente înlocuitoare de nicotină cât şi de alte medicamente non-nicotinice. Medicamentele reprezintă un ajutor important în tratamentul dependenţei de nicotină dar ele sunt eficace doar când sunt folosite de fumători motivaţi să se lase de fumat şi care şi-au întocmit un plan riguros pentru a o face.

corpului dumneavoastră poate continua mult timp. Datorită creşterii senzaţiei de foame şi îmbunătăţirii simţului dumneavoastră gustativ poate apărea o uşoară creştere în greutate. A renunţa la fumat nu înseamnă însă automat a lua în greutate.

Iată câteva recomandări pentru a nu lua în greutate:

- Beţi un pahar de apă înainte de fiecare masă.
- Mâncaţi mai încet, astfel încât să nu trebuiască să mâncaţi mai mult.
- Dacă mâncaţi de obicei desert, înlocuiţi-l cu un fruct cu puţine calorii, o bucată mică de chec sau un biscuit. La fel de bun este şi un iaurt slab, rece.
- Ridicaţi-vă de la masă de cum aţi terminat de mâncat.
- Dacă simţiţi nevoia de a avea ceva în gură, mestecaţi gumă fără zahăr sau mâncaţi un morcov crud, murături sau ţelină.
- Ocupaţi-vă mâinile cu altceva decât mâncare. Încercaţi grădinăritul sau alt hobby.
- Controlaţi-vă impulsul de a mânca dacă nu vă este foame cu adevărat. Faceţi altceva în acele momente. Astfel, va scădea aportul caloric şi nu vă veţi simţi frustrat.
- Faceţi zilnic exerciţii fizice.

Aceste sugestii nu sunt în nici un caz complete şi nici nu se potrivesc tuturor. Încercaţi-le pentru a vedea ce funcţionează în cazul dumneavoastră. Veţi putea constata că notarea progreselor obţinute vă poate ajuta. Faceţi o listă a tehnicilor care funcţionează în cazul dumneavoastră.

Tensiunea şi iritabilitatea sunt simptome comune de sevraj, astfel este important să găsiţi moduri de a vă relaxa când sunteţi tensionat. Faceţi un duş sau o plimbare. Respiraţi rar şi profund ca şi cum aţi fuma o ţigară şi repetaţi de câteva ori.

Beneficiile renunţării la fumat

După câteva zile de la renunţarea la fumat, veţi începe să simţiţi anumite schimbări în corpul dumneavoastră. Este posibil să vi se îmbunătăţească mirosul şi gustul. Probabil veţi respira mai uşor şi tusea tabagică va începe să dispară, cu toate că încă veţi mai tuşi şi expectora mucus pentru un timp. De asemenea, vă veţi simţi mai în vigoare.

Apar şi alte beneficii, mai mari şi de mai lungă durată. Într-un interval de 24 de ore, nivelurile monoxidului de carbon şi de nicotină din organism vor scădea semnificativ. Efectele negative ale fumatului asupra bronhiilor vor începe să dispară chiar din prima zi după ce aţi întrerupt fumatul. Deşi leziunile ce apar în emfizemul pulmonar sunt ireversibile, respiraţia devine mai uşoară şi progresia bolii este încetinită.

La sfârşitul primului an de nefumător, riscul de a face un atac de cord se va reduce la jumătate şi după 5 ani fără fumat, va fi aproape acelaşi ca pentru cineva care n-a fumat niciodată. Societatea Americană pentru Cancer consideră că renunţând la fumat şansele de a face un cancer esofagian sau pancreatic scad imediat. În decurs de 7 ani, riscul de cancer al vezicii urinare va fi similar celui unui nefumător. După 10-15 ani de abstinenţă la fumat, riscul de cancer pulmonar, laringian şi al cavităţii bucale va fi egal cu cel al unui nefumător.

În consecinţă, renunţând la fumat veţi prelua controlul asupra unei părţi impotrante din viaţa dumneavoastră. Veţi fi mândru de dumneavoastră şi de capaciăţile dumneavoastră. În plus, şi cei din jur vor avea de câştigat nemaifiind expuşi fumatului pasiv. Veţi scăpa şi de alte aspecte negative asociate fumatului şi anume: respiraţie urât mirositoare, dinţi galbeni, păr şi haine impregnate de mirosul de tutun. Poate cel mai important lucru va fi că veţi fi exemplul cel mai bun pentru copiii, nepoţii şi prietenii dumneavoastră.

Abuzul de alcool şi alcoolismul

Multe persoane care consumă alcool sunt capabile să-şi limiteze consumul la cantităţi ce nu pun în pericol sănătatea; în schimb, există milioane de alţi oameni care consumă în mod excesiv alcool suferind consecinţe negative. Conform statisticilor Institutului American pentru Abuz de Alcool şi Alcoolism, mai mult de 13 milioane de americani abuzează de alcool.

Abuzul de alcool şi alcoolismul reprezintă probleme de sănătate publică, dar şi proleme sociale şi economice majore. În SUA, cheltuielile anuale datorate scăderii productivităţii şi îngrijirilor de sănătate asociate alcoolismului sunt estimate la mai mult de 150 de miliarde de dolari.

Trebuie reţinut că alcoolismul este o boală şi este, în SUA, al treilea mare „ucigaş" după cancer şi afecţiunile cardiovasulare. Dacă decesele prin accidente rutiere şi decesele prin boli asociate alcoolului ar fi incluse în statistici, alcoolul ar fi decretat „ucigaşul numărul 1" al Americii.

Rămâne totuşi controversată cantitatea de alcool considerată problematică şi dăunătoare sănătăţii. De asemenea, în abordarea terapeutică a acestor tulburări este important să se facă o delimitare strictă între abuzul de alcool şi alcoolism.

Ce este abuzul de alcool?

În general, persoanele care au probleme cu alcoolul dar nu întrunesc toate criteriile pentru alcoolism sunt diagnosticate ca persoane ce prezintă abuz de alcool, uz primejdios de alcool sau ca având probleme cu alcoolul.

Persoanele care abuzează de alcool consumă alcool în mod regulat şi excesiv, prezentând în consecinţă probleme fizice, psihice şi sociale. Aceste persoane pot continua să consume alcool deşi sunt conştiente că un asemenea comportament îi afectează. Cu toate acestea, aceste persoane nu sunt dependente de alcool şi au control asupra consumului chiar dacă acesta este abuziv.

Adolescenţii pot dezvolta destul de repede, doar în câteva luni, probleme legate de alcool. În general, consumul de alcool printre studenţii din anii terminali este în scădere, la fel ca şi în cazul adulţilor. Cu toate acestea, consumul de alcool este în continuare ridicat şi deseori creşte abrupt în timpul claselor a X-a şi a XI-a. În plus, din ce în ce mai multe adolescente consumă alcool.

Conform datelor Administrației Americane pentru Siguranța Traficului, în SUA mor anual mai mult de 2 000 de tineri, cu vârste între 15 și 20 de ani, în accidente rutiere datorate consumului de alcool. Alcoolul este totodată des implicat și în alte cauze de deces în rândul adolescenților și anume: înec, incendii și suicid.

Băutul compulsiv și în cantități mari (6 pahare sau mai multe o dată) este, de asemenea, o problemă în campusurile școlare și universitare.

Ce este alcoolismul?

Alcoolismul este o afecțiune cronică, progresivă și, uneori, fatală, și presupune o preocupare excesivă pentru alcool, precum și o diminuare a controlului asupra cantității consumate. Aceste persoane continuă să bea în ciuda problemelor grave de sănătate și a consecințelor negative pe plan personal, profesional și financiar. Alcoolismul poate presupune o dependență fizică la drogul numit alcool. Riscul de a dezvolta o astfel de dependență depinde de o combinație de factori genetici, psihologici și sociali.

Semne și simptome

Deoarece majoritatea alcoolicilor nu recunosc că au o problemă, pentru a recunoaște mai bine o persoană alcoolică, iată o listă a altor semne și simptome ale alcoolismului :

- A bea pe ascuns sau singur.
- A uita ceea ce ați vorbit sau promis.
- A vă face un ritual din a bea alcool înainte, în timpul sau după masă și a fi deranjat dacă acest lucru nu se poate realiza.
- Pierderea interesului pentru activități sau hobby-uri plăcute altădată.
- Iritabilitate în preajma orelor în care de obicei are loc consumul, în special dacă alcoolul nu este la îndemână.
- Ascunderea alcoolului în locuri ciudate, acasă sau la serviciu.
- Îngurgitarea de pahare de alcool, comandarea de porții duble, intoxicarea cu alcool numai pentru a vă simți bine sau normal.
- Probleme judiciare, probleme în relațiile interpersonale, profesionale sau probleme financiare.

Oricare dintre acestea poate fi prezent în mod continuu sau periodic. Distincția între alcoolici și cei care au doar probleme cu alcoolul se face prin existența la alcoolici a dependenței fizice, demonstrată prin toleranță și simptome de sevraj, precum și prin existența comportamentului compulsiv ascociat consumului.

Cauze

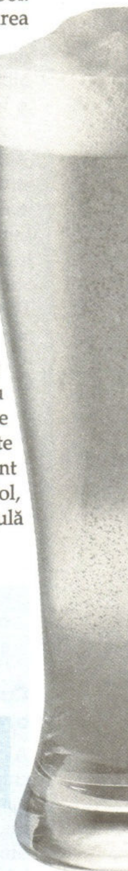
Dependența de alcool se instalează pe nesimțite, atunci când consumul excesiv de alcool alterează balanța unor compuși chimici de la nivelul creierului, determinând o dorință puternică de a consuma mai mult. Aceste substanțe chimice sunt reprezentate de:

- Acidul gamma aminobutiric (GABA), care inhibă impulsivitatea.
- Glutamatul, care stimulează sistemul nervos.
- Norepinefrina (noradrenalina), eliberată de obicei în condiții de stres.
- Dopamina, serotonina și peptidele opioide, responsabile de senzația de plăcere.

Consumul excesiv și prelungit de alcool poate scădea sau crește nivelurile acestor mediatori chimici, având ca efect nevoia imperioasă de a consuma alcool. Aceasta are ca scop reinstalarea senzației de bine sau a o evita pe cea de rău.

Există și cauze psihologice ale apariției dependenței. A avea prieteni consumatori de alcool, dar fără să abuzeze de acesta poate determina un consum excesiv din partea dumneavoastră. Vă va fi poate dificil să vă distanțați de acești factori favorizanți sau cel puțin de obiceiul lor de a bea.

În plus, la acest fenomen pot contribui și factori sociali sau culturali. Felul plin de strălucire prin care industria de publicitate și programele de divertisment portretizează consumul de alcool, propagă mesajul că este în regulă să bei excesiv.



Mituri despre alcool

Niciodată nu au lipsit miturile despre alcool.

Mit: ***adulții mai în vârstă nu devin alcoolici.***
Adevăr: adulții vârstnici nu sunt imuni față de alcoolism, deși prevalența bolii scade după vârsta de 65 de ani.

Mit: ***un pahar de alcool te poate încălzi.***
Adevăr: alcoolul are, temporar, un efect vasodilatatror conferind o senzație de căldură. În timpul consumului de alcool, pierderea crescută de căldură prin piele determină o scădere a temperaturii corporale. În consecință, consumul alcoolului într-un mediu rece crește riscul de scădere abruptă, chiar fatală, a temperaturii corporale (hipotermie severă).

Mit: ***când ești beat îți poți dezvălui adevărata personalitate.***
Adevăr: alcoolul poate elibera anumite caracteristici care sunt suprimate în stare de vigilență și băutul excesiv poate distorsiona personalitatea, dar adevărata personalitate este cea din momentele de vigilență.

Mit: ***o cafea tare te poate ajuta să fi mai vigilent.***
Adevăr: cafeaua nici nu crește timpul hepatic de metabolizare a alcoolului, nici nu modifică alcoolemia. Învigorarea inițială pe care ți-o poate da cafeaua poate fi periculoasă făcându-te să crezi că ești suficient de treaz sau alert, când de fapt nu este așa.

Factorii de risc

Consumul regulat şi îndelungat de alcool poate produce o dependenţă fizică de alcool. Cu toate acestea, băutul în sine nu este decât unul din factorii de risc pentru alcoolism. Mai există numeroşi alţii, ca de exemplu:

- *Vârsta.* Cei care încep să bea la vârste mici – la adolescenţă sau mai devreme – au un risc mai mare de a deveni alcoolici.
- *Factorii genetici.* Moştenirea dumneavoastră genetică poate determina un dezechilibru al mediatorilor cerebrali şi vă poate creşte riscul pentru dependenţa de alcool.
- *Sexul.* Bărbaţii au un risc mai mare ca femeile de a deveni alcoolici, dar incidenţa alcoolismului în rândul femeilor a crescut în ultimii 30 de ani.
- *Istoricul familial.* Riscul de a deveni alcoolic este mai mare în rândul celor ce au unul sau ambii părinţi alcoolici.
- *Tulburările emoţionale.* Depresia sau anxietatea vă conferă un risc crescut de a abuza de alcool pentru a ieşi temporar din necazuri.

Cum vă afectează alcoolul organismul

Alcoolii sunt un grup de compuşi chimici care intră în compoziţia parfumurilor, în diferite extracte, tincturi, vopseluri şi alte produse, fiind de neînlocuit în multe procese tehnologice.

Forma sub care alcoolul este consumat în alimentaţie este de alcool etilic (etanol), un lichid incolor care în starea lui pură, nediluată are un gust înţepător, arzător. El este produs prin fermentarea zahărului, conţinut în mod natural în cereale ca orzul şi în fructe ca strugurii.

Alcoolul consumat determină deprimarea centrilor nervoşi superiori, având un efect sedativ sau liniştitor. La unii oameni, însă, reacţia iniţială poate să fie de stimulare dar, pe măsură ce continuă consumul de alcool, se instalează efectul sedativ. Prin eliberarea centrilor de control cerebrali, alcoolul vă relaxează şi vă scade inhibiţia. Cu cât beţi mai mult, cu atât veţi fi mai sedat.

Iniţial, alcoolul afectează ariile gândirii, emoţiilor şi judecăţii logice. Ocazional, alcoolul poate determina dificultăţi în articularea cuvintelor, în coordonarea mişcărilor şi poate produce somn. Consumat în cantităţi suficient de mari, alcoolul poate fi letal putând determina come periculoase prin deprimarea severă a centrilor nervoşi vitali.

Principalul loc al absorbţiei alcoolului este intestinul subţire. însă mici cantităţi de alcool se absorb şi la nivelul gurii sau al esofagului, şi cantităţi puţin mai mari la nivelul stomacului. Rata absorbţiei alcoolului depinde de cât de recent aţi mâncat. Dacă stomacul dumneavoastră este gol, alcoolul se absoarbe de obicei mai repede. Existenţa mâncării în intestinul subţire sau stomac, în special al mâncării solide şi grase, încetineşte golirea stomacului şi absorbţia alcoolului în sânge.

O dată absorbit, alcoolul este transportat rapid prin corpul dumneavoastră oriunde există apă, inclusiv în interiorul celulelor. Această distribuţie este responsabilă pentru efectul de intoxicare al alcoolului. Luând o băutură pe stomacul plin, se prelungeşte metabolizarea alcoolului o lungă perioadă de timp şi rezultă o concentraţie mai scăzută de alcool în sânge.

Aproape toată cantitatea de alcool ingerată este folosită drept combustibil de către organismul dumneavoastră şi doar o cantitate mică este eliminată prin urină şi prin plămâni. Testele respiratorii utilizează alcoolul expirat de dumneavoastră pentru a măsura cantitatea de alcool din organism. Nivelul alcoolului din respiraţia dumneavoastră reflectă îndeaproape concentraţia celui din sânge.

Alcoolul dilată vasele de sânge din piele, ceea ce produce senzaţia iniţială de căldură, aceasta fiind doar temporară. Pulsul dumneavoastra se accelerează şi se produce o cantitate mai mare de urină datorită aportului lichidian crescut şi acţiunii alcoolului asupra rinichilor. Alcoolul stimulează şi secreţia acidă a stomacului.

Organismul dumneavoastră foloseşte alcoolul ca pe orice aliment, metabolizându-l în ficat pentru a produce căldură şi energie. Însă, valoarea nutritivă a alcoolului este redusă deoarece el nu furnizează nici vitamine, nici minerale sau proteine. Alcoolicii au deseori deficit nutriţional. În trecut, doctorii credeau că lezarea hepatică de tipul încărcării grase sau cirozei se datorează deficitului nutriţional produs de alcool, însă acum se ştie că aceasta se datorează acţiunii toxice directe a alcoolului asupra ficatului.

Intoxicaţia alcoolică

Modul dumneavoastră de a reacţiona la alcool nu depinde doar de cât de recent sau cât de mult aţi mâncat, ci şi de alţi factori ca de exemplu: sexul, vârsta, greutatea şi conţinutul de grăsimi al corpului. Aceeaşi cantitate de alcool are un efect mai mare asupra unei femei comparativ cu un bărbat, deoarece femeile sunt în general mai mici, au un procent mai mare de grăsime raportată la greutatea corporală şi probabil metabolizează alcoolul mai puţin eficient ca bărbaţii. Vârstnicii sunt mai vulnerabili la efectele alcoolului decât tinerii.

Nivelul de intoxicare cu alcool depinde de concentraţia sangvină în alcool. În multe state americane, alcoolemia ce defineşte legal starea de intoxicaţie alcoolică este de 0,08-0,10% sau mai mult. Mulţi oameni prezintă tulburări de coordonare şi diminuarea a timpului de reacţie la concentraţii mult mai mici decât limita legală.

Consumul excesiv de alcool şi efectele asupra sănătăţii

Consumul unor cantităţi mari de alcool produce numeroase efecte nocive asupra creierului şi sistemului nervos. De asemenea, poate apărea o afectare a ficatului, pancreasului şi sistemului cardiovascular, precum şi a altor organe şi sisteme.

Afectarea creierului şi a sistemului nervos

Alcoolicii şi cei care abuzează de alcool, ca şi consumatorii ocazionali şi cei care beau pentru prima

dată, pot uita integral sau parţial ce s-a întâmplat în timpul consumului de alcool. Această pierdere temporară de memorie este denumită „black-out”. Unii băutori de cantităţi excesive de alcool pot suferi diminuări ale memoriei de scurtă durată, simptom care poate persista câteva săptămâni după încetarea consumului. Cu toate acestea, memoria se îmbunătăţeşte de obicei o dată cu abstinenţa.

Consumul regulat de cantităţi excesive de alcool vă poate da senzaţia de oboseală crescută dimineaţa, chiar după un somn prelungit. Acest lucru se datorează efectului sedativ al alcoolului care interferă cu capacitatea creierului de a produce un somn adecvat, profund şi cu vise, numit somn cu mişcări oculare rapide (REM).

Alcoolicii, în special cei malnutriţi şi cu deficit de tiamină, pot fi afectaţi de o boală neurologică numită sindromul Wernicke-Korsakoff. Acest sindrom constă în două tulburări diferite şi anume: sindromul Wernicke, respectiv Korsakoff.

Primul simptom al sindromului Wernicke este adesea slăbiciunea şi paralizia musculaturii oculare, ducând la vedere dublă. Mai târziu în evoluţie, mersul şi statul în picioare vor fi imposibile fără sprijin. Sindromul Korsakoff, pe de altă parte, constă într-o amnezie severă, în special a evenimentelor recente. Dacă aveţi ambele sindroame, puteţi prezenta episoade în care vă uitaţi identitatea, deveniţi dezorientat şi aveţi halucinţii.

Tratamentul acestor sindroame este strict: administrare de tiamină şi abstinenţă alcoolică. De regulă, efectele acestei boli nu sunt întotdeauna reversibile.

Tulburări gastrointestinale

Alcoolul poate irita mucoasa gastrică, producând gastrită. Aceasta la rândul ei poate provoca episoade severe de vomă, determinând rupturi la nivelul părţii superioare şi esofagului inferior. Aceste leziuni, numite leziuni Mallory-Weiss, pot sângera.

Consumul îndelungat de alcool poate interfera cu absorbţia vitaminelor B, a acidului folic şi tiaminei ca şi a altor componenţi. Multe din problemele amintite mai sus se vor îmbunătăţi o dată cu oprirea consumului de alcool.

Alte condiţii asociate consumului de alcool, ca afectarea hepatică sau varicele esofagiene (dilatarea venelor esofagiene), pot necesita intervenţie medicală imediată. Leziunile din ciroza hepatică de etiologie alcoolică tind să fie progresive. În momentul în care alcoolul ajunge la nivelul ficatului, intră în acţiune enzimele hepatice. Un ficat sănătos poate metaboliza alcoolul cu o frecvenţă de 50 de calorii pe oră. Aceasta este echivalentul a 30 g de alcool de 40^0 într-o oră. Când capacitatea de metabolizare a ficatului este depăşită, alcoolul va rămâne în sânge până când ficatul o poate metaboliza. Alcoolicii pot prezenta atât pancreatită acută cât şi cronică.

Afecţiuni cardiovasculare

Un pahar de alcool poate reduce temporar tensiunea arterială, însă un consum regulat determină hipertensiune arterială. În mod similar, deşi câteva studii arată că un consum zilnic, moderat de alcool poate preveni un tip de afecţiune cardiacă, efectele nocive ale consumului excesiv depăşesc cu siguranţă eventualele beneficii.

Una sau două măsuri de alcool pe zi sau până la 30 g alcool etilic pot să reducă riscul de boală coronariană. Acest efect protector se poate datora parţial schimbării lipidelor sangvine. Persoanele care consumă regulat alcool au nivele crescute de colesterol de "bună calitate" sub formă de lipoproteine cu densitate crescută (HDL). Acest tip de colesterol poate împiedica ateroesceroza.

Totuşi, persoanele care consumă cantităţi crescute de alcool prezintă frecvent o afecţiune numită cardiomiopatie alcoolică. Această boală lezează şi distruge muşchiul cardiac, producând simptome care merg de la aritmie cardiacă la stop cardiac.

Sunteţi pe punctul de a deveni alcoolic?

Unele boli au simptome specifice care permit un diagnostic uşor; alcoolismul, însă, este mai greu de delimitat deoarece caracteristicele sale variază mult de la un consumator problematic sau alcoolic la altul.

Pentru a depăşi aceste dificultăţi, Clinica Mayo a alcătuit un test de autoevaluare pentru alcoolism (SAAST – Self-Administered Alcoholism Screening Test). Bazat în mare pe testul Michigan de depistare a alcoolismului, SAAST constă din 37 de întrebări. El este folosit din 1972 şi poate identifica 95% dintre alcoolicii suficient de bolnavi pentru a fi internaţi.

Testul are ca scop identificarea modelelor (pattern-urilor) de comportament, semnelor şi simptomelor medicale, precum şi a consecinţelor consumului la alcoolici. Vă prezentăm câteva exemple de întrebări utilizate în test:

1. Consumaţi, când şi când, vreun pahar de alcool?
2. Vă consideraţi un băutor obişnuit (nu beţi mai mult ca majoritatea oamenilor)?
3. V-aţi trezit vreodată dimineaţa, după un consum în seara precedentă, şi aţi constatat că nu vă mai aduceţi aminte fragmente din ce s-a întâmplat în seara precedentă?
4. Se îngrijorează sau se plâng vreodata rudele de faptul că beţi?
5. Vă puteţi opri fără efort după 1-2 pahare?
6. Vă simţiţi vreodată vinovat pentru faptul că beţi?
7. Prietenii şi rudele vă consideră un băutor obişnuit?
8. Puteţi întotdeauna să vă opriţi din băut atunci când vreţi?
9. Aţi fost vreodată la o întrunire a alcoolicilor anonimi?
10. V-aţi luat vreodată la bătaie cu cineva fiind beat?

Dacă aveţi 4 sau mai multe răspunsuri care se potrivesc cu cele de mai jos, puteţi considera că sunteţi pe punctul de a deveni un alcoolic: 1-da, 2-nu, 3-da, 4-da, 5-nu, 6-da, 7-nu, 8-nu, 9- da, 10-da.

Tulburări sexuale

Abuzul de alcool poate cauza impotenţă la bărbaţi şi tulburări menstruale la femei.

Cancer

După cauzele cardiovasculare, cancerul este a doua cauză de deces la alcoolici. Cei care consumă cantităţi excesive de alcool prezintă o rată a cancerului mai mare ca restul populaţiei, în special în ceea ce priveşte cancerul laringian, esofagian, gastric şi de pancreas.

Complicaţii ale diabetului

Alcoolul scade eliberarea de glucoză de la nivel hepatic, crescând astfel riscul de hipoglicemie (scăderea glucozei din sânge). Acest lucru este periculos dacă aveţi diabet şi faceţi tratament cu insulină pentru a controla nivelul glicemiei.

Cum recunoaştem o persoană alcoolică?

Cum puteţi să ştiţi dacă dumneavoastră, vreun prieten sau vreo rudă sunteţi alcoolici? Orice persoană al cărui consum de alcool este problematic poate să fie o persoană alcoolică. Alcoolismul nu cunoaşte nici o graniţă socială sau economică. Multe persoane alcoolice pot fi persoane apreciate şi pot fi considerate mulţi ani persoane normale şi sănătoase. Alcoolismul poate lovi tineri şi bătrâni, bărbaţi şi femei, săraci şi bogaţi, precum şi oameni de toate rasele.

Medicii consideră alcoolismul o boală. Cu toate acestea, multor americani le este greu să considere alcoolismul o boală, ci mai degrabă consideră alcoolicul o persoană care s-a compromis datorită unei slăbiciuni personale.

Datorită stigmatului social ce înconjoară alcoolismul, mulţi alcoolici se consideră persoane rele şi slabe. Mulţi alcoolici consideră că problemele apărute, ca: destrămarea căsătoriei sau pierderea serviciului se datorează ghinionului sau altora din exterior. Această povară de ruşine şi vinovăţie este adeseori cea mai mare piedică în calea vindecării lor.

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Dacă obişnuiţi să consumaţi zilnic sau aproape zilnic alcool şi sunteţi programat pentru o operaţie chirurgicală, anunţaţi-vă medicul de consumul de alcool anterior. În caz contrar, puteţi avea simptome de sevraj în timpul internării, ceea ce vă poate afecta însănătoşirea. Luând cunoştinţă de consumul dumneavoastră de alcool, medicul îşi va lua precauţiile necesare înainte de intervenţia chirurgicală, prevenind astfel efectele secundare nedorite.

În realitate, alcoolismul este o boală care se poate trata. Un prim pas în a recunoaşte dacă dumneavoastră sau un apropiat are o problemă legată de consumul de alcool este de a analiza comportamentul de consum. Indicii pentru alcoolism ar putea fi:

Negarea

A crede că problemele dumneavoastră se datorează altor cauze decât băutului, chiar când consecinţele consumului sunt evidente, este un semn de alcoolism. Decât să recunoască problema, un alcoolic mai degrabă devine defensiv, mânios, dă vina pe ceilalţi şi continuă să bea fără a cere ajutor.

Toleranţă crescută la alcool

Toleranţa la efectele alcoolului constituie un semn precoce al dependenţei de alcool. Nevoia de a bea mai mult decât de obicei pentru a-i simţi efectul este o dovadă a toleranţei crescute. Alcoolicii pot părea treji chiar după ce au consumat cantităţi ce i-ar putea intoxica pe consumatorii obişnuiţi.

Dar atenţie, indiferent de nivelul toleranţei aparent câştigate, ficatul dumneavoastră nu poate metaboliza alcoolul cu o frecvenţă mai mare de 30 g de alcool de 40^0 pe oră. De aceea, este periculos să credeţi că dacă aveţi o toleranţă mai mare la alcool puteţi să consumaţi o cantitate mai mare.

Semne de sevraj şi delirium tremens

Dacă sunteţi dependent de alcool şi opriţi brusc consumul, veţi trăi simptome fizice şi psihologice de sevraj ca de exemplu:

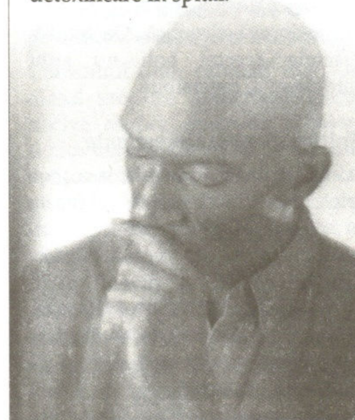
- Tremurături ale mâinilor
- Creşterea pulsului, tensiunii arteriale şi a temperaturii corporale
- Ameţeli, diaree şi alte tulburări gastrointestinaale
- Insomnie

În general, aceste semne şi simptome durează aproximativ 3-7 zile, dar există unele care pot dura şi săptămâni. Dacă este prezent şi delirium tremens, semnele şi simptomele de sevraj pot fi mai periculoase:

- Delirium
- Confuzie
- Agresivitate
- Halucinaţii vii, terifiante
- Tremor sever
- Ideaţie paranoidă
- Convulsii

Acestea durează în general 3 până la 7 zile, uneori mai mult, şi necesită în general evaluare şi tratament medical de urgenţă în spital.

Medicul dumneavoastră vă poate ajuta să faceţi faţă simptomatologiei de sevraj. Pentru cei ce vor să renunţe la băut, poate fi util şi necesar să urmeze o cură de detoxificare în spital.



Tratamentul abuzului de alcool şi al alcoolismului

Majoritatea celor cu probleme de alcool care intră într-un program terapeutic sunt neîncrezători, potrivnici şi vin deseori împinşi de familie, şefi sau prieteni. În unele cazuri, ei sunt motivaţi să înceapă tratamentul de starea precară de sănătate sau de probleme legale. Aceste motivaţii de a căuta tratament sunt deseori necesare pentru că multe dintre persoanele care au o problemă legată de consumul de alcool neagă acest lucru, îndreptăţindu-se să creadă că nu au nevoie de ajutor.

Recunoaşterea problemei

Alcoolicii îşi construiesc adesea o carapace protectoare dezvoltând strategii, conştiente sau inconştiente, pentru a evita confruntarea. Negarea poate fi atât de profundă încât alcoolicul să fie sincer în a nu recunoaşte consecinţele problemelor sale. Unul dintre primele scopuri ale tratamentului este de a străpunge apărarea individuală dezvoltată de-a lungul anilor.

Acuzînd alcoolicul pentru comportamentul său, nu face decât să-i întărească convingerea că nimeni nu-l înţelege. Este foarte important să nu uităm că un alcoolic este o persoană care suferă de o boală.

Intervenţia

Faza preliminară a tratamentului este crucială pentru membrii familiei, prieteni, şefi sau alte persoane înrijorate de cineva care are o problemă legată de alcool. Şansele de recuperare cresc dacă persoana alcoolică poate fi confruntată cu gravitatea efectelor negative ale propriului comportament.

Nu există o persoană ideală cu care alcoolicul poate fi confruntat. Un şef sau altă persoană cu autoritate pe care alcoolicul o respectă poate fi potrivită. Uneori, cea mai bună persoană care să intervină este un fost alcoolic. Confruntarea, facilitată de un profesionist în domeniul alcoolismului şi abuzului de alcool, poate scuti membrii familiei, inclusiv bolnavul în cauză, de ani de suferinţă şi de distrugerea relaţiilor interpersonale.

Nu există, de asemenea, nici „cel mai potrivit" moment de confruntare, însă, în nici un caz aceasta nu se va face când alcoolicul sau cel ce abuzează de alcool bea sau este beat. Găsiţi un moment când persoana este trează sau pe cale de a deveni.

Într-un mod amabil şi blând, puneţi-l pe alcoolic să aleagă între a primi ajutor şi a suferi consecinţele continuării consumului ca: divorţ, concediere, acuzarea de infracţiuni de circulaţie de genul conducerii sub influenţa alcoolului. Nu-l lăsaţi pe alcoolic să vă refuze ajutorul, dar nici nu-i promiteţi că o să-i rezolvaţi dumneavoastră problema. De asemenea, nu-l lăsaţi să amâne începerea tratamentului.

Abordarea nevoilor familiei

Problemele legate de consumul de alcool afectează, în general, relaţiile între membrii familiei şi cele între colegii de serviciu. Atât timp cât familia nu va cunoaşte adevărata natură a alcoolismului şi a abuzului de alcool, precum şi faptul că o persoană alcoolică are nevoie de tratament specializat, ea va rămâne în continuare în criză şi traumatizată.

Pe măsură ce boala unui membru al ei progresează, familia poate prezenta probleme de ordin psihologic, marital, parental, economic, fizic sau spiritual. Acest lucru se datorează concentrării atenţiei asupra membrului de familie alcoolic sau care abuzează de alcool şi negijării celorlalte aspecte. Pentru a face faţă situaţiei, familiile folosesc de obicei negarea la fel de uşor ca şi persoana cu probleme de alcool. Această negare devine adesea cel mai important mecanism de apărare al familiei în încercarea de a face faţă nenumăratelor situaţii de criză determinate de alcoolic, secătuindu-le energia şi morala.

La haosul din viaţa lor, cei din familie răspund deseori prin mânie, sarcasm, crize emoţionale sau depresie. Deşi a-l condamna pe alcoolic este de înţeles, totuşi trebuie ştiut faptul că acest lucru

Alcoolicii anonimi şi Al-Anon

Asociaţia Acoolicilor Anonimi (AA) s-a format în anul 1935. Fiind un grup de autoajutor pentru recuperarea alcoolicilor, AA oferă ajutor printr-un grup de foşti consumatori care reprezintă un model credibil şi eficient de cum poţi atinge abstinenţa totală.

Programul AA este construit în jurul celor 12 paşi (vezi pag. 90), care constituie sugestii de ajutor pentru femeile şi bărbaţii ce aleg un mod de viaţă de abstinenţă la alcool. Aceşti 12 paşi nu reprezintă cerinţe pentru acceptarea în asociaţie, ci mai degrabă sunt sfaturi pentru cei care au ales să fie abstinenţi. Fiind un sprijin pentru recuperare, aceşti paşi ajută alcoolicii să-şi accepte neputinţa faţă de alcool, subliniind necesitatea unei atitudini oneste faţă de trecut şi prezent.

În concepţia AA, recuperarea se bazează pe acceptarea experienţei unice a fiecărui alcoolic. Ascultând şi împărtăşind experienţa proprie, alcoolicii învaţă că nu sunt singuri. Nu există teama de a nu mai face parte din asociaţie, ci doar voinţa de a rămâne abstinent.

La mijlocul anilor '50, familiile foştilor alcoolici au format un grup complementar de autoajutor numit Al-Anon. Acest grup este format din persoanele afectate de alcoolismul altora. Prin împărtăşirea poveştilor lor, membrii acestui grup capătă o înţelegere mai bună a modului în care alcoolismul afectează întreaga familie şi nu doar pe alcoolic. Şi acest grup acceptă cei 12 paşi din programul AA ca fiind principiile pe baza cărora participanţii trebuie să-şi conducă viaţa. Astfel, este arătat cum membrii au nevoie să înveţe să se detaşeze şi să ierte dacă şi ei la rândul lor vor să se elibereze de boală.

În afară de aceste asociaţii, în anumite comunităţi, s-au dezvoltat grupuri (Alateen) capabile să ofere sprijin copiilor ajunşi la adolescenţă ai alcoolicilor .

Cei 12 paşi ai Alcoolicilor Anonimi

Aceşti 12 paşi reprezintă esenţa programului de recuperare individuală, descriind experienţa membrilor fondatori ai AA.

1. Admitem că suntem neputincioşi în faţa alcoolului – şi că nu mai putem să ne conducem bine viaţa.
2. Am ajuns la concluzia că o Putere mai mare ca noi înşine ne-ar putea restabili starea de sănătate.
3. Ne-am hotărât să ne lăsăm voinţa şi pe noi înşine în mâinile lui Dumnezeu aşa cum L-am înţeles noi pe El.
4. Ne-am făcut nouă înşine o analiză morală fără să ne fie frică.
5. Am admis în faţa lui Dumnezeu, a noastră înşine şi a celorlalţi cauza exactă a greşelilor noastre.
6. Am fost gata să-L lăsăm pe Dumneteu să ne repare toate aceste greşeli de caracter.
7. Îi cerem umil să ne ierte toate greşelile noastre.
8. Am făcut o listă a tuturor persoanelor faţă de care am greşit şi faţă de care vrem să ne îndreptăm.
9. Ne-am îndreptat în mod direct greşelile faţă de aceşti oameni de câte ori a fost posibil, în afară de cazurile în care pentru a face asta ar fi însemnat să le facem un rău lor sau altor persoane.
10. Am continuat să ne analizăm şi să recunoaştem prompt când nu aveam dreptate.
11. Am încercat, prin rugăciuni şi meditaţii, să ne îmbunătăţim relaţia conştientă cu Dumnezeu aşa cum L-am înţeles noi, rugându-ne doar pentru a cunoaşte voia Lui în ceea ce ne priveşte şi pentru a ne da puterea de a îndeplini această voie.
12. Având această trezire spirituală ca rezultat al străbaterii acestor paşi, am încercat să transmitem acest mesaj alcoolicilor şi să aplicăm aceste principii în toate aspectele vieţii noastre.

este contraproductiv când avem de-a face cu alcoolismul sau abuzul de alcool. Mai folositor ar fi dacă familia ar învăţa de ce persoana care are plobleme cu acoolul se comportă în modul în care o face. Ghidaţi de un profesionist, familia poate învăţa cum să evite să-l îndreptăţească în a consuma sau să-l „salveze" pe alcoolic sau pe cel ce abuzează de alcool. Astfel, membrii familiei vor încerca să reacţionete constructiv şi să realizeze un climat propice răspunsurilor pozitive din partea alcoolicului.

Astăzi, nenumăraţi alcoolici şi băutori problematici se vindecă doar pentru că familiile lor au ales să pornească acest proces de vindecare intrând în programe terapeutice pentru familiile alcoolicilor de tipul Al-Anon (vezi pag. 89).

Programe terapeutice

Există un mare număr de metode terapeutice capabile să-i ajute pe cei cu probleme legate de consumul de alcool. Tratamentulul este individual şi poate implica evaluare, intervenţii scurte, consiliere, program ocupaţional şi se poate face în spital sau în regim ambulator.

Primul pas al oricărei metode terapeutice pentru alcoolici este de a determina dacă sunteţi sau nu dependenţi de alcool. Dacă nu v-aţi pierdut controlul asupra consumului de alcool, tratamentul dumneavoastră ar putea consta în reducerea consumului. Dacă, însă, sunteţi dependent de alcool, ar putea fi ineficient şi neadecvat să încercaţi doar o diminuare a consumului şi ar trebui ca abstinenţa să fie ţinta tratamentului dumneavoastră.

Abuzul de alcool

Pentru cei care nu prezintă dependenţă fizică de alcool, dar au un consum abuziv, scopul tratamentului este prevenirea alcoolismului folosind o procedură de screening (depistare în masă) sau de intervenţie scurtă.

Screening-ul

Se folosesc 2 mari tipuri de screening. Un tip este cel destinat celor care caută ajutor medical pentru probleme nelegate de consumul de alcool şi celor care

participă la programe de depistare în masă a alcoolicilor. De asemenea, este folosit la conducătorii auto opriţi întâmplător pentru testarea concentraţiei de alcool din aerul expirat (fiola verde).

Celălalt tip de program de screening se adresează celor care au fost identificaţi ca potenţiali consumatori problematici de alcool. Anumite programe desfăşurate în spitale testează pacienţii internaţi pentru leziuni traumatice. Există şi programe de testare cerute de justiţie în cazul adolescenţilor sau adulţilor arestaţi pentru delicte de violenţă sau pentru conducerea sub influenţa alcoolului. Programele de asistenţă adresate angajaţilor testează angajaţii cu performanţe scăzute.

Intervenţiile de tip scurt

Acestea sunt făcute în special de profesioniştii în domeniu care stabilesc un plan de tratament specific pentru o persoană identificată ca având o problemă legată de consumul de alcool. Aceste intervenţii pot cuprinde multe componente:

- Feed-back direct.
- Stabilirea unui contract terapeutic şi a unei liste de ţinte terapeutice.
- Modificarea comportamentului.
- Folosirea materialelor scrise de tipul manualelor de autoajutor.
- Consiliere.
- Asistenţă de urmărire a desfăşurării tratamentului, concretizată prin vizite multiple la centrul de tratament.

Alcoolismul

Tratamentul alcoolismului are loc de obicei în sistem ambulator, care oferă servicii adaptate fiecărei etape de recuperare. Cu toate acestea, tratamentul în spital rămâne cel mai recomandat în cazul în care aveţi probleme medicale sau psihiatrice severe sau locuiţi într-un mediu care nu vă va sprijini în vindecare.

Cel mai folosit program terapeutic intraspitalicesc folosit în SUA are la bază o abordare care include abstinenţa, psihoterapie individuală sau de grup, participarea la programul Alcoolicilor Anonimi, lecturi educaţionale, terapie ocupaţională şi asistenţă acordată de consilieri specializaţi şi de o echipă terapeutică multidisciplinară. În prezent, multe dintre serviciile ambulatorii cuprind toate aceste facilităţi. Iată ce vă poate oferi un program terapeutic tipic:

Detoxifiere şi abordarea simptomatologiei de sevraj

Dacă sunteţi în stare de intoxicaţie sau sunteţi un consumator cronic de alcool, tratamentul poate începe cu un program de detoxificare care durează 3 – 7 zile. Veţi putea primi medicamente care să prevină delirium tremens (DT) sau alte simptome de sevraj. Apoi, veţi intra fie într-un program terapeutic în spital, fie ambulator, în concordanţă cu nevoile dumneavoastră.

Acceptarea condiţiei de bolnav

Un tratament eficient este posibil doar dacă acceptaţi că sunteţi dependent de alcool şi incapabil de a vă controla consumul. Acceptând neputinţa în faţa alcoolului, veţi putea renunţa la toate pretextele şi scuzele care în trecut au susţinut consumul dumneavoastră abuziv de alcool. Acesta este unul dintre cei mai importanţi paşi ai vindecării.

Evaluarea medicală şi tratamentul

Cele mai frecvente afecţiuni medicale asociate consumului de alcool sunt: hipertensiune arterială, glicemie crescută, probleme hepatice şi cardiace. Medicul poate să revizuiască starea dumneavoastră medicală şi să ia măsurile necesare în tratarea eventualelor complicaţii.

Abstinenţa

Majoritatea programelor terapeutice pentru alcoolism au ca ţel abstinenţa alcoolică şi la droguri.

Recuperarea

O parte importantă a tratamentului este educaţia despre alcoolism, despre efectele lui nocive asupra organismului, problemele cauzate de alcoolism, precum şi experienţa vindecării. În timpul acestei etape a tratamentului, majoritatea programelor prezintă sesiuni zilnice de psihoterapie individuală sau de grup, terapie ocupaţională şi o introducere în principiile AA. În caz de nevoie pot fi furnizate suport psihologic şi asistenţă medicală suplimentară.

Unii dintre profesioniştii programelor de recuperare pot fi ei înşişi foşti alcoolici vindecaţi şi pot împărtăşi din propria experienţă fiind modele de reuşită pentru ceilalţi.

Suportul psihologic şi tratamentul psihiatric

Psihiatrul sau psihologul sunt cei în măsură să facă evaluările necesare şi să ofere consiliere individuală şi suport. Uneori, simptomele emoţionale ale alcoolismului pot mima afecţiuni psihiatrice sau există cazuri în care un alcoolic are asociată o tulburare psihiatrică. Pentru a facilita vindecarea trebuie tratate toate afecţiunile psihiatrice asociate, ca de exemplu depresia majoră.

Medicaţia

Medicaţia poate fi asociată altor terapii pentru alcoolism. Anumite medicamente vă ajută să obţineţi abstinenţa şi să o menţineţi pe termen lung. Printre acestea se numără un medicament cu efect adversiv numit Disulfiram (Antabuse). Acest medicament nu vindecă alcoolismul şi nici nu determină dispariţia compulsiunii de a bea, ci produce, în momentul în care consumaţi alcool, o puternică reacţie fizică, ce include înroşirea feţei, ameţeli, vomă şi dureri de cap. Naltrexona, un medicament care inhibă starea de bine produsă de narcotice, reduce de asemenea pofta pentru alcool a celor care sunt în programul de recuperare. Spre deosebire de Disulfiram, Naltrexona (ReVia) nu produce o reacţie adversă la scurt timp după ingestia de alcool, dar poate produce efecte secundare, în special afectare hepatică.

Multe alte medicamente pentru tratarea alcoolismului sunt în faza de experimentare pentru determinarea siguranţei şi eficacităţii lor.

Acordarea de sprijin continuu

Programele de îngrijire de după tratament, precum şi AA, pot ajuta proaspeţii abstinenţi să-şi menţină abstinenţa, să facă faţă recăderilor şi schimbărilor din stilul de viaţă.

Abuzul de substanţe

În SUA, abuzul sau consumul inadecvat al substanţelor adictive (ce pot da dependenţă) constituie o problemă de sănătate publică din ce în ce mai mare. Abuzul de droguri nu se referă doar la cele considerate ilegale. Abuzul de medicamente are loc în cazul în care administrarea medicamentului respectiv se face incorect, în alt scop decît cel uzual sau într-o manieră sau cantitate alta decât cea prescrisă. Nicotina şi alcoolul luate în discuţie anterior sunt de asemenea substanţe ce pot da dependenţă.

Multe milioane de oameni care iau medicamente nu abuzează de acestea; totuşi, sunt mulţi care îşi administrează în mod greşit medicamentele, din ignoranţă sau nepăsare. Motivele pentru care oamenii abuzează de droguri legale sau ilegale sunt diferite. Psihedelicele, care afectează creierul, produc efecte care modifică modul de percepţie a realităţii. Stimulentele, ca amfetamina, dau o senzaţie temporară de energie crescută şi bună dispoziţie. Analgezicele reduc senzaţia de durere şi produc ameţeală, iar sedativele produc o senzaţie de relaxare. Obţinerea acestor rezultate reprezintă o motivaţie frecventă pentru întrebuinţarea abuzivă.

Drogurile care pot da dependenţă includ:

- *Compuşii de cannabis*, care se găsesc în marijuana şi haşiş.
- *Haluciogenele*: dietilamida acidului lisergic (LSD) şi fenciclidina (PCP).
- *Drogurile artiştilor*, reprezentate de compuşi sintetici de tipul Ecstasy, care au un efect combinat, stimulant ca amfetaminele şi halocinogenic.
- *Opiacee şi opioide*, reprezentate de analgezice narcotice obţinute în mod natural din opiu sau sintetizate. Acestea includ heroina şi medicamente ca morfina, codeina sau metadona.
- *Deprimante ale sistemului nervos central*, care includ barbituricele şi benzodiazepinele. Benzodiazepinele sunt reprezentate de medicamente tranchilizante de tipul diazepamului (Valium), alprazolamului (Xanax), lorazepamului (Ativan), clonazepamului (Klonopin) şi clordiazepoxidului (Librium).
- *Stimulente ale sistemului nervos central* ca: amfetaminele şi cocaina.
- *Inhalante*. Anumite persoane sunt dependente de substanţele volatile din adezivi, vopseluri sau solvenţi.

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Evitaţi consumul de alcool când luaţi tranchilizante deoarece pot apărea: ameţeli, intoxicaţii, tulburări de memorie şi chiar moarte. Luate împreună, aceste două substanţe deprimante ale sistemului nervos central provoacă sute de decese, prin supradoză, în fiecare an.

Abuzul de medicamente

Milioane de americani abuzează de medicamentele prescrise şi neprescrise, fapt care uneori are efecte tragice. Rapoartele secţiilor de urgenţă arată că numărul urgenţelor medicale datorat folosirii necorespunzătoare a drogurilor prescrise îl egalează pe cel datorat utilizării necorespunzătoare a celor ilegale. Abuzul de medicamente, în special analgezice şi tranchilizante, este larg răspândit. De obicei, o persoană reuşeşte să-şi menţină dependenţa de un anumit medicament obţinând reţete de la diferiţi medici.

Multe persoane folosesc necorespunzător medicamentele prescrise, administrându-şi doze mari de medicament. Aspirina, tabletele de tuse, laxativele, spray-urile nazale pot fi folosite abuziv dacă sunt luate frecvent în cantităţi mai mari decât cele prescrise.

Dependenţa de tranchilizante

Dependenţa de tranchilizante – medicamente antianxioase şi somnifere – este una dintre marile probleme asociată consumului de medicamente din SUA. Deşi nu se cunoaşte numărul exact al persoanelor dependente de tranchilizante, anual aproximativ 10 000 de cazuri ale secţiilor de urgenţă se datorează consumului inadecvat de tranchilizante şi în fiecare an mii de persoane se adresează centrelor de tratare a dependenţelor din acelaşi motiv.

Tranchilizantele de genul diazepamului, alprazolamului şi clordiazepoxidului, ce fac parte din clasa benzodiazepinelor, sunt prescrise uzual pentru un timp limitat pentru a combate iritabilitatea sau tensiunea cauzată de stresul vieţii de zi cu zi sau asociate unei tulburări afective. Somniferele de tipul flurazepamului (Dalmane) şi temazepamului (Restoril) fac parte din aceeaşi clasă de medicamente.

Problemele pot apărea când subiecţii folosesc prea mult timp, prea des sau într-o doză prea mare medicamentul respectiv.

Alt fapt asociat consumului de benzodiazepine este convingerea greşită că ele nu pot da dependenţă. La introducerea lor pe piaţă, mulţi au început să le folosească în locul barbituricelor – altă clasă de sedative – care au un risc şi mai crescut de toxicitate prin supradozare.

Totuşi, s-a constatat că benzodiazepinele au un puternic potenţial adictiv. În mod teoretic, toate medicamentele din clasa benzodiazepinelor pot da dependenţă fizică şi psihologică dacă sunt folosite într-o doză mai mare sau pentru o perioadă prelungită de timp.

Dependenţa de analgezice

Analgezicul ideal ar trebui să scadă suficient durerea, să aibă minimum de efecte secundare, să aţioneze rapid, să prevină instalarea unei toleranţe crescute şi să fie neadictiv. Din păcate, acest analgezic ideal nu există.

Analgezicele sunt de două feluri: cele care dau şi cele care nu dau dependenţă. Din primul grup fac parte opiaceele şi opioidele ca morfina şi metadona. Din cel de-al doilea grup fac parte medicamente neopioide de genul aspirinei sau acetaminofenului (paracetamol).

Însă, cele mai puternice analgezice sunt opiaceele şi opioidele. Opiaceele sunt medicamente narcotice derivate din macul opiaceu (*Papaver somniferum*). Opioidele sunt narcotice sintetice care au aceleaşi proprietăţi.

Sarcina şi abuzul de droguri

Multe droguri traversează bariera placentară şi ajung în circulaţia fetală. Primul trimestru al sarcinii este în general cel în care fătul este cel mai sensibil la drogurile din organismul matern.

Multe din femeile care fumează marijuana în timpul sarcinii prezintă naşteri premature sau nou-născuţi cu greutate mică la naştere. Cele care folosesc tranchilizante şi amfetamine în timpul sarcinii pot naşte copii cu malformaţii congenitale. Administrarea de barbiturice, opiacee sau cocaină în timpul sarcinii poate determina dependenţa fătului de aceste substanţe.

În cazul folosirii marijuanei, trebuie cunoscut faptul că drogul poate trece din laptele matern la sugar.

Morfina, cel mai folosit opiaceu în tratarea durerii severe, este prescrisă de obicei pentru perioade scurte de timp deoarece atunci când este folosită necorespunzător, pe o perioadă mai lungă decât durerea, poate dezvolta dependenţă. Codeina este adesea folosită în combinaţie cu medicamente nonnarcotice ca paracetamolul sau medicamentele pentru tuse.

Persoanele care au cel mai mare risc de a dezvolta dependenţă de analgezice sunt cei care suferă de dureri cronice, iar pentru împiedicarea acestui fenomen, tratamentul cuprinde intervenţii multidisciplinare pentru managementul durerii.

Abuzul de droguri ilegale

Termenul de droguri „de stradă" este cel mai frecvent folosit în descrierea drogurilor ilegale deoarece acestea sunt frecvent vândute pe stradă. Mulţi oameni abuzează de drogurile ilegale folosindu-le în scop „recreativ", în încercarea de a obţine o stare de relaxare, de euforie, de creştere a potenţei sexuale sau de ascuţire a simţurilor. Unii atleţi folosesc droguri ilegale în încercarea de îmbunătăţire a performanţelor lor sportive.

Indiferent de motivele pentru care sunt consumate, drogurile ilegale pot fi extrem de periculoase pentru sănătatea dumneavoastră, nu numai datorită naturii lor, ci şi datorită potenţei crescute a acestor substanţe şi a riscului lor de interacţiune cu alte substanţe periculoase. Majoritatea acestor substanţe ilegale sunt extrem de adictive.

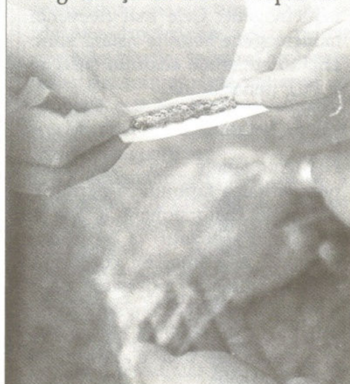
Marijuana

Marijuana este cel mai popular drog ilegal din SUA. Conform studiilor efectuate, un mare procent dintre liceenii din anii mari au fumat marijuana, iar unii studenţi o fac zilnic.

Cânepa (*Cannabis sativa*), planta din care se fabrică marijuana, conţine mai mult de 400 de substanţe chimice, inclusiv tetrahidrocannabinol (THC). Acest THC conţinut în marijuana este cel care produce efectul asupra stării de dispoziţie şi este probabil răspunzător de senzaţia de foame ce apare după consumul de marijuana.

Ţigările cu marijuana sunt fabricate din frunzele şi vîrfurile plantei. Conţinutul de THC variază de la o plantă la alta şi de la o ţigară la alta. Haşişul, un drog mai puternic derivat din răşina plantei de cânepă, conţine concentraţii mult mai mari de substanţă psihoactivă de tip THC.

În timp ce fumaţi marijuana, fumul este rapid absorbit prin plămânii dumneavoastră în circulaţia sangvină şi distribuită rapid în majoritatea ţesuturilor şi organelor corpului dumneavoastră. Pentru a elimina THC-ul, plămânii convertesc substanţa în numeroşi metaboliţi. Rata cu care ei sunt îndepărtaţi din organismul dumneavoastră este mai mică decât a multor alte substanţe psihoactive. Din această cauză, dacă fumaţi regulat marijuana şi apoi vă opriţi, THC va putea fi detectat în urina dumneavoastră încă 4 săptămâni de la încetarea consumului.



Efectele marijuanei sunt aproape instantanee. În funcţie de potenţa marijuanei, frecvenţa cardiacă poate creşte cu până la 50%, astfel că cei cu un aport scăzut de sânge la nivelul inimii pot avea dureri toracice. Dozele mari de marijuana poate produce multe dintre efectele comportamentale ale intoxicaţiei alcoolice severe. În timp ce efectul de „extaz" se risipeşte, multe dintre efectele negative pot persista până la 6 ore după ce aţi fumat marijuana. Acestea constau în dificultăţi în efectuarea activităţilor ce presupun concentrarea atenţiei, reacţii rapide şi coordonare fizică.

Fumătorii cronici de marijuana au probe respiratorii modificate în sensul scăderii capacităţii pulmonare, şi iritaţie bronşică cronică. Marijuana poate conţine, de asemenea, o ciupercă numită *Aspergillus* care, conform studiilor efectuate, poate determina infecţii pulmonare grave. Deoarece consumul cronic de marijuana poate slăbi sistemul imunitar, plămânii consumatorilor de marijuana sunt mult mai vulnerabili la agenţi ca *Aspergillus*, precum şi la variaţi alţi agenţi infecţioşi.

Testele clinice au arătat că marijuana poate afecta sistemul reproductiv, determinând tulburări ale ciclului menstrual şi o pierdere temporară a fertilităţii la femei şi la bărbaţi. Unele studii au sugerat o posibilă legătură semnificativă între consumul de marijuana în timpul sarcinii şi naşterea prematură.

Deşi au existat dese neînţelegeri şi idei greşite în rândul publicului larg, astăzi este bine cunoscut faptul că marijuana este un drog cu potenţial adictiv. În consecinţă, consumul regulat va determina acelaşi tip de dependenţă descris şi în cazul celorlalte droguri.



Cocaina şi „crack-ul"

În trecut, cocaina era considerată drept „crema" drogurilor datorită, în parte, faptului că era un drog scump preferat de cei bogaţi. Astăzi, este unul dintre cele mai răspândite droguri în SUA. Ea este atât de populară printre consumatorii de droguri datorită efectului ei euforizant. Acest efect este cauza profundei dependenţe psihologice asociate acestui drog.

Semnele şi simptomele consumului de cocaină cuprind: dilatarea pupilelor, creşterea frecvenţei cardiace şi a celei respiratorii, şi o uşoară creştere a temperaturii corporale. Aceste efecte sunt, de obicei, de scurtă durată. Ele ating vârful cam la 15-20 de minute de la inhalarea nazală a drogului sub formă de pudră, şi durează aproximativ o oră.

Efectele secundare nedorite ale consumului cronic de cocaină sunt: nelinişte persistentă, anxietate şi insomnie. O altă problemă asociată consumului de cocaină este un efect moderat de nas înfundat sau care curge. Consumul pe termen lung poate produce ulceraţii ale mucoasei nazale şi chiar perforaţia septului nazal. În plus, cei ce abuzează cronic de cocaină pot dezvolta halucinaţii paranoide, simptome reunite sub numele de psihoză cocainică, care pot implica mirosul, gustul, percepţia tactilă sau văzul.

Fumând cocaină sub formă de bază liberă senzaţia de extaz apare mai repede şi este mai intensă. Sub această formă, cocaina poate produce confuzie, alterarea vorbirii şi anxietate.

Cocaina de tip „crack" este de asemenea fumată şi are în mare aceleaşi efecte ca cea tip bază liberă, amândouă având un ridicat potenţial adictiv. Numele de „crack" vine de la sunetul produs de arderea „pietrelor" de cocaină. Acest tip de cocaină produce, doar în câteva secunde, o intensă stare de vârf, fiind urmată de o accentuată stare proastă, lăsându-l pe consumator descurajat şi disperat în încercarea de a consuma o cantitate şi mai mare. Efectele pe termen scurt sunt creşterea frecvenţei cardiace şi a tensiunii arteriale.

Cocaina poate suprasolicita inima, forţând-o să bată mai puternic şi mai rapid şi, pe măsură ce inima oboseşte, ea devine predispusă la tulburări de ritm cardiac ce pot ameninţa viaţa. Cocaina induce, de asemenea, spasm coronarian – o strâmtorare bruscă a arterelor coronare ce irigă inima. Asemenea spasme pot favoriza formarea cheagurilor de sânge. În cazul în care cheagul blochează complet fluxul sangvin către inimă, poate produce un atac de cord, severe tulburări de ritm cardiac sau chiar moarte subită.

Injectarea de cocaină folosind seringi deja utilizate creşte riscul expunerii la virusul HIV (virusul imunodeficienţei umane dobândite), la virusul hepatitic şi la alte boli ce se pot transmite prin seringi sau soluţii contaminate.

Halucinogenele

Drogurile halucinogene erau larg răspândite în anii '60-'70, dar popularitatea lor a scăzut în următorii 20 de ani. Astăzi, anumiţi observatori indică un reînnoit interes pentru folosirea drogurilor halucinogene. Cele mai frecvente halucinogene folosite astăzi sunt: LSD (dietilamida acidului lisergic) şi PCP (fenciclidina).

LSD

Halucinogenele îşi datorează popularitatea faptului că permit o percepţie distorsionată şi vie a diferitelor senzaţii, a scurgerii timpului şi a imaginii corporale. Unii consumatori povestesc de o adevărată amestecare a simţurilor, astfel că, sub influenţa LSD, cuiva ar putea să i se pară că aude culori şi vede sunete.

LSD-ul poate, de asemenea, să producă puternice experienţe negative, luând aspectul unor călătorii de coşmar în care consumatorul are un copleşitor sentiment de frică de a fi abandonat, frică de a nu înnebuni sau de a muri. În anumite cazuri, consumatorii nu şi-au mai dat seama de limitarea lor ca oameni şi au murit încercând să zboare sau să meargă pe apă.

Alt efect al substanţelor halucinogene este alterarea susţinută a stării mentale care poate dura 8 ore sau mai mult. După zile sau săptămâni de la „excursia" iniţială, consumatorul poate experimenta aşa numitele „flashback-uri" – străfulgerări de reexperimentare a efectelor trăite anterior, cu toate că nu a mai consumat drog.

LSD şi drogurile asemănătoare cresc frecvenţa cardiacă şi tensiunea arterială, dilată pupilele şi pot provoca insomnie, tremor şi pierderea apetitului. Consumul excesiv şi de lungă durată de halucinogene poate determina afectarea memoriei, scăderea puterii de concentrare a atenţiei şi dificultăţi în gândirea abstractă.

PCP (phencyclidine)

Acest puternic halucinogen, denumit uneori şi „praful îngerilor", era folosit în trecut de medicii veterinari pentru sedarea animalelor de talie mare. Dar utilizarea lui a fost abandonată de aceştia deoarece, înainte de a seda animalele, drogul le agita extrem de rău şi erau greu de stăpânit. Pornind de la această utilizare iniţială, au apărut şi alte denumiri de stradă ale acestui drog ca: „porc" sau „sedativul cailor".

Spre deosebire de efectele lui la animale, la oameni, luat în cantităţi foarte mici, PCP-ul determină o pierdere a inhibiţiei şi o stare generală de euforie. Alte efecte sunt creşterea frecvenţei cardiace şi respiratorii, transpiraţii, înroşirea pielii şi creşterea temperaturii corporale. De asemenea, poate determina nelinişte psihomotorie.

Dar ceea ce face acest drog deosebit de periculos este impredictibilitatea efectelor sale. Aproape orice doză poate determina un comportament violent şi distructiv. În momentul în care consumatorii devin violenţi sau au un comportament bizar, s-a constatat

că-şi pierd total controlul. Alte semne şi simptome sunt rigiditate musculară, pierderea capacităţii de concentrare, tulburări de vedere, de vorbire, convulsii, delirium, frica de a fi izolat şi paranoia. Se ştie că PCP pote determina o psihoză toxică asemănătoare schizofreniei.

Ecstasy

Ecstasy este un drog al cluburilor de noapte, care începe să prindă teren. Numit şi MDMA (abreviere pentru metilendioximetamfetamină), acest drog este frecvent folosit la petreceri cu multă lume ce durează toată noaptea, la concertele rock şi în cluburile de noapte, de unde şi denumirea de droguri de club. Studiile arată că acest derivat de amfetamină determină afectare cerebrală ce poate dura minimum 2 săptămâni de la încetarea consumului. Ecstasy lezează neuronii responsabili de reglarea dispoziţiei, emoţiilor, învăţarii, memoriei, somnului şi durerii.

Metamfetamina

Metamfetamina este un puternic stimulent care începe şi el să câştige popularitate în rândul celor care abuzează de droguri. Se găseşte sub mai multe forme şi poate fi fumată, injectată, ingerată oral sau inhalată pe nas. Utilizatorii pot simţi o senzaţie intensă rapidă sau una de lungă durată în funcţie de modul de consum.

Efectele metamfetaminei sunt insomnie, hiperactivitate, inapetenţă, anxietate, comportament psihotic sau violent.

Narcoticele

Narcoticele (opiacee şi opioide) sunt prescrise, de obicei, pentru a ameliora durerile severe, însă, de multe ori medicamentul este obţinut ilegal. Un exemplu de narcotic este heroina. Administrate în doze mici, pe perioade scurte de timp, narcoticele nu produc dependenţă, dar luate în doze mari timp îndelungat dau o dependenţă severă.

Efectele secundare, în special când sunt administrate doze mari, sunt scăderea frecvenţei respiratorii şi a tensiunii arteriale, ameţeli, greaţă, transpiraţii, slăbiciune generală şi scăderea potenţei sexuale. Când consumatorii se injectează utilizând aceleaşi ace, se pot contamina de boli ca: SIDA, hepatită, infecţii sangvine (septicemii), pneumonii. Dacă narcoticele se administrează concomitent cu alte sedative se poate produce decesul prin deprimarea centrului respirator.

Un alt medicament recomandat în tratarea durerii, oxicodonul (OxyContin), este ultimul opioid la modă printre drogurile de stradă, cu o valoare crescută pe piaţa de droguri. Efectele lui sunt cu atât mai intense dacă tabletele, cu efect de lungă durată, sunt mestecate.

Consumul de droguri şi performanţele sportive

În timpul efortului fizic, sistemul nervos este stimulat în mod natural, ducând la creşterea secreţiei de hormoni, inclusiv de adrenalină (epinefrină). Aceşti hormoni cresc cantitatea de sânge pompată de inimă, astfel că o cantitate mai mare de sânge va ajunge la muşchi. De asemenea, va fi eliberată o cantitate mai mare de glucoză de la nivel hepatic şi de acizi graşi din grăsimea organismului rezultând o aprovizionare mai mare a muşchilor cu energie.

Aceste efecte sunt importante pentru cei care depun efort fizic în cursul unui antrenament. Fluxul crescut de sânge aprovizionează musculatura cu o cantitate constantă de oxigen şi energie, iar potenţialele toxine în exces, produse prin creşterea metabolismului, sunt înlăturate mai rapid.

Pentru a-şi creşte mai mult performanţele sportive, unii sportivi apelează la droguri. Abuzul de steroizi anabolizanţi şi de alte droguri ţin astăzi prima pagină a ziarelor sportive. Problema este de interes internaţional şi implică atât sportivi profesionişti cât şi amatori aparţinând multor discipline sportive.

O conştientizare mai mare a importanţei problemei a avut ca rezultat creşterea testării antidoping a sportivilor. Astfel, cei care necesită tratament medicamentos pentru o afecţiune sunt chiar eliminaţi din competiţie pentru că medicaţia le poate stimula în mod artificial performanţele. În afară de faptul că pun viitorul lor profesional sub semnul întrebării, drogurile folosite pentru creşterea performanţei creează riscuri importante pentru sănătatea sportivilor.

Steroizii anabolizanţi

Un grup de droguri folosit de sportivi este cel al steroizilor anabolizanţi. Deoarece aceşti hormoni sunt asemănători din punct de vedere chimic cu hormonii masculini naturali, anabolizanţii mimează efectele hormonului masculin testosteron stimulând creşterea masei musculare.

Steroizii anabolizanţi au multiple utilizări medicale legale, fiind folosiţi în tratarea bolilor musculare, a anumitor tipuri de anemie, precum şi în tratarea efectelor negative apărute după iradiere sau chimioterapie. Dacă aceste medicamente sunt folosite pe o perioadă lungă de timp, pot avea efecte secundare importante, ca de exemplu icter şi insuficienţă hepatică.

Alt efect negativ hepatic este peliosis hepatis, în cursul căreia se formează chisturi pline cu sânge, care se pot rupe ducând la insuficienţă hepatică. Există, de asemenea, posibilitatea formării tumorilor hepatice. În plus, steroizii anabolizanţi pot creşte tensiunea arterială şi scădea nivelul de HDL (lipoproteine cu densitate crescută) ce reprezintă colesterolul "bun". Studiile sugerează că anabolizanţii pot determina afectare cardiacă.

Steroizii anabolizanţi pot determina scăderea producţiei de spermă, scăderea în dimensiune a testiculelor şi diminuarea cantităţilor de hormoni sexuali produşi având drept rezultat scăderea potenţei sexuale. La sportive, drogul poate determina scăderea secreţiei de hormoni sexuali feminini, estrogen şi progesteron, inhibarea ovulaţiei, micşorarea sânilor şi apariţia tulburărilor menstruale.

Toate aceste efecte sunt reversibile la oprirea administrării de steroizi anabolizanţi. Cu toate acestea, sportivele au constatat că anumite caractere sexuale secundare, de tipul creşterea părului facial, îngroşarea vocii, persistă şi după oprirea administrării hormonilor.

Alte efecte nedorite, atât la bărbaţi cât şi la femei, sunt creşterea pilozităţii (părului) corporale generale, acneea, subţierea şi căderea părului capilar, şi probabil creşterea agresivităţii.

Aminele simpatomimetice

Anumiţi sportivi de renume mondial au recunoscut că au folosit amine simpatomimetice, o clasă de droguri stimulente care mimează efectul natural de stimulare a sistemului nervos simpatic. Aceste substanţe pot creşte vigilenţa şi rezistenţa fizică, şi de asemenea pot întârzia instalarea oboselii.

Această clasă de droguri cuprinde efedrina şi derivatele ei (pseudoefedrină şi fenilpropanolamina), care sunt folosite deseori ca decongestionante în caz de răceală sau rinită alergică. De asemenea, efedrina intră în componenţa multor medicamente antiastmatice.

Stimulentele psihomotorii

Dintre acestea, cele mai des folosite abuziv sunt amfetaminele (dextroamfetamina şi metamfetamina) şi metilfenidatul (Ritalin). Amfetaminele au un rol limitat în medicină exceptând tratamentul copiilor cu tulburare hiperchinetică şi al narcolepsiei. În folosirea lor ilegală se folosesc multe denumiri de stradă. Amfetaminele se folosesc de obicei oral, dar consumatorii cronici preferă deseori să-şi injecteze substanţa pentru a obţine un efect mai intens şi mai rapid.

Efectele stimulantelor psihomotorii sunt similare celor produse de aminele simpatomimetice. Ele măresc frecvenţa cardiacă, respiratorie şi tensiunea arterială, şi stimulează în general activitatea sistemului nervos simpatic. Aceste droguri au, de regulă, efect şi pe creier, consumatorul simţindu-se mai alert, mai sigur pe sine şi poate chiar euforic. În acest fel, psihostimulentele pot îmbunătăţi performanţele sportive, mai mult prin efect psihologic decât fizic. În afară de creşterea rezistenţei la efort, beneficiile acestor substanţe asupra performanţei sportive sunt limitate sau chiar negative.

Inhalantele şi starea de extaz

Pentru a obţine aşa-numita stare de vârf sau de extaz, unele persoane folosesc diferiţi inhalanţi. În mod obişnuit, inhalantul se prescrie sub numele de amilnitrit. Acesta este un vasodilatator care relaxează musculatura netedă a vaselor sangvine mici, determinându-le să-şi mărească diametrul şi să producă o scădere a tensiunii arteriale. Este folosit în general în tratamentul anginei pectorale. Dar unii inhalează amilnitrit deoarece le produce o intensă şi rapidă stare de vârf, părând să le intensifice orgasmul. Cu toate astea, efectele sunt de scurtă durată, de ordinul minutelor. Amilnitritul nu produce dependenţă fizică, dar prezintă în schimb efecte secundare.

Consumatorii acuză adesea dureri de cap, ameţeli, accelerarea frecvenţei cardiace, iritaţia mucoasei nazale şi accese de tuse. Durerea de cap pare să fie efectul secundar care poate persista mult timp după consum.

Alte substanţe pe care persoanele le inhalează şi care pot fi procurate fără reţetă medicală sunt o categorie de substanţe volatile vândute sub forma odorizantelor de cameră. Acestea conţin de regulă butilnitrit care se crede că intensifică performanţa sexuală. Alţi inhalanţi folosiţi sunt:

- solvenţii
- adezivii
- lacurile şi vopselurile
- oxidul nitric

Efectele fizice datorate inhalării acestor substanţe volatile se întind de la aritmie cardiacă la afectare hepatică şi renală.

Cum recunoaştem abuzul şi dependenţa de droguri

Abuzul de substanţe apare ori de câte ori vă administraţi medicamentul altfel decât v-a fost prescris – fie în alt scop, fie în alt mod sau în altă cantitate. Abuzul de medicamente poate duce la dependenţă, amândouă putând determina probleme de sănătate, de la cele fizice la cele psihice, de la cele uşoare la cele severe, şi de la cele reversibile la cele permanente sau chiar fatale.

Utilizarea compulsivă de substanţe sau pierderea controlului asupra consumului sugerează o dependenţă. Starea de dependenţă o implică atât pe cea fizică cât şi pe cea psihologică, ducând la nevoia de a consuma drog din nou.

Dependenţa psihologică apare când pofta sau nevoia de drog este asociată unei preocupări constante pentru procurarea drogului. Cei ce abuzează de drog au nevoie de el pentru a se simţi mai bine. O persoană care abuzează de droguri poate dezvolta o toleranţă faţă de acea substanţă, astfel că va avea nevoie de o cantitate din ce în ce mai mare pentru a obţine efectul dorit.

Dependenţa fizică apare când, imediat după întreruperea administrării drogului, apar simptome de sevraj. Aceste simptome de sevraj se pot agrava şi sunt posibil ameninţătoare de viaţă, necesitând uneori intervenţie medicală imediată. Iată câteva exemple de simptome de sevraj: agitaţie psihomotorie, tremor, anxietate, insomnie, depresie, convulsii sau halucinaţii.

Recunoaşterea semnelor şi simptomelor timpurii de dependenţă este uneori dificilă. Acestea variază de la substanţă la substanţă şi de la persoană la persoană. Cu toate acestea, cei care sunt dependenţi de una sau mai multe substanţe prezintă de obicei modificări de comportament care pot afecta în timp relaţiile interpersonale şi performanţele profesionale. Comportamentul lor poate fi deviat, iar dispoziţia lor variabilă, alternând între stări de exaltare şi agitaţie, şi stări de astenie şi letargie. Iritabilitatea este un alt semn. Anumite persoane dependente pot prezenta insomnie, pe când altele pot avea perioade de somn prelungit. De asemenea, îşi pot pierde apetitul alimentar sau pot scădea inexplicabil în greutate.

Schimbările de comportament și personalitate constând în pierderea unui timp exagerat de mare departe de casă sau schimbarea constantă a comportamentului la școală sau la serviciu și nevoia permanentă de bani pot fi indicii că persoana respectivă este dependentă de droguri.

Alte posibile semnale de alarmă pentru consumul de droguri sunt: ochi injectați, pupile dilatate și o înfățișare buimacă sau inexpresivă. Cei care folosesc halucinogene pot părea distrați, pot răspunde cu mare lentoare la întrebări sau pot fixa fără scop timp îndelungat obiectele din jur. Alte droguri pot produce o transpirație abundentă sau înroșirea pielii. O erupție cutanată inexplicabilă, un nas iritat sau care curge pot fi semne ale consumului de opiacee.

Cu toate acestea, mulți dependenți de droguri pot părea normali chiar și prietenilor apropiați.

Tratamentul dependenței de droguri

Tratamentul dependenței constă în mod uzual în anumiți pași de sprijinire a persoanei în renunțarea la consumul de drog, urmat de consiliere și participarea la grupurile de autoajutor pentru menținerea abstinenței câștigate.

Tratamentul simptomelor de sevraj

Scopul tratamentului simptomelor de sevraj sau al detoxifierii este ca persoana respectivă să oprească consumul de substanță cât mai repede și cât mai în siguranță posibil. Detoxifierea poate presupune scăderea progresivă a dozei de drog sau substituirea temporară cu alte substanței mai puțin nocive.

Pentru anumite persoane este mai indicat tratamentul în sistem ambulator; altele, însă, necesită internare în spital sau în centre de tratament.

Există abordări diferite în funcție de tipul de substanță și de tipul de simptome de sevraj.

Deprimantele sistemului nervos central

În cazul acestor substanțe, semnele minore de sevraj sunt reprezentate de neliniște psihomotorie, anxietate, tulburări de somn, accelerarea frecvenței cardiace și hipertensiune arterială, febră scăzută și transpirații. Semnele și simptomele mai severe sunt: halucinații, tremorul generalizat, crize convulsive, transpirații abundente și vomă. Cea mai severă etapă de sevraj poate prezenta delirium și este potențial amenințătoare de viață. Terapia sevrajului poate presupune scăderea gradată a dozei de drog utilizată.

Stimulentele psihomotorii

În cazul acestor substanțe, simptomatologia de sevraj poate consta în: depresie, insomnie accentuată, oboseală, dureri de cap, iritabilitate și incapacitatea de concentrare. În unele cazuri, semnele și simptomele pot consta în tentative de suicid, paranoia și contact scăzut cu realitatea (psihoză). Tratamentul în timpul sevrajului se limitează adesea la suportul emoțional oferit de familie, prieteni și medic. Doctorul poate recomanda medicamente pentru tratarea psihozei paranoice sau depresiei.

Narcoticele

Simptomele de sevraj în cazul opririi administării narcoticelor de tipul morfinei, heroinei și codeinei, pot varia de la cele relativ minore la cele severe. Simptomele ușoare cuprind o stare de anxietate și nevoia crescută de a consuma drog (craving), iar cele severe sunt reprezentate de insomnie, psihoză acută, puls accelerat, creșterea frecvenței respiratorii și cardiace, crampe abdominale, vomă, diaree și stare de slăbiciune. Dacă sevrajul este la heroină, medicul vă poate prescrie metadonă pentru a vă reduce pofta de drog și pentru a face un sevraj progresiv.

Menținerea abstinenței

După detoxificare, pentru a vă menține starea de abstinență, sunt folositoare terapiile de tipul consilierii, programelor terapeutice și întâlnirilor cu grupuri de autoajutor.

Consilierea

Consilierea individuală sau de familie, cu un psihiatru, psiholog sau consilier specialist în probleme de dependență poate fi utilă în rezistarea la tentații și menținerea stării de abstinență. Terapia comportamentală vă poate ajuta să găsiți căi de a face față craiving-urilor (poftei de drog), să găsiți strategii să evitați drogurile și să preveniți recăderile, precum și idei de cum să vă comportați în cazul unei recăderi, dacă apare. Consilierea poate presupune discuții legate de serviciul dumneavoastră, eventualele probleme juridice sau legate de relațiile cu membrii familiei sau prietenii. Membrii familiei pot beneficia, la rândul lor, de consiliere pentru a-i ajuta să-și dezvolte abilități de comunicare și pentru a fi mai suportivi.

Programele terapeutice

Acestea includ, în general, sesiuni educaționale, precum și consiliere individuală sau de familie. Asemenea programe terapeutice pot avea loc fie ambulator, fie în regim de internare, într-un spital sau într-un centru specializat.

Programele de autoajutor

Acestea folosesc cei 12 pași introduși inițial de Alcoolicii Anonimi. Grupurile de autoajutor există pentru cei dependenți de droguri ca sedativele, narcoticele sau cocaina. Mesajul este că dependența este o afecțiune cronică, cu riscul de recădere și din această cauză este necesar și tratament de menținere a abstinenței ce poate fi medicamentos, de tip consiliere sau întâlniri cu grupuri de autoajutor. Medicul sau consilierul dumneavoastră vă poate ajuta să găsiți un grup de autoajutor sau puteți găsi adrese ale acestor grupuri în cartea de telefon, la bibliotecă sau pe internet.

Sexul neprotejat

Bolile cu transmitere sexuală (BTS) sunt în creștere în SUA. Pentru a le evita este important să înțelegeți care sunt situațiile de risc pentru dumneavoastră, familia și prietenii dumneavoastră. Majoritatea bolilor cu transmitere sexuală sunt tratabile, dar unele, ca SIDA, nu au încă un tratament specific. În consecință, majoritatea celor cu SIDA vor muri de această boală.

Prevenirea bolilor cu transmitere sexuală

Bolile cu transmitere sexuală sunt reprezentate de infecţiile cu Chlamydia, gonoreea, herpesul genital, nevi venerici, sifilis şi HIV cauzator de SIDA. Multe dintre acestea pot fi dobândite după un singur contact sexual. Deşi contaminarea cu HIV se poate face şi prin folosirea în comun a seringilor şi prin transfuzii de sânge, totuşi, principala cale de transmitere rămâne cea sexuală. Virusul este prezent în spermă şi în secreţia vaginală, şi poate pătrunde în organismul cuiva prin mici leziuni ale ţesutului vaginal, penian sau rectal, în timpul actului sexual.

Nici una dintre infecţiile de mai sus nu poate fi transmisă prin alt fel de contact ca de exemplu strângerea mâinii, vorbitul, aşezarea pe un scaun de toaletă sau trăind în aceeaşi casă cu persoana infectată. Microorganismele care produc aceste boli, inclusiv virusul HIV, mor rapid în afara organismului uman.

Intrarea într-o relaţie monogamă

Singurele metode sigure de a preveni bolile cu transmitere sexuală sunt abstinenţa sexuală sau o relaţie monogamă mutuală cu o persoană neinfectată. Dacă dumneavoastră sau partenerul dumneavoastră aveţi numeroşi parteneri sexuali, hetero- sau homosexuali, aveţi un risc crescut de a face o boală cu transmitere sexuală.

Folosirea prezervativelor

Folosirea prezervativului în timpul actului sexual nu elimină riscul contractării unei boli cu transmitere sexuală, dar îl poate diminua în mod substanţial. Cheia succesului este folosirea corectă şi constantă a prezervativului.

Prezervativul este un înveliş subţire ce acoperă penisul în erecţie. Prezervativele pot fi cumpărate în număr nelimitat din farmacii şi magazine şi prezintă grosimi, culori şi forme diferite. De asemenea, ele pot fi lubrificate sau nu, pot avea un capăt simplu sau sub formă de rezervor şi pot avea o textură lucioasă, rugoasă sau ondulată.

Dacă folosiţi prezervative, căutaţi-le pe acelea pe care este menţionată pe pachet protecţia împotriva bolilor cu transmitere sexuală. Unele prezervative sunt fabricate din membrane animale, iar porii acestor materiale naturale pot permite virusului HIV să le străbată. De aceea, recomandăm folosirea prezervativelor din latex.

Până în momentul folosirii, prezervativele trebuie depozitate la temperatura camerei. Pentru a fi protectiv, prezervativul trebuie să fie intact, să fie aplicat pe penisul în erecţie înainte de contactul sexual şi trebuie ţinut strâns după ce este scos, la sfârşitul actului sexual. Lubrifierea suplimentară, chiar şi a celor gata lubrifiate, previne ruperea lui. Folosiţi doar lubrifianţi pe bază de apă deoarece cei uleioşi pot determina ruperea prezervativului.

Cel mai corect mod de a scoate prezervativul, după un act sexual de orice fel, este de a-l ţine strâns de margine şi de a-l scoate uşor, în timp ce penisul este încă rigid, pentru a evita vărsarea lui. Dacă aţi pus din greşeală prezervativul pe dos şi nu se rulează uşor, nu-l refolosiţi întorcându-l pe cealaltă parte, deoarece ar mai putea conţine spermă. Folosiţi unul nou.

Şi prezervativul pentru femei poate reduce riscul maladiilor cu transmitere sexuală. Accesibilitatea acestui tip de prezervativ conferă femeilor mai mult control asupra sănătăţii personale. Multe metode contraceptive folosite de femei, de genul pilulei contraceptive sau diafragmei, nu conferă protecţie împotriva bolilor cu transmitere sexuală. Cu toate acestea, studiile arată că folosirea spermicidelor scade frecvenţa infecţiei cu *Chlamydia* şi a gonoreei. Folosirea diafragmei în combinaţie cu spermicidele poate, de asemenea, distruge bacteriile.

Evitarea anumitor practici sexuale

Diferitele practici sexuale au şi grade diferite de risc în ceea ce priveşte contractarea de boli cu transmitere sexuală. Penetrarea pasivă anală prezintă cel mai ridicat risc de contaminare cu HIV, deoarece poate leza mucoasa anală sau rectală, permiţând virusului să pătrundă în circulaţia sangvină. Partenerul pasiv are un risc mai mare de a se contamina cu HIV ca cel activ, însă gonoreea şi sifilisul pot fi contractate de la infecţia localizată la nivelul rectului partenerului pasiv. Deşi cele mai multe studii se referă la homosexuali, riscurile sexului anal între heterosexuali sunt aceleaşi.

Şi în cazul penetrării vaginale heterosexuale, în special cu parteneri multipli, există riscul de cotaminare cu HIV. Se presupune că virusul se transmite mai uşor de la bărbat la femeie decât invers.

Sexul oral este şi el o posibilă cale de transmitere a HIV, gonoreei, herpesului, sifisului şi a altor BTS. Fellatio urmat de ejaculare şi înghiţirea spermei este cauza cea mai frecventă a gonoreei cu localizare la nivelul gâtului. Contactul oral al clitorisului şi al deschiderii vaginale (cunnilingus) este un mod frecvent de transmitere a herpesului genital. Activităţile ce constau doar în contact cutanat, fără schimb de fluide, ca de exemplu îmbrăţişări, masaj sau masturbare mutuală, nu ar trebui să ducă la răspândirea acestor boli.

Cele mai frecvente boli cu transmitere sexuală

BTS sunt cauzate de bacterii, virusuri şi alte microorganisme transmise prin contact sexual. Pentru mai multe informaţii despre anumite boli şi tratamentul lor, vezi cap. 20, „Boli infecţioase".

Gonoreea

Gonoreea este cauzată de bacteria numită *Neisseria gonorrhoeae*. În SUA, aproape 500 000 de cazuri de gonoree sunt raportate anual. Este mai frecventă la indivizi cu vârste cuprinse între 15 şi 29 de ani.

La bărbaţi, primele simptome apar după 2 – 14 zile de la expunere. Iniţial, veţi simţi o senzaţie de gâdilătură în calea ce transportă urina prin penis (uretră). După câteva ore urinatul devine dureros şi se observă o secreţie peniană lăptoasă.

Pe măsură ce infecţia progresează, durerea uretrală se accentuează şi se produc cantităţi crescute de secreţie cremoasă, asemănătoare puroiului.

La femei, simptomatologia este tardivă, după 1 – 3 săptămâni sau este asimptomatică. Infecţia afectează în general colul uterin şi alte organe ale aparatului reproducător, precum şi uretra. Pot apărea micţiuni frecvente, imperioase şi dureroase, şi o secreţie cu aspect purulent din vagin sau uretră. La 50% dintre femei, singurele simptome sunt o uşoară creştere a secreţiei vaginale şi o discretă inflamaţie, care pot fi constatate doar la o examinare fizică. Deseori, simptomele sunt aşa de blânde că cele în cauză nici nu bănuiesc că au o infecţie. De multe ori, singurul indiciu că o femeie are gonoree este aflarea faptului că cineva cu care a întreţinut relaţii sexuale are boala.

La ambele sexe, gonoreea cu localizare rectală poate rezulta dintr-un act sexual de penetrare anală cu o persoană infectată sau prin propagarea infecţiei de la nivelul propriei regiuni genitale infectate. Localizarea anală a infecţiei se poate manifesta prin prurit local şi o secreţie rectală, sau poate fi asimptomatică. Sexul oral poate cauza gonoree faringiană cu senzaţia de gât uscat, durere la înghiţit şi înroşire a gâtului şi amigdalelor. Dacă infecţia se propagă la ochi, poate determina înroşirea şi inflamarea ochiului (conjunctivită).

Gonoreea este o boală acută care se poate cronicіza dacă nu este tratată. La bărbaţi, gonoreea poate duce la inflamarea ductului de depozitare a spermei conectat la faţa dorsală a testiculului (epididim). La femei, se poate propaga la uter şi trompe determinând inflamaţie pelvină care poate avea drept urmare infertilitatea.

Gonoreea se poate, de asemenea, răspândi prin sânge la alte părţi ale corpului, ca de exemplu la articulaţii. Datorită contagiozităţii sale, este important să opriţi activitatea sexuală până la vindecare.

Infecţia cu *Chlamydia*

O altă boală cu transmitere sexuală este cauzată de bacteria *Chlamydia trachomatis*. Aceasta se poate transmite atât prin sex vaginal cât şi anal.

Atingerea ochiului cu o mână infectată poate provoca infecţia ochiului. De asemenea, o mamă poate transmite copilului infecţia în timpul expulziei. *Chlamidya trachomatis* este cea mai frecventă cauză mondială de orbire.

Deseori, în special la femei, infecţia poate avea simptomatologie minimă sau poate fi asimptomatică. Dacă sunt prezente simptome, ele sunt similare cu cele ale gonoreei. La bărbaşi, *Chlamydia* poate provoca o senzaţie de arsură în timpul urinării şi o secreţie uretrală. Simptomele sunt mai blânde ca cele ale gonoreei şi pot apărea după 1 – 3 săptămâni de la expunerea la bacterie.

Femeile pot prezenta arsuri la urinat, secreţie vaginală sau durere în etajul abdominal inferior. Multe nu ştiu că au boala până când nu sunt informate de un partener sexual. La bărbaţii netrataţi poate apărea inflamaţia uretrei şi a epididimului, iar la femei poate duce la inflamaţie uretrală, cervicală, tubară şi a altor organe pelvine.

Toţi partenerii sexuali ai unei persoane infectate trebuie trataţi chiar dacă sunt asimptomatici, altfel boala se poate retransmite de la unul la altul.

Sifilisul

Sifilisul este o afecţiune complexă determinată de bacteria *Treponema pallidum*. Deşi în trecut era larg răspândită, această boală a devenit mai puţin frecventă între heterosexuali comparativ cu gonoreea şi infecţia cu *Chlamydia*. Recent, incidenţa sifilisului a început să crească în zonele urbane ale SUA şi la cei cu SIDA.

Transmisă de obicei prin contact sexual, microorganismul pătrunde în corp prin mici tăieturi sau abraziuni ale pielii sau mucoaselor. Boala se mai poate transmite prin sânge infectat, şi de la mamă la făt, intrauterin (sifilis congenital).

Infecţia sifilitică are 3 stadii. În primul stadiu, apar leziuni nedureroase la nivel genital, rectal sau bucal între 10 zile şi 6 săptămâni de la expunere. Dacă leziunile se infectează cu altă bacterie, pot deveni dureroase.

Al doilea stadiu începe la 1 săptămână până la 6 luni de la primul stadiu. Poate apărea o erupţie eritematoasă pe orice parte a corpului, inclusiv palme şi tălpi. Leziunile apar uneori pe buze, gură, gât, organe genitale sau anus. În timpul acestui stadiu, leziunile de la nivelul gurii şi mucoaselor sunt extrem de contagioase. Pot apărea simptome asemănătoare gripei ca dureri de cap şi dureri osoase şi articulare. Urmează o perioadă intermediară, numită sifilis latent, în care nu sunt prezente simptome.

Ultimul stadiu, cunoscut sub numele de sifilis terţiar, constă în infecţii larg răspândite care pot afecta oricare organ intern, inclusiv oasele, inima sau creierul.

Sifilisul este vindecabil dacă este diagnosticat precoce şi tratamentul este corect administrat. În caz contrar, boala poate duce la multe complicaţii şi chiar la deces.

Herpesul genital

Herpesul genital este cauzat de virusul herpes simplex tip 2 (HSV-2) şi se transmite prin sex anal sau vaginal. Virusul pătrunde în organism prin mici leziuni sau abraziuni ale pielii sau mucoasei. Poate infecta ochii prin contactul

Nu amânaţi

Dacă suspectaţi că aveţi o boală cu transmitere sexuală, consultaţi-vă imediat medicul. Cu cât vă testaţi mai repede şi primiţi tratament dacă este nevoie, cu atât vor scădea şansele să dezvoltaţi complicaţii grave şi cu atât dumneavoastră şi partenerul dumneavoastră veţi fi mai sănătoşi.

cu degetele contaminate. Afectează atât bărbaţii cât şi femeile.

Primele simptome ale herpesului genital sunt dureri sau usturimi în jurul zonei afectate. Acest stadiu se numeşte stadiu prodromal şi începe la 2-7 zile de la expunerea la virus. Oricând, de la câteva ore până la câteva zile de la acest stadiu, încep să apară leziunile. La femei acestea apar în regiunea vaginală, pe organele genitale externe, fese şi anus, iar la bărbat sunt pe penis, scrot, fese, anus şi coapse. Leziuni microscopice apar şi pe colul uterin la femeie sau pe uretră la bărbaţi.

În prezenţa acestor leziuni pot exista dureri la urinat. Leziunile sunt iniţial nişte macule mici, netede şi roşii apoi, în câteva zile, se transformă în vezicule. Veziculele se sparg formând ulceraţii care supurează sau sângerează. După 3-4 zile, ulceraţiile se vindecă şi rămân cictrice. Până la vindecarea infecţiei puteţi avea dureri sau sensibilitate genitală. În timpul primei erupţii puteţi avea simptome asemănătoare gripei, ca şi adenopatii pelvine.

Nu există tratament sau vaccin antiviral, virusul rămâne dormant în zonele infectate şi se reactivează periodic producând simptome. Când leziunile sunt prezente, boala este foarte contagioasă.

În afara acestor leziuni, herpesul nu mai produce alte complicaţii mai grave. Cu toate acestea, nou-născuţii se pot infecta în timpul expulziei dacă mamele prezintă leziuni deschise, având ca rezultat afectare cerebrală severă, orbire sau deces. Această infecţie este mai frecventă la nou-născuţii a căror mamă prezintă prima manifestare de infecţie herpetică activă în momentul expulziei. Frecvenţa herpesului la nou-născuţi a crescut paralel cu cea a infecţiei la femei.

Nevii venerici

Nevii venerici sau genitali sunt cauzaţi de papilomavirusul uman (HPV) şi afectează atât bărbaţii cât şi femeile, fiind transmişi cu uşurinţă prin contact sexual. Cei cu un sistem imunitar slăbit şi femeile însărcinate sunt cei mai expuşi.

Aceşti nevi se pot dezvolta într-o perioadă de 3 săptămâni până la 3 luni de la expunerea la virus. La bărbaţi, ei apar de regulă aproape de vârful penisului şi uneori pe scrot. La femei, pot apărea pe labii, în interiorul vaginului, pe colul uterin sau în jurul anusului. De asemenea, HPV poate cauza leziuni cervicale fiind cauza majoră de cancer de col uterin.

Nevii genitali nu sunt în general periculoşi, deşi sunt contagioşi. Cu toate acestea, femeile cu leziuni cervicale provocate de acest virus au risc crescut de a dezvolta cancer de col uterin şi ar trebui să-şi repete anual testul Papanicolaou.

HIV şi SIDA

SIDA este o afecţiune cronică, ameninţătoare de viaţă, produsă de virusul imunodeficienţei umane dobândite (HIV). Prin afectarea şi distrugerea celulelor sistemului imunitar, HIV interferă cu capacitatea organismului de a se apăra de infecţii provocate de diverşi viruşi, bacterii sau fungi. Acest lucru face organismul mai vulnerabil la multe infecţii la care, în mod normal, ar face faţă.

Virusul, ca şi infecţia în sine, sunt cunoscute sub numele de HIV. Termenul de SIDA – sindromul imunodeficienţei umane dobândite, se referă la ultimul stadiu al infecţiei cu HIV. Aceasta este cel mai frecvent transmisă prin contactul sexual cu un partener infectat. Femeile netratate care suferă de infecţie cu HIV o pot transmite copilului lor în timpul sarcinii, la naştere sau mai târziu, prin lapte.

Centrele de Prevenire şi Control al Bolilor (în SUA) estimează că aproximativ 900 000 de americani au infecţie cu HIV sau SIDA. Simptomele diferă în funcţie de faza infecţiei. După infectarea cu HIV există o perioadă asimptomatică. Frecvent apar, la 2-6 săptămâni de la contaminare, simptome asemănătoare gripei. Deoarece semnele infecţiei iniţiale – febră, dureri de cap, gât uscat, adenopatie şi erupţie cutanată – sunt similare altor boli, s-ar putea să nu realizaţi că v-aţi infectat.

O dată ce virusul pătrunde în organism, se multiplică în ganglionii limfatici şi încep încet să distrugă anumite leucocite care coordonează sistemul imunitar. Puteţi rămâne asimptomatic 8 – 9 ani, dar în acest timp virusul continuă să se multiplice şi să distrugă celulele imune. Eventual puteţi face mici infecţii sau simptome cronice de tipul: mărirea ganglionilor limfatici, diaree, scădere în greutate, febră, tuse şi tulburări de respiraţie. În timpul ultimei faze a bolii, care survine după aproximativ 10-11 ani de la infectare, apar simptome mult mai severe. ■

CAPITOLUL 7 PARTEA I

Îngrijirea dinţilor

Dinţii dumneavoastră constituie unul dintre cele mai preţioase bunuri pe care le aveţi. Ataşaţi de maxilar şi mandibulă, ce sunt acţionate de o musculatură puternică, dinţii sunt cei care vă ajută să mestecaţi alimentele până ce acestea ajung la o formă care să uşureze procesul de digestie. Desigur că dinţii au şi o valoare cosmetică. De multe ori, primul lucru pe care îl remarcăm la ceilalţi este zâmbetul. Nişte dinţi curaţi, cu aspect sănătos, reprezintă peste tot în lume, un semn de bună sănătate generală. În trecut, un zâmbet cu dinţi sănătoşi era întâlnit doar la tineri, deoarece majoritatea oamenilor îşi pierdeau dantura la vârsta adultă. Acum, totuşi, datorită grijii crescute pentru dantură, alimentaţiei îmbunătăţite şi bunei igiene dentare, este posibil, pentru majoritatea dintre noi, să ne păstrăm dantura întreaga noastră viaţă.

Îngrijirea dinţilor

Un lucru esenţial în menţinerea unor dinţi sănătoşi este un program de bună igienă dentară care să ţină toată viaţa, un program început timpuriu şi practicat constant de-a lungul anilor. Acest program constă în periajul dinţilor de cel puţin două ori pe zi, precum şi în folosirea aţei dentare cel puţin o dată pe zi. În plus, mai înseamnă şi rărirea momentelor în care mâncaţi sau beţi ceva dulce peste zi. Cu cât consumaţi mai des alimente dulci, cu atât furnizaţi mai mult combustibil pentru bacteriile cauzatoare de carii dentare.

Cariile dentare

Deşi caria dentară, care determină formarea de cavităţi, este o problemă mai frecventă la copil şi la tânăr decât la vârstnic, ea poate apărea la orice vârstă. Bacteriile din gura dumneavoastră sunt permanent angajate în formarea plăcii dentare, o peliculă lipicioasă şi incoloră care poate adera de dinţi. Bacteriile de la nivelul plăcii se hrănesc cu zahărul şi amidonul din alimentele şi băuturile pe care le consumaţi, convertindu-le în diferţi acizi. Când această placă producătoare de acizi aderă de dinţii dumneavoastră perioade lungi de timp, acidul poate dizolva progresiv învelişul extern al dinţilor.

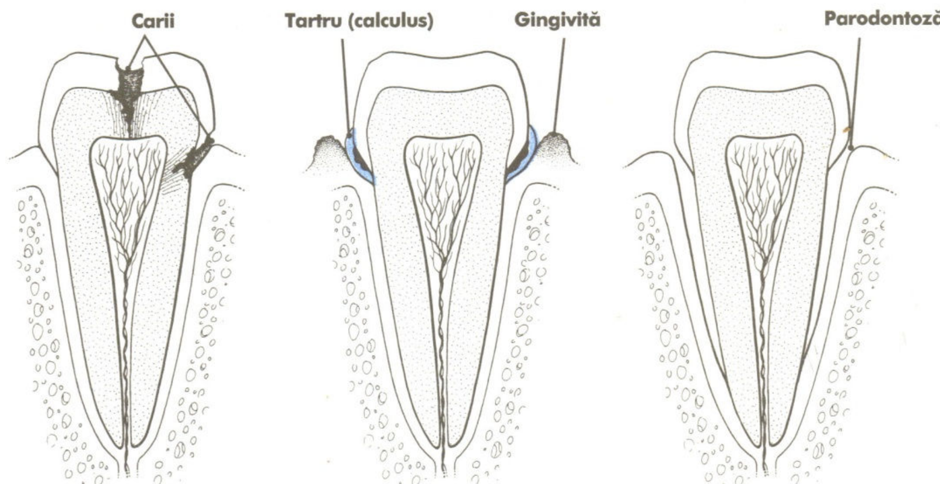
Ştiind aceste lucruri, obişnuiţi-vă copiii de timpuriu cu un program de îngrijire regulată a dinţilor, ce constă atât în periaj cât şi în folosirea aţei dentare. Cariile pot apărea o dată cu prima erupţie dentară a bebeluşului dumneavoastră. Nu permiteţi niciodată copilului dumneavoastră să adoarmă cu un biberon de suc sau lapte în gură. Conţinutul în zahăr al acestor băuturi favorizează distrugerea danturii. Dacă vi se pare că bebeluşul dumneavoastră are nevoie să sugă dintr-un biberon ca să adoarmă, oferiţi-i un biberon cu apă. Învăţaţi-vă copilul de mic să-şi spele dinţii dimineaţa şi seara. Întăriţi acest obicei fiind dumneavoastră înşivă un bun exemplu. Asiguraţi-vă că toţi copiii dumneavoastră se spală pe dinţi cu pastă de dinţi ce conţine fluor şi merg regulat la stomatolog pentru controlul danturii începând cu vârsta de 3 ani.

Parodontopatiile

La adulţi, parodontopatiile constituie principala cauză de pierdere a danturii. Acestea sunt infecţii ale gingiei şi a celorlalte ţesuturi care susţin dantura. Incidenţa gingivitei, o formă uşoară de parodontopatie, este crescută la toate grupele de vârstă, fiind prezentă la mai mult de 85% din adulţii de 45 de ani sau peste.

Frecvenţa parodontozei, o formă mai gravă de inflamaţie, creşte cu vârsta (vezi pag. 708). În acest sens, mai mult de 50% dintre adulţii de peste 45 de ani se presupune că sunt afectaţi. În formele avansate de boală, parodontoza poate determina slăbirea fixării danturii în gingie şi cihar pierderea acesteia. Cu toate acestea, puteţi preveni această afectare a gingiilor printr-o îngrijire corectă şi zilnică a dinţilor dumneavoastră.

Cel mai frecvent semn de afectare gingivală este prezenţa gingiilor inflamate care sângerează în timpul periajului sau folosirii aţei dentare. Alte semne şi simptome

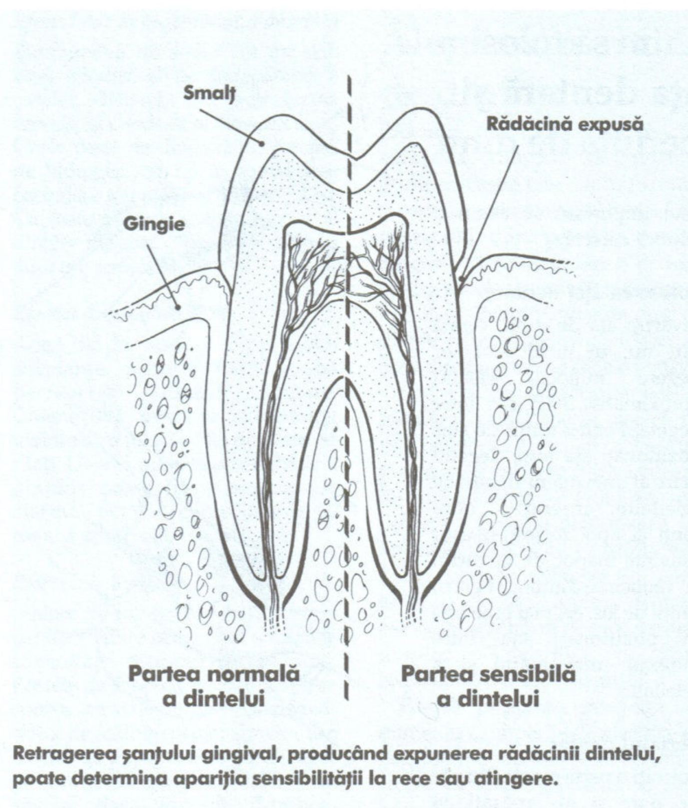


Cauza principală a pierderii danturii este caria dentară. Acumularea de tartru (calculus) poate duce la gingivită şi, eventual, la detaşarea gingiilor de dinţi (parodontoză), ce constituie o altă cauză a pierderii danturii.

Dinţii sensibili

Când dinţii dumneavoastră devin dureroşi la anumiţi stimuli (atingere, rece, fierbinte, aer, alimente dulci sau acre sau la placa dentară) puteţi prezenta ceea ce stomatologii numesc hipersensibilitate dentinară sau dinţi sensibili. Acestă stare este produsă, de obicei, de eroziunea smalţului dentar sau de retracţia gingiei cu expunerea rădăcinii dinţilor. Dacă, în timpul periajului, folosirii aţei dentare sau mestecatului şi băutului, evitaţi anumite zone sensibile datorită unei senzaţii de disconfort, înseamnă că aveţi nevoie de tratament. Necurăţarea corespunzătoare a dinţilor datorită unei astfel de sensibilităţi poate duce la afecţiuni ale dinţilor şi gingiilor.

După ce stabileşte cauza sensibilităţii dumneavoastră dentare, stomatologul poate trata zona afectată şi poate recomanda un tratament de întreţinere. Acsta poate consta în folosirea unei paste de dinţi cu efect de desensibilizare, în aplicarea zilnică la domiciliu a unei soluţii fluorurate sau poate consta în acoperirea de către stomatolog a zonei expuse cu agenţi de fixare.



Retragerea şanţului gingival, producând expunerea rădăcinii dintelui, poate determina apariţia sensibilităţii la rece sau atingere.

de afectare gingivală sunt: miros neplăcut al gurii, gingii moi, puroi la nivelul liniei gingivale-locul în care gingia formează un guler în jurul dinţilor, retracţia gingiei de pe dinţi, o dantură mai laxă, precum şi schimbări de poziţie ale dinţilor şi schimbări ale ocluziei.

Ca şi în cazul cariei dentare, cauza parodontopatiilor este placa dentară. Când aceasta se acumulează de-a lungul liniei gingivale, se produce o iritaţie a gingiei care devine sensibilă şi sângerează uşor. Această stare poartă numele de gingivită (vezi pag. 707).

Dacă nu îndepărtaţi zilnic placa, prin periajul dinţilor şi folosirea aţei dentare, în timp, aceasta se întăreşte şi formează o substanţă dificil de îndepărtat, numită tartru (calculus). În momentul în care placa şi tartrul se întind dedesubtul şanţului gingival, parodontopatia devine cronică. În prezenţa iritaţiei bacteriene cronice, ţesutul gingival poate începe să se desprindă de pe dinţi, permiţând formarea de pugi de infecţie. O dată cu împrăştierea plăcii dentare şi a tartrului în aceste pungi de infecţie şi persistenţa iritaţiei ţesutului gingival, procesul de desprindere a gingiei de pe dinţi va continua. Această stare poartă numele de parodontoză. Uneori, infecţiile localizate în aceste pungi întunecate şi fără aer pot distruge ţesutul şi osul ce susţin dinţii dumneavoastră. Netratate, parodontopatiile pot evolua până la completa cădere a dinţilor.

Cea mai bună metodă de a preveni formarea plăcii şi a tartrului este periajul atent şi regulat al dinţilor. În concluzie, periaţi-vă dinţii de cel puţin 2 ori pe zi, folosiţi aţa dentară cel puţin o dată pe zi şi limitaţi-vă consumul de zahăr, înspecial în perioadele dintre mese.

Periajul şi folosirea corectă a aţei dentare

O igienă orală bună depinde mai mult de tehnica de periaj şi de modul de folosire a aţei dentare decât de vreun tip anume sau nou de pastă de dinţi. Decât să plătiţi un preţ exagerat pentru o pastă de dinţi cu un aşa zis efect anti-placă sau anti-tartru, mai bine vă spălaţi mai des cu o pastă de dinţi cu fluor şi folosiţi aţa dentară.

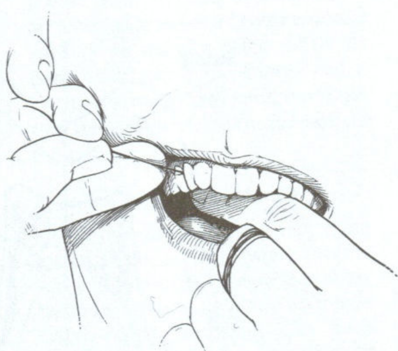
Reprezintă cea mai bună protecţie împotriva bolii şi cel mai sigur mod de a înlătura bacteriile şi resturile de mâncare înainte de apariţia vreunei probleme dentare. Începeţi prin curăţarea dinţilor cu aţa de dinţi o dată pe zi şi periajul lor, de cel puţin 2 ori pe zi – dimineaţa şi înainte de a merge la culcare. Cel mai bine, însă, ar fi să vă spălaţi după fiecare masă sau gustare. O curăţare completă folosind o pastă de dinţi fluorurată, o periuţă de dinţi şi aţă dentară ar trebui să vă ia 3 – 5 minute. Ordinea corectă a curăţării dinţilor este următoarea: întâi folosiţi aţa dentară şi apoi vă periaţi dinţii. Această ordine vă permite să îndepărtaţi, prin periaj, resturile alimentare şi bacteriile degajate cu aţa dentară.

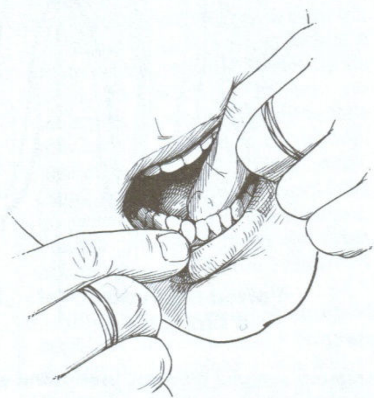
Cum să folosim aţa dentară şi periuţa de dinţi

Este important să avem o tehnică corectă.

Folosirea aţei dentare

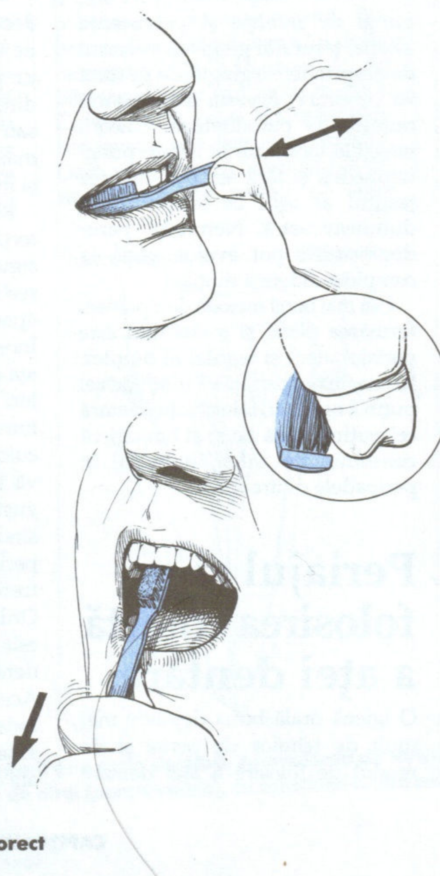
Învârtiţi aţa de dinţi, cerată sau nu, în jurul ambelor degete mijlocii, lăsând aproximativ 5-7,5 cm între degete. Pentru dinţii de sus, poziţionaţi aţa între degetul mare al unei mâini şi indexul celeilalte, inseraţi-o între dinţi şi apoi mişcaţi-o uşor dinainte înapoi, de la vârful la rădăcina dinţilor. Pentru dinţii de jos, cel mai bine este să poziţionaţi aţa între indexul unei mâini şi a celeilalte.





Periajul dentar

Folosiţi o perie moale din păr de porc şi nu apăsaţi cu putere. Începeţi cu suprafaţa externă a dinţilor şi cu suprafaţa internă a măselelor dumneavoastră. Poziţionaţi orizontal periuţa şi periaţi dinainte înapoi, uşor, folosind curse scurte, de aproximativ jumătate din lăţimea unui dinte, la nivelul liniei gingivale. Pentru a curăţa suprafaţa internă a incisivilor superiori şi inferiori, periaţi vertical, mişcând periuţa atât peste dinţi cât şi peste gingii. Pentru a curăţa joncţiunea dintre dinţi şi gingii, periaţi la un unghi de 45^0 (vezi fig.), ţinând periuţa cu perii în sus. De asemenea, periaţi suprafaţa ocluzală a dinţilor cu o mişcare uşoară de frecare şi periaţi suprafaţa limbii pentru o respiraţie mai proaspătă.



Folosirea aţei dentare

Luaţi cel puţin 45 de cm de aţa dentară – cerată sau nu, cum vă este mai uşor de folosit – şi înfăşuraţi cea mai mare parte a ei în jurul degetului mijlociu al uneia dintre mâini. Apoi, înconjuraţi 1-2 ture în jurul degetului mijlociu al celeilalte mâini astfel încât să aveţi 5 – 7,5 cm de aţă între cele două degete.

Cu o mişcare blândă de du-te-vino, introduceţi aţa printre dinţi fără să o loviţi de gingie. La nivelul şanţului gingival, ţineţi aţa întinsă, îndoiţi-o în forma literei C şi răzuiţi în sus şi în jos pe faţa fiecărui dinte. Cu fiecare cursă ar trebui să pătrundeţi încet, din ce în ce mai jos sub linia gingivală, până în momentul în care întâmpinaţi rezistenţă.

Nu vă alarmaţi dacă vă sângerează gingiile după primele folosiri ale aţei dentare. Dacă sângerarea continuă după fiecare folosire a aţei, consultaţi stomatologul. În acest ultim caz, problema ar putea fi o folosire incorectă a aţei dentare şi medicul vă va arăta modul corect de a o utiliza.

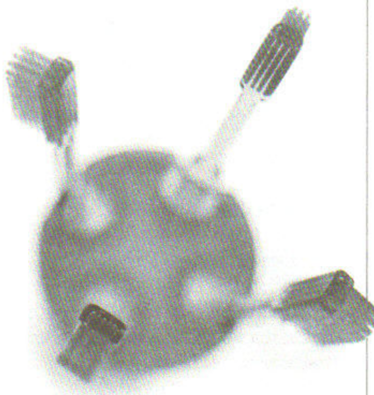
Periajul

Periaţi-vă dinţii de cel puţin 2 ori pe zi, în special seara. La început, puneţi o cantitate mică de pastă de dinţi fluorurată pe periuţa de dinţi şi poziţionaţi periuţa orizontal pe dantură. Pentru a curăţa eficient suprafeţele cuprinse între vârful şi rădăcina tuturor dinţilor, mişcaţi periuţa dinainte înapoi, iniţial orizontal şi apoi vertical dinspre linia gingivală spre în afară, făcând o serie de curse scurte şi uşoare.

În cazul suprafeţelor din vecinătatea gingiilor, mişcaţi periuţa cu scurte curse dinainte înapoi sau printr-o mişcare de rotaţie atât peste dinţi cât şi peste gingii. Poziţionarea periuţei astfel încât să facă un unghi cu suprafaţa dintelui va ajuta la o curăţare mai eficientă a joncţiunilor dintre dinţi şi gingie. Periaţi şi suprafeţele ocluzale cu o mişcare blândă de frecare, dar şi suprafaţa limbii pentru a avea o respiraţie mai proaspătă.

Pasta de dinţi

Deşi, cu puţine excepţii, toate pastele conţin suficient fluor pentru a vă proteja împotriva cariilor, interesul sporit pentru sănătatea dinţilor a făcut să înflorească industria din domeniu. Au apus acele zile în care pastele de dinţi „promiteau" doar protecţie împotriva cariilor.



Astăzi, ele au pretenţia, de asemenea, că reduc sensibilitatea dentară, combat placa dentară, controlează producerea tartrului etc. De ce tip de pastă aveţi nevoie pentru protejarea şi curăţarea dinţilor dumneavoastră? Iată o analiză a celor mai populare efecte pretinse de industria de specialitate.

Efectul de combatere a plăcii dentare

Unele produse pretind că înlătură placa dentară sau omoară bacteriile ce determină apariţa plăcii, dar toate pastele de dinţi au un oarecare efect de combatere a plăcii, în condiţiile unui periaj corect şi a folosrii corecte a aţei dentare. Indiferent de produsul folosit nu se poate îndepărta toată placa dentară prin periaj. În concluzie, chiar dacă folosiţi o pastă de dinţi cu efect anti-placă, mergeţi regulat la control medical.

Efectul de control asupra tartrului

Nici o pastă de dinţi nu poate îndepărta tartrul de dedesubtul şanţului gingival, acest lucru este posibil doar printr-un detartraj executat într-un cabinet stomatologic. Tartrul este acel depozit alb-gălbui în care se transformă placa dentară prin amestecarea cu minerale şi salivă.

Pastele de dinţi cu efect împotriva tartrului pot preveni depunerea acestuia pe dinţi. Periajul şi folosirea regulată a aţei dentare îndepărtează cea mai mare parte din placă, lăsând doar o mică parte capabilă să se întărească şi să formeze tartrul. O pastă de dinţi cu efect anti-tartru poate să crească sensibilitatea dinţilor dumneavoastră la rece. Dacă survine acest lucru, schimbaţi pasta în favoarea uneia fără efect anti-tartru.

Efectul dat de bicarbonatul de sodiu

Bicarbonatul de sodiu are un slab efect abraziv şi de îndepărtare a petelor dentare, dar sub formă umedă, îşi pierde ceva din acest efect. Unele paste de dinţi conţin peroxid de hidrogen, cu rol în combaterea bacteriilor şi în slăbirea acţiunii plăcii. Cu toate acestea, spălatul corect al dinţilor folosind o pastă de dinţi cu fluor are aceleaşi efecte.

Efectul desensibilizant

Acest tip de paste de dinţi conţin substanţe chimice care inhibă perceperea durerii dentare. Consultaţi-vă medicul stomatolog înainte de a folosi astfel de paste de dinţi. Uneori, această sensibilitate a dinţilor poate fi un semnal de alarmă pentru o problemă ce trebuie rezolvată, nu mascată.

Efectul de înălbire

Înainte de folosirea oricărui tip de gel de înălbire sau cremă abrazivă, consultaţi medicul stomatolog. Pastele de dinţi cu efect de înălbire conţin ingrediente de tipul peroxidului de înălbire sau enzimelor din fructul de papaya, care pot fi aspre pe un ţesut gingival delicat, în special dacă gingiile dumneavoastră sunt retractate de pe dinţi. Pastele de dinţi pentru fumători conţin, de asemenea, puternice substanţe abrazive ce pot fi dure pe ţesutul gingival.

Efectul natural

Dacă folosiţi o pastă de dinţi cu efect natural, ce nu conţine ingrediente artificiale ca îndulcitorii, asiguraţi-vă că este cu fluor. Fără fluor, pastele de dinţi naturale nu au puterea de a combtate eficient cariile.

Utilizarea fluorului

Cu câteva decenii în urmă, cercetătorii au descoperit că îmbogăţind apa de băut cu fluor în regiunile în care apa avea conţinut scăzut de fluor, a dus la diminuarea numărului de carii la copiii care au băut acea apă. Astăzi dovezile ştiinţifice sunt de necontestat: adaosul de fluor în apa de băut, precum şi pastele de dinţi cu fluor ajută la prevenirea cariilor, în special în rândul copiilor. Consumarea

Alegerea periuţei de dinţi

Cea mai potrivită periuţă pentru curăţarea dinţilor şi gingiilor dumneavoastră este cea cu peri moi şi rotunjiţi sau neteziţi la capăt. Perii rigizi sau duri pot leza ţesutul gingival. Mărimea şi forma periuţei se aleg astfel ca ea să poată ajunge la toţi dinţii. Există periuţe de dinţi de diferite mărimi, pentru copii şi adulţi şi cu diferite configuraţii ale perilor.

Reţineţi, doar vârfurile perilor trebuie folosiţi la periaj, aşa că nu este nevoie să exercitaţi o presiune prea mare pe ei. Înlocuiţi-vă periuţa de dinţi la fiecare 3 – 4 luni, sau mai des dacă perii se deformează (se apleacă). Procedând astfel, veţi folosi periuţe eficiente şi, deci, capabile să înlăture placa dentară, bacteriile şi zahărul de pe suprafaţa dinţilor. O periuţă cu perii împrăştiaţi trebuie înlocuită.

Foarte populare pe piaţa în domeniu sunt periuţele electrice cu peri rotativi sau vibratori. Anumite studii au arătat că periuţele electrice folosite corect pot îndepărta mai bine placa dentară şi pot îmbunătăţi sănătatea ţesutului gingival mai bine decât periuţele manuale. În plus, o periuţă electrică poate fi mai uşor de folosit dacă o eventuală artrită sau probleme de dexteritate vă împiedică să vă periaţi dinţii corect. De asemenea, poate fi o unealtă mai eficace pentru persoanele îngrijitoare ce periază dinţii altora.

Deşi o periuţă electrică poate fi mai eficientă, totuşi puteţi obţine o bună igienă orală şi folosind corect o periuţă manuală- care adesea este de câteva ori mai ieftină ca una electrică. Dacă nu ştiţi ce periuţă să folosiţi pentru dumneavoastră şi familie, cereţi medicului dumneavoastră stomatolog să vă recomande una.



de mici cantități de fluor din apa de băut este foarte folositoare, mai ales la copiii mici, când se dezvoltă dantura. Pe măsura dezvoltării copilului, fluorul este încorporat în structura dintelui, furnizând o protecție continuă.

Fluorul este ieftin, sigur și eficient. Cu toate acestea, doar 50% din populația americană bea apă fluorurată. Dacă aveți copii și apa de acasă nu este îmbogățită cu fluor, interesați-vă despre fluorurarea apei de la școală. Dacă nu aveți acces la apă fluorurată, indiferent de vârsta dumneavoastră, puteți întreba stomatologul despre suplimentele cu fluor sub formă de picături sau tablete ce se eliberează cu rețetă medicală. Copiii și adulții vârstnici sunt mai susceptibili de a dezvolta carii dentare. Pentru aceștia, pot fi folositoare apele de gură cu fluor sau o fluorizare externă făcută de medicul stomatolog.

În plus, dumneavoastră și familia dumneavoastră trebuie să folosiți întotdeauna o pastă de dinți cu fluor. Astăzi, există pe piață numeroase paste de dinți fluorurate, inclusiv cele cu aromă de fructe destinate copiilor. Sursele concentrate de fluor, ca de exemplu pastele de dinți sau apa de gură cu fluor, nu trebuie înghițite. Ingestia de prea mult fluor în perioada de dezvoltare a dentiției copilului poate duce la fluoroză, caz în care dinții se dezvoltă cu pete permanente de diferite nuanțe de alb.

Controlul stomatologic

Unul dinrtre cei mai importanți pași în menținerea unei danturi sănătoase este de a vă vizita regulat medicul stomatolog pentru un control riguros al dinților.

Dumneavoastră și copiii dumneavoastră, începând cu vârsta de 3 ani sau mai puțin dacă există probleme, trebuie să vizitați medicul stomatolog de 2 ori pe an. Dacă aveți ceva probleme dentare, veți fi nevoit să mergeți mai des la medic.

Persoanele care au mai multe carii și acordă puțină atenție igienei orale, vor fi nevoite să viziteze stomatologul și mai des, pentru tratament și curățare. Chiar și cei ce nu mai au dinți naturali ar trebui să-și vadă periodic medicul stomatolog. Acesta va stabili programul de examinare în funcție de necesități.

Istoricul medical

Înainte ca medicul stomatolog să vă ceară să vă deschideți larg gura, probabil vă va pune niște întrebări asupra stării de sănătate generală. Răspunsul la aceste întrebări poate avea o influență directă asupra tratamentului dumnevoastră.

De exemplu, anumite afecțiuni cardiace îi fac pe unii susceptibili la o infecție a valvelor cardiace în timpul manipulării gingiilor lor, ca în cazul unei curățări dentare amănunțite sau la plombarea sau extracția unui dinte. Aceste persoane ar trebui ca, înainte de tratamentul dentar, să ia profilactic antibiotice. Cei alergici la penicilină pot avea o reacție alergică dacă aceast medicament le este prescris pentru o infecție dentară, iar cei cu diabet prost controlat se pot îmbolnăvi după stresul reprezentat de un tratament stomatologic.

Stomatologul dumneavoastră sau asistentul acestuia vă poate întreba dacă urmați un anumit tratament astfel încât să nu vă prescrie o medicație care să determine interacțiuni periculoase.

Examinarea

De obicei, la un cotrol, medicul vă examinează atât gura cât și dinții. Uitându-se la gingiile și țesuturile moi, stomatologul caută semne care să indice o eventuală gingivită, parodontoză, precum și afecțiuni mai puțin obișnuite ca leucoplazia, lichenul plan oral sau cancer al cavității bucale (vezi cap. 25 „Dinții și gura").

Dacă purtați proteză dentară, medicul vă va examina gingiile pentru a vedea dacă există semne de presiune și uzură inegală, indicate de zone de piele mai îngroșată, dureroase sau înroșite. Stomatologul vă va examina țesuturile moi, limba și buzele pentru a verifica dacă există leziuni sau alte anormalități.

Medicul examinează fiecare dinte folosind o sondă și o mică oglindă. El va căuta semne de carii, inclusiv zone decolorate sau mici fisuri ale smalțului dentar.

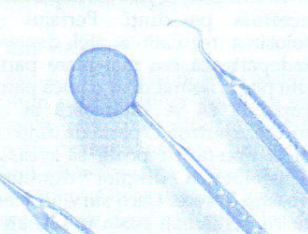
Îngrijirea dinților și afecțiunile cardiace

În cazul persoanelor cu diferite afecțiuni cardiace, o infecție în altă parte a corpului, cum ar fi gura, poate duce la o infecție a inimii (endocardită). Cu toate acestea, majoritatea infecțiilor dentare nu determină endocardită.

Persoanele cu cel mai mare risc pentru acest tip de infecție sunt cele cu valve cardiace deteriorate. Bacteriile și alte microorganisme de la nivelul gurii se pot atașa de țesutul din zona inimii unde curgerea sângelui este turbulentă – ca de exemplu pe valve cardiace deteriorate sau disfuncționale – și se pot multiplica acolo.

Endocardita poate apărea oricând bacteriile circulă prin curentul sangvin. Microorganismul poate intra în fluxul dumneavoastră sangvin în timpul procedurilor stomatologice sau chirurgicale ca de exemplu extracția unui dinte sau ablația amigdalelor. Mult mai des, însă, endocardita urmează unei lezări minime a gingiei sau poate fi rezultatul unei igiene dentare deficitare. Endocardita este o boală severă și poate fi mortală.

Pentru a scădea riscul de endocardită, persoanele cu probleme valvulare ar trebui să-și perieze zilnic dinții și să folosească zilnic ața dentară și, de asemenea, să meargă periodic la controale dentare. Aceste persoane ar trebui, de asemenea, să ia antibiotice înainte de un tratament dentar. Spuneți neapărat medicului dacă suferiți de o boală de inimă.



Plombele existente sunt verificate să nu fie deteriorate sau să nu existe semne de noi cavități de jur împrejurul marginilor lor. Pentru a determina semnele pierderii de țesut osos sau de afecțiune gingivală, medicul va verifică și starea parodonțiului marginal.

Radiografiile dentare

Aproape toți cei ce au fost la stomatolog au facut și radiografii dentare. Ca și în alte domenii ale medicinei, razele X sunt folosite în diagnosticarea bolilor sau injuriilor. Ele sunt utile în identificarea prezenței și întinderii cavităților dentare. O radiografie poate identifica o carie într-un dinte chiar dacă smalțul dentar arată intact, în special dacă acea carie este ascunsă între dinți sau este sub linia gingivală.

Radiografiile ajută, de asemenea, la punerea diagnosticului de abces, distrugere osoasă datorată parodontozei, fracturi de mandibulă, maxilar și dinți, sau la diagnosticarea altor anormalități ale dinților, mandibulei sau maxilarului. De asemenea, radiografiile pot determina starea danturii care nu a erupt încă sau s-a deteriorat.

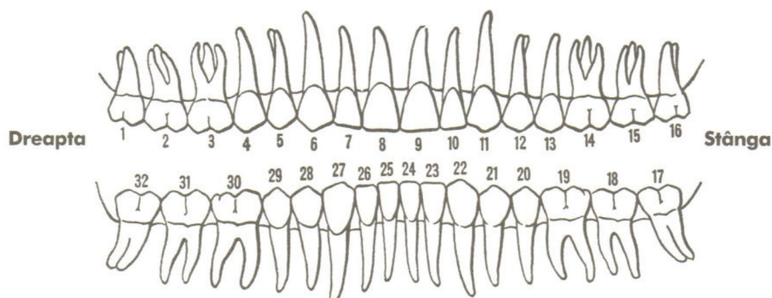
Radiografia se poate face folosind fie clasicul film cu raze X, fie tehnologie digitală. Pentru a depista cariile, stomatologul folosește filmul cu incidență bitewing sau filmul cu aripioare laterale. O mică bucată de film este plasată în gura dumneavoastră, lângă dinți. Veți ține filmul pe loc mușcând de hârtia ce acoperă filmul. Aparatul de raze X este orientat către dintele în cauză și expunerea este realizată. Pe când imaginea digitală este gata pe loc, developarea unui film durează câteva minute. În oricare dintre cazuri, o radiografie îl poate ajuta pe medicul dumneavoastră să determine cel mai bun mod de a acționa.

Cantitatea de radiații folosită în timpul unei radiografii clasice este extrem de mică, iar cea folosită la realizarea unei radiografii digitale este și mai mică. Cu toate acestea, nimeni n-ar trebui să se expună la radiații mai mult decât este necesar. Stabiliți împreună cu stomatologul cât de des este necesar să faceți radiografii dentare. Ca o precauție împotriva excesului de iradiere, medicul ar trebui să vă îmbrace cu un șorț de plumb care să vă acopere de la piept până în partea inferioară a abdomenului.

Curățarea dinților

Când stomatologul dumneavoastră vă curăță dinții, scopul lui este de a vă îndepărta toată placa și tartrul acumulate. Tartrul este cauza primară a afecțiunilor gingivale de tipul gingivitei și parodontozei. Depunerea de tartru este mai problematică când se formează sub linia gingivală.

Stomatologul poate îndepărta tartrul într-unul din următoarele 2 moduri. Modul tradițional constă în raclarea depozitelor de tartru de pe dinții dumneavoastră cu un instrument de detartraj supragingival. Altă metodă de detartrare constă în folosirea unui dispozitiv cu ultrasunete care desprinde

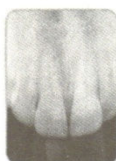


Erupția ultimilor dinți începe la 6 ani și, de obicei, se termină complet la 12 ani

Dreapta sus

Stânga sus









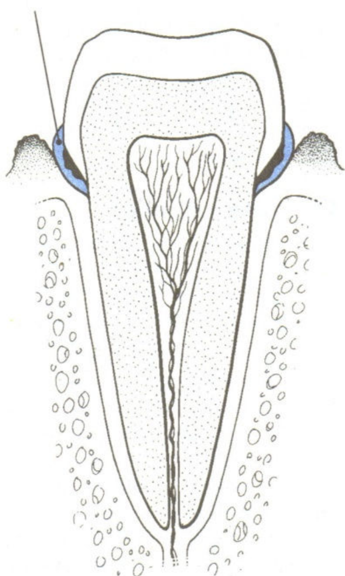




Dreapta jos

Stânga jos

Radiografiile dentare sunt utile în diagnosticarea prezenței și întinderii cariilor și ale altor anomalii ale dinților și ale structurilor ce îi susțin. Figura ilustrează un set de radiografii ale tuturor dinților unui pacient.



Tartrul este o acumulare de minerale şi de placă dentară pe suprafaţa dinţilor dumneavoastră. În momentul curăţării dinţilor, stomatologul va îndepărta tartrul, în special de la nivelul sau dedesubtul şanţului gingival, deoarece acesta este prima cauză a afecţiunilor gingivale.

tartrul prin vibraţii. Indiferent de metoda folosită, puteţi prezenta o oarecare sângerare gingivală. La unele persoane, tartrul se dezvoltă rapid necesitând îndepărtarea la câteva luni.

O dată ce tartrul a fost îndepărtat, dinţii sunt lustruiţi, acest lucru fiind util în îndepărtarea petelor sau în încetinirea reacumulării de placă. Lustruirea se face cu o pastă de dinţi specială aplicată cu ajutorul unui dispozitiv cu capete rotative din cauciuc. De obicei, stomatologii încheie controalele copiilor cu o aplicare de fluor pentru a preveni caria dentară. ■

CAPITOLUL 8 PARTEA I

Participaţi la îngrijirea sănătăţii dumneavoastră

Cu ani în urmă, oamenii acceptau sfaturile medicilor fără să pună întrebări. Dar, un astfel de tip de comunicare, într-un singur sens, nu este avantajos nici pentru dumneavoastră nici pentru medic. Puteţi obţine rezultate mai bune dacă participaţi activ la îngrijirea sănătăţii dumneavoastră şi lucraţi în echipă cu medicul dumneavoastră.

Implicându-vă mai activ în îngrijirea sănătăţii dumneavoastră veţi putea trăi o viaţă mai sănătoasă şi mai productivă. Alături de adoptarea unei alimentaţii mai sănătoase şi de practicarea exerciţiilor fizice, colaboraţi cu medicul dumneavoastră şi cu alţi specialişti din domeniu pentru a vă asigura că primiţi îngrijirile preventive recomandate şi testele corespunzătoare de depistare a bolilor. Dacă suferiţi de o anumită boală, este bine să vă documentaţi despre toate aspectele legate de ea.

Dacă nu aveţi un medic curant, găsiţi-vă unul. Un medic de familie poate să vă evalueze starea curentă de sănătate, poate, dacă suferiţi de o boală severă sau cronică, să coordoneze planul de îngrijire medicală şi poate, de asemenea, să vă ajute să faceţi paşii preventivi adecvaţi pentru evitarea afectării viitoare a sănătăţii.

Lumea medicală de astăzi este complexă şi în măsură să vă ofere mai multe opţiuni şi resurse faţă de trecut. Cel puţin o dată pe an, asiguraţi-vă că starea sănătăţii dumneavoastră este bună şi că puteţi beneficia de toate facilităţile de îngrijire.

A avea grijă de sănătatea dumneavoastră înseamnă mai mult decât a merge la medic. Informaţi-vă despre îngrijirea sănătăţii dumneavoastră. În plus, interesaţi-vă dacă angajatorul dumneavoastră vă poate oferi programe care să vă ajute să obţineţi sau să vă menţineţi o greutate normală, să renunţaţi la fumat sau să vă îmbunătăţiţi forma fizică.

Este folositor să aveţi acasă o trusă medicală de prim ajutor care să conţină articole de bază de tipul termometrului sau medicamentelor uzuale. Ţineţi la îndemână numărul de telefon al medicului dumneavoastră precum şi numerele de urgenţă.

Specialităţi medicale

Comitetul American al Specialităţilor Medicale administrează specialităţile medicale primare. Unele specialităţi medicale au subspecialităţi. Iată lista principalelor specialităţi şi subspecialităţi (în SUA):

Specialităţi medicale

Alergologie şi imunologie
Anestezie şi terapie intensivă
Anatomie patologică
Balneologie şi recuperare medicală
Chirurgia colonului şi rectului
Chirurgie generală
Chirurgie ortopedică
Chirurgie plastică
Chirurgie toracică
Dermatologie
Genetică medicală
Medicina muncii
Medicină de familie
Medicină de urgenţă
Medicină internă
Medicină nucleară
Medicină preventivă
Neurochirurgie
Obstetrică şi ginecologie
Oftalmologie
Otorinolaringologie
Pediatrie
Psihiatrie şi neurologie
Radiologie
Urologie

Subspecialităţi medicale

Anatomie patologică pediatrică
Boli infecţioase
Boli infecţioase pediatrice
Cardiologie
Cardiologie pediatrică
Chirurgia mâinii
Chirurgie pediatrică
Chirurgie vasculară generală
Citopatologie
Dermatopatologie
Electrofiziologie cardiacă
Endocrinologie, diabet şi boli metabolice
Endocrinologie pediatrică
Endocrinologie-sexologie
Gastroenterologie
Gastroenterologie pediatrică
Geriatrie şi gerontologie
Hematologie
Hemato-oncologie pediatrică
Imunologie clinică şi de laborator
Imunologie dermatologică
Imunopatologie
Managementul durerii
Medicina adolescentului
Medicina aerospaţială
Medicina materno-fetală
Medicina somnului
Medicina sportivă
Medicina subacvatică
Medicina şi chirurgia transplantelor
Medicina transfuziilor
Medicină de laborator
Medicină legală
Medicină sportivă
Microbiologie medicală
Nefrologie
Nefrologie pediatrică
Neonatologie
Neurofiziologie clinică
Neuropatologie
Oncologie ginecologică
Oncologie medicală
Otologie şi neuro-otologie
Otorinolaringologie pediatrică
Pneumologie
Pneumologie pediatrică
Psihiatria copilului şi a adolescentului
Psihiatria toxicomaniilor
Psihiatrie geriatrică
Psihiatrie legală
Radiologie nucleară
Radiologie pediatrică
Reumatologie
Reumatologie pediatrică
Terapie intensivă chirurgicală
Terapie intensivă pediatrică
Toxicologie medicală
Toxicopatologie

Furnizorii de servicii de îngrijire medicală

Medicii, asistentele medicale şi alţi profesionişti medicali fac parte din echipa de îngrijire a sănătăţii. Este important ca, în momentul în care solicitaţi ajutor medical, să ştiţi şi să înţelegeţi ce anume face fiecare dintre aceşti profesionişti şi pregătirea pe care o are fiecare în parte.

Medicii

Medicul este cel care răspunde de acordarea şi coordonarea îngrijirii medicale. Deşi sistemul medical se bazează pe ajutorul dat de asistentele medicale şi ceilalţi profesionişti din echipa de îngrijire medicală, totuşi, cel care răspunde în final de îngrijirea dumneavoastră medicală este medicul dumneavoastră.

Pentru a putea deveni medic este necesară mai întâi absolvirea liceului, urmată de finalizarea a 4 ani de şcoală medicală (în SUA). În mod obişnuit, studenţii la medicină îşi petrec primii 2 ani studiind bazele medicinei, ce cuprind cursuri de anatomie umană, fiziologie, biochimie, embriologie şi dezvoltare umană, microbiologie şi farmacologie. Anii 3 şi 4 ai şcolii medicale se concentrează pe iniţierea în îngrijirea pacientului. Cele mai importane domenii medicale parcurse în aceşti 2 ani cuprind:

- medicina internă (îngrijirea medicală a pacienţilor adulţi)
- neurologie
- pediatrie şi medicina adolescentului
- obstetrică şi ginecologie
- medicină de familie
- psihiatrie

După ce studenţii au obţinut diploma medicală, ei trebuie să parcurgă un program de rezidenţiat ce durează 3 ani sau mai mult şi care constă în munca în spital şi clinici ambulatorii sub îndrumarea medicilor experimentaţi. În mod obişnuit, rezidenţii îşi încep rezidenţiatul fie într-o specialitate de îngrijire primară, cum ar fi medicina internă, medicina de familie sau pediatria, fie într-o secţie de chirurgie generală. Un rezident are voie să se înscrie la examenul de obţinere a licenţei statale, doar după ce a parcurs 1 an într-unul din programele de pregătire aprobate.

Medicii sunt obligaţi să-şi reînnoiască anual licenţa statală pentru a putea practica. O comisie statală de acreditare examinează creditele candidaţilor şi apoi îi examinează pe cei ce se înscriu să practice în statul respectiv.

Aceeaşi comisie examinează şi plângerile pacienţilor sau ale colegilor medici referitoare la comportamentul neadecvat sau neprofesional al medicilor din statul respectiv. Dacă este necesar, această comisie poate revoca licenţa unui medic, dacă există dovezi de malpraxis.

Un medic ce se mută dintr-un stat în altul trebuie să obţină o licenţă în noul stat. De obicei, noul stat recunoaşte creditele obţinute în primul stat. Cu toate acestea, anumite state cer ca medicii să susţină şi să promoveze toate examenele de calificare înainte de a obţine licenţa. O dată ce medicii îşi termină programul de rezidenţiat, ei se pot înscrie la un examen pentru certificarea, de către o comisie de specialitate, în specialitatea în care s-au pregătit.

Anumiţi medici aleg să-şi perfecţioneze cunoştinţele şi să-şi concentreze atenţia pe un anumit domeniu al medicinei, pe când alţii aleg să fie generalişti pentru că le place să ofere oamenilor îngrijiri medicale complete şi pe înţelesul lor. Amândouă categoriile de medici sunt necesare şi pot fi certificate de comisiile specialităţilor lor.

Un medic de familie vă urmăreşte starea de sănătate generală şi oferă îngrijirile uzuale pentru o serie de afecţiuni. În cazul în care aceste tratamente obişnuite nu au succes sau doriţi şi o altă părere asupra unei afecţiuni mai complexe, medicul de familie cere ajutorul unui medic specialist.

În anumite cazuri, medicul specialist oferă îngrijiri pe termen lung. De exemplu, dacă aveţi diabet, un diabetolog (endocrinolog) poate să devină principalul dumneavoastră medic. În alte cazuri, medicul specialist abordează o problemă specifică şi recomandă opţiuni terapeutice pe care medicul de familie le poate urmări.

Educaţia unui medic nu se încheie o dată cu obţinerea licenţei sau a certificării iniţiale de către o comisie de specialitate. De obicei, medicii urmează regulat cursuri de educaţie medicală continuă pentru a fi la curent cu noutăţile din domeniul lor de activitate. Unele state cer medicilor un anumit număr de ore de educaţie medicală continuă pentru a-şi menţine licenţa. Comisiile diferitelor discipline medicale au şi ele cerinţe de educaţie medicală continuă din partea medicilor din specialitatea respectivă, cerinţe ce pot fi mai stricte comparativ cu cele ale altor state.

? Întrebare şi răspuns

Care este diferenţa între un M.D. şi un D.O.?

Un D.O. este un medic specializat în osteopatie, iar un M.D. este un medic licenţiat în medicina convenţională. Amândoi sunt practicanţi de medicină, autorizaţi.

Osteopatia este o disciplină medicală recunoscută, care are multe în comun cu medicina convenţională. Asemenea medicilor tradiţionali, doctorii specializaţi în osteopatie urmează o pregătire riguroasă şi lungă, atât academică cât şi clinică. Ei sunt licenţiaţi să aplice multe dintre tratamentele medicilor tradiţionali-inclusiv terapie şi prescrierea de medicamente.

Diferenţa între osteopaţi şi medicii tradiţionali este aceea că osteopaţii se bazează mai mult pe tehnici de mobilitate în tratarea afecţiunilor. Prin aceste tehnici, au ca scop înlăturarea tensiunii în articulaţii şi alinierea coloanei vertebrale şi a musculaturii ataşate pentru a îmbunătăţi circulaţia şi curgerea lichidelor prin corp. Medicii osteopaţi tratează adesea probleme ale articulaţiilor, musculaturii, tendoanelor precum şi anumite tipuri de dureri de cap, probleme de respiraţie, tulburări digestive şi ginecologice.

În plus față de cursurile de educație continuă, medicii se pun constant la curent cu informația medicală în continuă schimbare citind reviste de specialitate, mergând la conferințe și discutând cu colegii lor de specialitate.

Asistentele medicale

Asistentele medicale sprijină și asistă medicii, ajutându-i la îndeplinirea planurilor terapeutice și la evaluarea rezultatelor. De asemenea, ele oferă deseori informații pacienților pentru a-i ajuta să-și gestioneze, la domiciliu, problemele de îngrijire a sănătății.

Există mai multe categorii de asistente medicale. O asistentă certificată (R.N.) este obligată să absolve anumite cursuri de specialitate pentru a obține o diplomă liceală și apoi să promoveze un examen de obținere a licenței statale. Unele obțin diplome postliceale. O asistentă cu drept de practică (L.P.N.) are o pregătire academică mai mică decât o asistentă certificată (R.N.) și nu are dreptul să efectueze toate sarcinile pe care aceasta din urmă le îndeplinește.

Majoritatea asistentelor sunt generaliste. Unele, însă, se specializează într-un anumit domeniu de îngrijire ca de exemplu: cardiologie, pediatrie, psihiatrie sau chirurgie. Alte asistente specializate sunt:

- asistente de anestezie
- asistente de medicină internă
- asistente educatoare
- asistente de obstetrică (moașe)
- asistente practicante
- asistente de medicina muncii
- asistente de sănătate publică

Aceste specializări cer studii suplimentare, precum și certificare din partea comisiilor. De fapt, asistentele îndeplinesc multe dintre îndatoririle de bază pe care și medicii le au cum ar fi examinarea și tratarea pacienților. În unele state, asistentele pot elibera singure rețete. În majoritatea statelor, însă, ele pot prescrie medicamente doar sub îndrumarea unui medic.

De la începutul profesiei de asistent medical, în anii 1800, asistentele s-au concentrat pe educarea pentru sănătate a celorlalți. Scopurile acestei educări sunt următoarele:

- îmbunătățirea sănătății și prevenirea complicațiilor
- oferirea de cunoștințe și informații necesare pentru luarea de decizii informate
- diminuarea fricii și a anxietății
- promovarea unei bune stări de sănătate

Multe asistente sunt implicate în cercetare, putând publica rezultatele cercetării lor în revistele de specialitate. În plus, ele se pun tot timpul la punct cu noutățile în domeniul îngrijirii pacienților și al medicinei, și participă la conferințele de specialitate.

Alt personal medical de îngrijire

În afară de medici și de asistente există mulți alții, foarte importanți și ei în acordarea de îngrijiri medicale eficiente. Alte tipuri de personal medical și lucrători specializați implicați în îngrijirea medicală sunt menționați mai jos împreună cu descrierea activității lor.

- *Îngrijitorii și supraveghetorii* care efectuează diverse servicii elementare, precum transportul persoanelor și ajutarea asistentelor în acordarea îngrijirii medicale de bază, în cadrul unităților medicale
- *Audiologii* sunt specialiști în domeniul auzului. Ei evaluează problemele de auz ale pacienților și asistă medicul la corectarea lor
- *Paramedicii (tehnicieni medicali ce intervin în urgențe)* oferă îngrijire în urgențe, inclusiv terapie intensivă și transportul persoanelor bolnave sau accidentate la unitățile medicale.
- *Fiziologi pentru exercițiile fizice medicale* sunt cei care evaluează în mod științific efectele exercițiilor fizice asupra funcțiilor organismului și recomandă programe de exerciții fizice sănătoase.
- *Asistenții de îngrijire la domiciliu* îi ajută pe cei care nu se pot deplasa de la domiciliul lor la activități de zi cu zi cum ar fi îmbrăcatul, igiena personală și mâncatul. Ei efectuează și îngrijiri medicale simple de tipul schimbării bandajelor.
- *Laboranții* efectuează teste și analize de sânge, urină etc. pentru a ajuta în diagnosticarea bolilor și monitorizarea evoluției dumneavoastră.
- *Registratorul medical* ține fișele medicale la zi și la îndemână.
- *Moașele* ajută la îngrijirea prenatală, asistă gravidele în travaliu și la expulzia fătului.
- *Infirmierii* desfășoară, în unitățile medicale, muncă necalificată, precum spălarea și hrănirea pacienților și schimbarea așternuturilor.
- *Terapeuții de recuperare medicală (ocupaționali)* vă ajută, în cazul în care sunteți accidentat sau aveți un handicap, să vă redobândiți abilitatea de a vă desfășura activitățile de zi cu zi. Ei vă pot recomanda, dacă este necesar, modificări de amenajare a locuinței dumneavoastră pentru a putea să vă efectuați activitățile zilnice.
- *Opticienii* vă fixează și vă potrivesc lentilele ochelarilor sau lentilelor de contact.
- *Optometriștii* vă testează vederea și vă prescriu ochelarii de vedere.
- *Farmaciștii* prepară anumite mixturi și eliberează rețetele medicale prescrise de doctor.
- *Kinetoterapeuții* vă ajută, dacă sunteți accidentat sau aveți un handicap, să vă redobândiți funcțiile fizice pierdute folosind tehnici precum exercițiul fizic, masajul și ultrasunetele.
- *Podiatriștii* tratează accidentările și alte probleme de la nivelul picioarelor.
- *Psihologii* diagnostichează și tratează problemele de sănătate mintală folosind consilierea, testarea psihologică și psihoterapia.
- *Tehnicienii radiologi* efectuează radiografiile, procesează filmele radiologice și tomografiile computerizate, precum și alte tipuri de testări bazate pe radiații.
- *Terapeuții recreaționali* folosesc un grup de activități recreaționale de tipul muzicii și jocului pentru a ajuta oamenii să-și îmbunătățească abilitățile de comunicare și modelele comportamentale.
- *Dieteticienii* ajută la indicarea și modificarea obiceiurilor alimentare pentru a trata diferitele afecțiuni ale dumneavoastră.
- *Terapeuții respiratori* folosesc dispozitive respiratorii sau alte dispozitive pentru a îmbunătăți abilitatea dumneavoastră de a respira, precum și capacitatea pulmonară.
- *Lucrătorii sociali* oferă consiliere pentru problemele de sănătate sau orice altă problemă cu care se confruntă un individ sau o familie. Ei vă pot ajuta în domeniul financiar, în îngrijirea de după externarea dumneavoastră din spital și în alte situații în care aveți nevoie.

- *Logopezii* tratează tulburări şi accidentări ce afectează capacitatea persoanelor de a vorbi, ca de exemplu ajutarea unui copil să se vindece de o tulburare de articulare a silabelor sau ajutarea unui adult pentru a-şi recăpăta abilităţile de vorbire după un accident vascular cerebral.

Alegerea medicului de familie

Un pas important în prevenirea afecţiunilor şi în gestionarea generală a sănătăţii dumneavoastră este acela de a dezvolta o relaţie deschisă cu medicul dumneavoastră de familie, cel care are în vedere toate aspectele sănătăţii dumneavoastră. În mod ideal, medicul de familie este cel care vă cunoaşte pe dumneavoastră, istoricul medical al familiei dumneavoastră, precum şi condiţiile în care trăiţi şi lucraţi, care pot avea impact asupra stării dumneavoastră de sănătate.

El tratează problemele din momentul în care apar şi se asigură că faceţi testările uzuale de depistare a bolilor pentru prevenirea sau depistarea lor într-un stadiu timpuriu, când sunt cel mai uşor de tratat. Medicul dumneavoastră de familie diagnostichează, tratează o serie de afecţiuni medicale şi vă trimite la medicul specialist atunci când este nevoie de un consult pentru o problemă medicală mai complexă sau neobişnuită. Şi tot medicul de familie este cel care se asigură de compatibilitatea dintre diferitele tratamente pe care le primiţi. Acest lucru este deosebit de important în cazul unei probleme cronice de sănătate sau a coexistenţei mai multor afecţiuni ce necesită consultarea mai multor specialişti.

Acest medic de familie este, de obicei, specializat în practica medicală de familie, în medicină internă, obstetrică-ginecologie sau pediatrie. Un medic de familie este pregătit în aproape toate domeniile medicale, inclusiv în obstetrică-ginecologie şi pediatrie. Un medic de medicină internă este specializat în diagnosticarea şi tratarea problemelor de sănătate ale adultului. Un pediatru se specializează în afecţiunile copilului şi ale adolescentului.

Primul lucru pe care trebuie să-l faceţi când vreţi să vă alegeţi un medic de familie este să vă alcătuiţi o listă de nume. Înainte să vă mutaţi într-o nouă comunitate, rugaţi doctorul dumneavoastră curant să vă recomande anumiţi medici.

De asemenea, puteţi să obţineţi sugestii şi din alte surse. Puteţi începe cu „Pagini aurii". Medicii sunt trecuţi de obicei în ordinea specialităţilor şi a adreselor. Este util, de asemenea, să vă adresaţi Asociaţiei Medicale Americane (AMA), pentru obţinerea unei liste de medici din zona dumneavoastră. Vezi pag. 1380 pentru informaţii despre cum să contactaţi AMA. Puteţi să vă întrebaţi prietenii sau vecinii şi să-i rugaţi să vă recomande un medic. O dată ce aţi alcătuit lista dumneavoastră cu nume, contactaţi fiecare cabinet pentru a afla mai multe informaţii.

Iată câteva întrebări care vă pot ajuta în efectuarea unei selecţii.

- Tonul secretarei este cald şi prietenos? Vă răspunde direct la întrebare?
- Cu ce spital colaborează medicul?
- Care sunt orele de lucru ale cabinetului?
- Vă acceptă medicul asigurarea dumneavoastră de sănătate?
- Unde şi cum veţi primi ajutor de urgenţă, în afara orelor de funcţionare a cabinetului?
- Care este timpul alocat de medic consultaţiei?
- Vă va acorda medicul o scurtă întrevedere iniţială de prezentare?

Obţinerea unei a doua opinii medicale

Poate veni vremea, în special pe măsură ce o boală evoluează, când veţi dori o a doua opinie înainte să începeţi un tratament recomandat de medicul dumneavoastră de familie. În plus, anumite tipuri de asigurări de sănătate solicită o a doua opinie înainte să accepte costul anumitor proceduri.

Cel care iniţiază căutarea unei a doua opinii medicale puteţi fi dumneavoastră sau medicul dumneavoastră. Un bun medic nu trebuie să aibă reţineri în a vă trimite la un specialist, atunci când este necesar. Aceste opinii ale specialiştilor sunt utile şi în cazul în care diagnosticul este clar, dar nu şi tratamentul corespunzător. Această a doua opinie medicală va fi, de asemenea, în interesul dumneavoastră dacă:

- afecţiunea pentru care cereţi sfatul specialistului este severă;
- tratamentul recomandat de medicul dumneavoastră este riscant, experimental sau controversat;
- se întrezăreşte o intervenţie chirurgicală.

Dacă doriţi o a doua opinie medicală, pentru a cântări mai multe opţiuni terapeutice, spuneţi acest lucru medicului dumneavoastră.



Construirea unei bune relaţii medic-pacient

Cele mai bune rezultate în îngrijirea sănătăţii dumneavoastră rezultă dintr-o bună colaborare între dumneavoastră şi medic. Pentru a pune un diagnostic precis sau pentru a dezvolta o bună strategie de îngrijire preventivă, doctorul dumneavoastră are nevoie de informaţii pe care numai dumneavoastră i le puteţi da.

Pe de altă parte, pentru a trata o boală sau a preveni apariţia vreuneia, dumneavoastră trebuie să urmaţi sfaturile medicului. Fiecare aveţi roluri importante în acest parteneriat. Iată câteva sfaturi pentru a obţine cea mai bună îngrijire.

- Puneţi întrebări.
- Înţelegeţi ce face medicul dumneavoastră sau echipa lui şi de ce.
- Dacă aveţi vreo tulburare, interesaţi-vă de diagnostic, inclusiv de numele tulburării, prognosticul, la ce să vă aşteptaţi având boala respectivă, precum şi de recomandările de tratament.
- Urmaţi sfaturile medicului dumneavoastră.
- Contactaţi-vă medicul dacă aveţi orice simptom neaşteptat, disconfort sau orice altă problemă.

Aşteptări şi responsabilităţi

Aşteptările şi responsabilităţile joacă, de asemenea, un rol important în construirea unei bune relaţii terapeutice cu doctorul dumneavoastră.

Aşteptări de la medicul dumneavoastră

Când consultaţi un medic, aveţi anumite aşteptări de la el, lucruri pe care acesta ar tebui să le ofere.

- *Informaţii.* Sunteţi îndreptăţit la cât de multe informaţii doriţi despre boala dumneavoastră.
- *Timp.* Ar trebui să vi se acorde un interval de timp reuzonabil pentru a pune întrebări şi a discuta despre îngrijorările dumneavoastră, în timpul unei consultaţii.
- *Accesibilitate rezonabilă.* Ar trebui să puteţi să vă programaţi la o consultaţie la medicul dumneavoastră într-un timp rezonabil de la solicitare. Anumite cabinete adoptă o politică de „acces deschis", conform căreia puteţi face programări în aceeaşi zi sau în ziua următoare solicitării.
- *Respectarea programărilor.* Ar trebui să puteţi fi văzut de medicul dumneavoastră într-un interval rezonabil de timp de la venirea dumneavoastră la consultaţia programată. Cu toate acestea, fiţi conştient că medicul dumneavoastră poate fi ocazional chemat să rezolve o urgenţă medicală.

Întocmirea unui istoric familial de boală

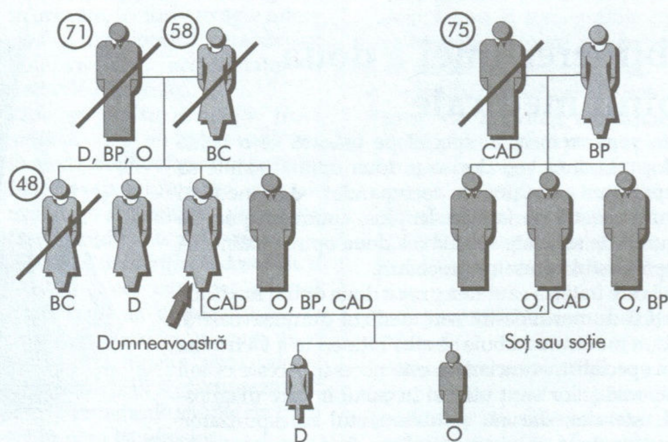
Înainte de examinarea dumneavoastră medicală, strângeţi informaţii despre orice boală avută în copilărie, despre accidente sau operaţii.

Este important pentru doctorul dumneavoastră să fie la curent cu orice boală transmisă genetic în familia dumneavoastră, ca de exemplu boala Huntington sau drepanocitoza. Părinţii pot transmite copiilor aceste boli, deşi nu întotdeauna tuturor copiilor dintr-o generaţie.

În mod similar, unele boli comune au cauze familiale evidente. De exemplu, dacă tatăl dumneavoastră are o afecţiune cardiacă nu este neapărat necesar ca şi dumneavoastră să aveţi o asemenea afecţiune. Dar, medicul duneavoastră trebuie să ştie despre antecedentele dumneavoastră familiale în ceea ce priveşte această boală, astfel încât să poată surprinde semnele timpurii de boală şi să recomande măsurile preventive capabile să reducă alţi factori de risc controlabili.

Pentru a întocmi un istoric familial de boală, scrieţi o listă cu orice afecţiune cronică avută de părinţii, bunicii, fraţii, surorile, copiii şi chiar mătuşile şi unchii dumneavoastră. Investigaţi dacă boala provine din partea familiei tatălui sau mamei dumneavoastră. Astfel de afecţiuni cronice pot fi: hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, boala Alzheimer, boli renale etc. Notaţi-le chiar şi pe cele pe care nu le consideraţi ereditare, şi de asemenea şi dacă vreo rudă apropiată a murit la o vârstă tânără datorită unei afecţiuni.

Furnizaţi aceste informaţii medicului dumneavoastră de familie pentru întocmirea fişei dumneavoastră medicale.



Iată un exemplu al arborelui de familie ce trasează istoricul medical al unei familii.

- *Contacte în caz de urgenţă medicală.* Medicul dumneavoastră trebuie să vă informeze unde să mergeţi pentru îngrijiri medicale în caz de urgenţă, şi dacă poate fi contactat.
- *Estimarea costurilor.* Aveţi dreptul să ştiţi cât vă vor costa îngrijirile medicale.
- *Confidenţialitatea.* Starea dumneavoastră de sănătate şi fişa dumneavoastră medicală sunt treaba dumneavoastră şi a medicului. Pentru anumite afecţiuni, de exemplu bolile infecţioase, legea cere ca medicul dumneavoastră să anunţe autorităţile medicale publice.
- *Dreptul de a lua decizii.* Aveţi dreptul de a participa la luarea deciziilor legate de îngrijirea dumneavoastră medicală, pe baza cunoştinţelor despre starea dumneavoastră de sănătate şi boală. Acest lucru se numeşte consimţământ informat.

Responsabilităţile dumneavoastră ca beneficiar al îngrijirilor medicale

Şi dumneavoastră aveţi anumite responsabilităţi. Medicul aşteaptă ca dumneavoastră să :

- *Respectaţi ora consultaţiilor programate.* Dacă sunteţi nevoit să anulaţi programarea, faceţi-o cu cel puţin 24 de ore înainte. Acest lucru va permite medicului dumneavoastră să consulte alţi pacienţi în timpul acelei programări. Astfel, va fi asigurată o accesibilitate mai bună la serviciile medicale pentru toţi, inclusiv pentru dumneavoastră. În acest mod veţi putea fi consultat în ziua solicitării sau după cel mult o zi.
- *Oferiţi informaţii cu privire la medicaţia pe care o luaţi.* Informaţi-vă medicul despre toate medicamentele pe care le luaţi, inclusiv cele luate din proprie iniţiativă, vitamine sau suplimente nutritive. Enumeraţi-le sau aduceţi recipientele medicamentelor. Acest lucru va permite medicului dumneavoastră să treacă în revistă şi să evalueze toate medicamentele pe care le luaţi şi să se asigure că nu există nici un medicament care să vă facă rău, sau că nu există interacţiuni medicamentoase între diferitele medicamente administrate.
- *Cunoaşteţi-vă propriul istoric medical şi pe cel al familiei.* Fiţi gata să discutaţi despre aceste lucruri cu medicul dumneavoastră.
- *Răspundeţi exact şi complet la întrebări.* Aceste informaţii ajută medicul să vă monitorizeze mai bine sănătatea, să vă evalueze orice risc pentru sănătate şi să pună diagnosticul corect când este nevoie.
- *Puneţi întrebări.* Medicul dumneavoastră este acolo pentru a vă ajuta să învăţaţi cum să trăiţi mai sănătos şi cum să controlaţi mai bine bolile. Dacă există ceva ce nu înţelegeţi, rugaţi-vă medicul să vă explice pe înţelesul dumneavoastră.
- *Urmaţi recomandările de tratament.* Când medicul vă prescrie o medicaţie sau altă formă de tratament, respectaţi exact ceea ce vă recomandă. Fiţi răbdător, uneori este nevoie de timp pentru ca un tratament să-şi facă efectul. Însă, dacă prezentaţi vreo reacţie adversă la un medicament sau o agravare a simptomatologiei, contactaţi-vă medicul.

Când mergeţi la medic?

Vă puteţi programa o consultaţie la medicul dumneavoastră dacă prezentaţi dureri, tulburări de respiraţie (respiraţie sacadată) sau alte simptome ce indică o problemă medicală. În plus, prezentaţi-vă regulat la medic pentru o examinare medicală preventivă.

Procedând astfel, vă veţi ajuta medicul să evalueze atât starea dumneavoastră generală de sănătate cât şi factorii de risc pentru diferite boli. Aceste controale regulate sunt importante. Multe afecţiuni ca de exemplu diabetul, hipertensiunea arterială şi anumite tipuri de cancer nu produc nici un fel de simptome în stadiile timpurii de evoluţie, dar pot fi detectate la un control preventiv şi tratate dacă sunt descoperite din vreme.

Cât de des trebuie să vă controlaţi starea de sănătate depinde de vârsta dumneavoastră, de starea generală de sănătate şi de istoricul medical al familiei dumneavoastră. Recomandările prezentate aici sunt pentru persoane care sunt , în general, sănătoase şi nu prezintă simptome de boală.

Examinarea fizică obişnuită

În general, o examinare fizică include, pe lângă examinarea din cap până în călcâie, şi discutarea simptomelor şi îngrijorărilor curente, a stilului de viaţă, a problemelor anterioare de sănătate şi a istoricului familial de boală.

La ce să vă aşteptaţi

Trebuie să cunoaşteţi că, în timpul examinării, medicul sau asistenta medicală va dori:

- să vă verifice înălţimea, greutatea, tensiunea arterială şi frecvenţa cardiacă;
- să vă examineze gura;
- să vă examineze ochii, urechile, nasul şi pielea;
- să caute semne de mărire a ganglionilor limfatici din regiunea cervicală, axilară sau la nivelul încheieturilor;
- să asculte sunete anormale la nivelul inimii, plămânilor sau abdomenului;
- să palpeze anomalii sau formaţiuni mărite la nivelul abdomenului, în special la nivelul ficatului, splinei sau rinichilor;
- să verifice pulsul dumneavoastră la nivelul gâtului, încheieturilor şi picioarelor;
- să vă verifice reflexele.

Dacă sunteţi femeie, medicul vă va examina şi sânii, va face şi un control ginecologic cu un test Papanicolaou (Pap test), precum şi un tuşeu rectal. Aceste proceduri sunt recomandate o dată cu începerea vieţii sexuale sau cu împlinirea vârstei de 18 ani, oricare ar fi ordinea.

Dacă sunteţi bărbat, medicul vă va examina şi testiculele pentru eventuali nodului sau umflături şi vă va face un tuşeu rectal pentru palparea prostatei.

Reţineţi: medicul nu va verifica absolut totul. Dacă aveţi o anumită problemă, de exemplu pierderea în greutate fără un motiv aparent sau dacă aţi observat dificultăţi accentuate în respiraţie, spuneţi-le medicului dumneavoastră, astfel ca acesta să vă poată evalua corect problema.

Când să faceţi un examen fizic

Cât de des ar trebui să vă faceţi un control fizic complet depinde de sexul dumneavoastră, de istoricul medical, de factorii de risc pentru anumite afecţiuni, precum şi de recomandările medicului dumneavoastră. În trecut, se recomanda

un control medical anual. Deseori, acest lucru nu este necesar. Când vă faceţi prima examinare la medicul dumneavoastră, stabiliţi împreună ce se potriveşte mai bine nevoilor dumneavoastră individuale. O regulă bună ar fi să vă faceţi un control la următoarele intervale:

- de 2 ori între 20 şi 30 de ani;
- de 3 ori între 30 şi 40 de ani;
- de 4 ori între 40 şi 50 de ani;
- de 5 ori între 50 şi 60 de ani;
- anual după 60 de ani.

Teste preventive de depistare a bolilor

Testele şi examenle preventive (screening) de depistare a afecţiunilor, efectuate regulat, reprezintă cea mai bună metodă de depistare a potenţialelor probleme în stadii timpurii de evoluţie, când şansele de succes terapeutic sunt cele mai mari. Aceste teste preventive de depistare se efectuează adesea în timpul examinărilor fizice regulate.

Care sunt testele şi examenele de depistare cele mai indicate pentru dumneavoastră? Doar dumneavoastră împreună cu medicul puteţi hotărî acest lucru. Cu toate acestea, există totuşi nişte indicaţii generale pentru examenele preventive de depistare.

Vă prezentăm o listă a examenelor şi testelor recomandate, în general, bărbaţilor şi femeilor ce nu prezintă simptome sau factori de risc pentru o boală anume.

Dacă aveţi mai mult de 50 de ani sau aveţi mai mulţi factori de risc pentru o boală, medicul dumneavoastră vă poate recomanda şi alte teste adiţionale sau efectuarea mai frecventă a anumitor teste.

Teste de depistare recomandate

Acestea sunt teste pe care ar trebui să le faceţi regulat. Testele menţionate sunt valabile atât pentru femei cât şi pentru bărbaţi.

Dozarea colesterolului sangvin (colesterolemia)

Un test de dozare a concentraţiei sangvine a colesterolului cuprinde, de fapt, mai multe teste sangvine (lipide sangvine). Vor fi determinate atât colesterolul total, lipoproteinele cu densitate scăzută (LDL sau colesterolul „rău") şi lipoproteinele cu densitate crescută (HDL sau colesterolul „bun") cât şi trigliceridele, un alt tip de grăsimi sangvine.

LDL-colesterolul depozitează substanţe grase pe peretele arterelor dumneavoastră, iar HDL-colesterolul transportă aceste substanţe departe de artere, către ficat, unde se depozitează. Problemele apar când LDL-colesterolul depozitează prea multe grăsimi sau când HDL-colesterolul transportă prea puţine grăsimi de la peretele arterial la ficat. Acest lucru poate duce la formarea unor depozite grase de colesterol pe pereţii arteriali, fenomen cunoscut sub numele de ateroscleroză.

La ce foloseşte acest test?

Acest test este necesar pentru determinarea nivelurilor de colesterol şi trigliceride (lipide) din sângele dumneavoastră. Nivelurile crescute de lipide în sânge cresc riscul de atac de cord şi accident vascular cerebral.

Când şi cât de des trebuie efectuat?

Este bine să aveţi o evaluare iniţială (un nivel de referinţă) a colesterolemiei la vârsta de 20 de ani, apoi repetaţi-o la fiecare 5 ani, dacă nivelurile se menţin în limite normale. Dacă rezultatele sunt anormale, va terebui să le repetaţi mai des.

Măsurarea tensiunii arteriale

Tensiunea arterială este determinată de cantitatea de sânge pe care inima dumneavoastră o pompează şi de rezistenţa opusă curgerii sângelui de către pereţii arteriali. Testul măsoară tensiunea arterială sistolică – valoarea de vârf a presiunii pe care inima dumneavoastră o generează pompând sânge prin artere, şi tensiunea diastolică, nivelul presiunii din artere în perioada în care inima dumneavoastră se odihneşte între două bătăi.

La ce foloseşte acest test?

Acest examen este necesar pentru depistarea precoce a hipertensiunii arteriale.

În general, cu cât inima pompează mai mult sânge, cu atât ea depune un efort mai mare şi cu cât pompează sânge prin nişte artere mai înguste ea va munci mai mult ca să pompeze aceeaşi cantitate de sânge. Cu cât trece mai mult timp până la depistarea şi tratarea hipertensiunii arteriale, cu atât va creşte riscul dumneavoastră de a face atac de cord, accident vascular cerebral, insuficienţă cardiacă şi afectare renală.

Când şi cât de des trebuie efectuat?

Cel mai bine este să vă măsuraţi tensiunea arterială ori de câte ori mergeţi la un consult medical. Ar trebui să vă măsuraţi tensiunea cel puţin la doi ani.

Testele de depistare a cancerului de colon

Acestea constau într-unul sau mai multe teste pentru depistarea celulelor precanceroase sau a semnelor de cancer de colon. Testele pot fi de mai multe feluri. Radiografia baritată şi colonoscopia permit vizualizarea întregului colon, ceea ce este de preferat. Consultaţi-vă medicul despre scopurile şi limitările următoarelor opţiuni de testare:

- teste fecale pentru depistarea sângerării oculte;
- fibrosigmoidoscopia;
- tranzitul baritat;
- colonoscopia.

În prezent, sunt studiate o serie de noi teste de ajutor în depistarea cancerului ca de exemplu: teste specializate de scaun şi teste ce utilizează tomografia computerizată. Cu toate acestea, însă, nu se recomandă efectuarea de rutină a testelor de depistare.

La ce folosesc aceste teste?

Ele folosesc la depistarea cancerului şi a formaţiunilor precanceroase (polipi), de pe faţa internă a peretelui colonic, care se pot transforma canceros. Multe persoane evită aceste testări datorită ruşinii sau a fricii de disconfort. Însă, nu uitaţi că aceste teste v-ar putea salva viaţa prin detectarea polipilor înainte ca ei să se transforme canceros sau prin depistarea cancerului în faze timpurii de evoluţie, când şansele de recuperare bună sunt cele mai mari.

Când şi cât de des trebuie efectuate?

Cei cu risc mediu ar trebui să facă un test de depistare a cancerului colonic o dată la 5-10 ani, începând cu vârsta de 50 de ani. Cât de des

Teste specifice vârstei recomandate femeilor

Test	Vârsta 20-39 ani	Vârsta 40-50 ani	Peste 50 ani
Colesterolemie	O testare de referinţă la 20 de ani, apoi la 5 ani	La 5 ani	La 5 ani
Măsurarea tensiunii arteriale	La 2 ani	La 2 ani	La 2 ani
Examinarea clinică a sânilor	La 3 ani	Anual	Anual
Teste de depistare a cancerului colonic	Întrebaţi medicul	Întrebaţi medicul	La 5-10 ani
Control stomatologic	Anual	Anual	Anual
Examen oftalmologic	La 3-5 ani	La 3-5 ani	La 1-3 ani
Dozarea glicemiei pe nemâncate	Întrebaţi medicul	O testare de referinţă la 45 de ani	La 3 ani
Mamografie	Întrebaţi medicul	O testare de referinţă la 40 de ani, apoi întrebaţi medicul	Anual
Testul Papanicolaou	La 1-3 ani	La 1-3 ani	La 1-3 ani
Testul de saturaţie a transferinei	Întrebaţi medicul	Întrebaţi medicul	Întrebaţi medicul

Alte teste pe care femeile ar trebui să le ia în considerare

Test	Vârsta 20-39 ani	Vârsta 40-50 ani	Peste 50 ani
Măsurarea densităţii osoase	Întrebaţi medicul	Iniţial la menopauză	Întrebaţi medicul
Examinarea pielii întregului corp	La 3 ani	La 2 ani	Anual
Testarea auzului	Întrebaţi medicul	Întrebaţi medicul	O testare de referinţă la 60 de ani
Teste de depistare a hepatitei	Întrebaţi medicul	Întrebaţi medicul	Întrebaţi medicul
Teste de depistare a HIV şi sifilisului	Întrebaţi medicul	Întrebaţi medicul	Întrebaţi medicul
Testul de stimulare a hormonilor tiroidieni	Întrebaţi medicul	Întrebaţi medicul	Întrebaţi medicul

Teste specifice vârstei recomandate bărbaţilor

Test	Vârsta 20-39 ani	Vârsta 30-40 ani	Peste 50 de ani
Colesterolemie	Iniţial la 20 de ani, apoi la 5 ani	La 5 ani	La 5 ani
Măsurarea tensiunii arteriale	La 2 ani	La 2 ani	La 2 ani
Teste pentru depistarea cancerului colonic	Întrebaţi medicul	Întrebaţi medicul	La 5-10 ani
Control stomatologic	Anual	Anual	Anual
Examen oftalmologic	La 3-5 ani	La 3-5 ani	La 1-3 ani
Dozarea glicemiei pe nemâncate	Întrebaţi medicul	O testare de referinţă la 45 de ani	La 3 ani
Testul de saturaţie a transferinei	Întrebaţi medicul	Întrebaţi medicul	Întrebaţi medicul

Alte teste pe care bărbaţii ar trebui să le ia în considerare

Test	Vârsta 20-39 ani	Vârsta 40-50 ani	Peste 50 de ani
Examinarea pielii întregului corp	La 3 ani	La 2 ani	Anual
Testarea auzului	Întrebaţi medicul	Întrebaţi medicul	O testare de referinţă la 60 de ani
Testare pentru depistarea hepatitei	Întrebaţi medicul	Întrebaţi medicul	Întrebaţi medicul
Testare pentru depistarea HIV şi sifilis	Întrebaţi medicul	Întrebaţi medicul	Întrebaţi medicul
Antigenul specific prostatic (PSA) şi tuşeu rectal	Întrebaţi medicul	Întrebaţi medicul	Anual
Testul de stimulare a hormonilor tiroidieni	Întrebaţi medicul	Întrebaţi medicul	Întrebaţi medicul

ar trebui să faceţi acest test de depistare depinde de tipul de test, de recomandările medicului dumneavoastră şi de rezultatele obţinute la testele anterioare. Celor cu risc crescut pentru cancerul colonic, datorită antecedentelor familiale de boală sau datorită altor factori, medicul le-ar putea recomanda un asemenea test de depistare a cancerului colonic înainte de vârsta de 50 de ani.

Controlul stomatologic

În timpul examenului stomatologic, medicul vă examinează dantura şi gingiile, şi verifică dacă există anomalii (umflături) pe limbă, buze sau pe ţesuturile moi.

La ce foloseşte acest test?

Acest examen se efectuează pentru depistarea cariilor şi a afecţiunilor de tipul parodontozei. Medicul stomatolog caută de asemenea şi leziuni sau alte anomalii la nivelul cavităţii bucale care ar putea indica prezenţa unui cancer.

Când şi cât de des ar trebui efectuat?

Ar fi bine să vă controlaţi dantura cel puţin o dată pe an sau cum vă recomandă medicul dumneavoastră. Aceste controale stomatologice ar trebui să înceapă în copilărie şi să continue la vârsta adultă.

Examenul oftalmologic

În timpul acestui examen, un medic oftalmolog sau un optometrist vă verifică vederea şi mişcările oculare, căutând semne de boală.

La ce foloseşte acest test?

El este util în a stabili dacă aveţi nevoie de ochelari corectori sau pentru a vedea dacă prezentaţi riscul de a face anumite boli ca glaucom, cataractă sau degenerare maculară de involuţie.

Când şi cât de des trebuie efectuat?

Este bine ca, până la vârsta de 50 de ani, să vă controlaţi ochii la 3-5 ani, dacă medicul dumneavoastră oftalmolog nu vă recomandă mai des. După 50 de ani, controlaţi-vă ochii la fiecare 1-3 ani.

Dozarea glicemiei pe nemâncate

Acesta este un test de sânge care măsoară nivelul glucozei în sângele dumneavoastră după un repaus alimentar de 8 ore.

La ce foloseşte acest test?

Examenul este util în depistarea nivelurilor crescute de glucoză în sânge, indicator de diabet zaharat.

Când şi cât de des trebuie efectuat?

Este recomandat să vă determinaţi un nivel de referinţă la vârsta de 45 de ani. După 50 de ani, dozaţi-vă glicemia la fiecare 3 ani. Dacă prezentaţi risc pentru diabet datorită antecedentelor familiale sau a altor factori, medicul vă poate recomanda să începeţi testarea la o vârstă mai tânără şi să o faceţi mai des.

Testul de saturaţie a transferinei

Este un test de sânge ce măsoară cantitatea de fier legată de o proteină transportatoare de fier (transferina) din sângele dumneavoastră.

La ce foloseşte acest test?

Testul este util în detectarea hemocromatozei, o stare în care organismul dumneavoastră depozitează prea mult fier (supraîncărcare cu fier). Fierul în cantitate excesivă poate produce afectări ale organelor interne. La gravide şi anumiţi sugari, se efectuează testări pentru a vedea dacă nivelurile de fier nu sunt prea scăzute.

Când şi cât de des trebuie efectuat?

Întrebaţi medicul. Nu există o regulă care să stabilească când şi cât de des trebuie efectuat testul, acestea trebuie stabilite în funcţie de factorii dumneavoastră de risc.

Teste adiţionale de depistare recomandate femeilor

În plus faţă de testele de depistare obişnuite recomandate adulţilor, femeile ar trebui să efectueze regulat câteva teste în plus.

Examenul clinic al sânilor

Acesta constă într-o examinare clinică a sânilor dumnevoastră şi a regiunii axilare, ceea ce constituie o parte uzuală a unui examen fizic de rutină.

Medicul dumneavoastră va căuta orice modificare de culoare, iregularitate a pielii sau modificare a mameloanelor. Apoi va căuta, prin palpare, noduli sau ganglioni limfatici măriţi de volum.

La ce foloseşte acest test?

Este util în detectarea leziunilor canceroase sau precanceroase ale sânilor dumneavoastră.

Când şi cât de des trebuie efectuat?

Înainte de vârsta de 40 de ani, ar trebui să mergeţi la control cel puţin la 3 ani. După 40 de ani, ar trebui să vă controlaţi anual.

Mamografia

În cursul acestui test de depistare, sânii dumneavoastră sunt comprimaţi între nişte plăci de plastic, timp în care asistentul vă radiografiază ţesutul mamar.

La ce este foloseşte acest test?

Este util în decelarea leziunilor canceroase şi precanceroase ale sânilor dumneavoastră.

Când şi cât de des trebuie efectuat?

O testare de referinţă se recomadă, în general, la 40 de ani. Între 40 şi 49 de ani, recomandările variază. Consultaţi-vă cu medicul dumneavoastră. După 50 de ani însă, efectuaţi-vă anual testul.

Testul Papanicolaou

În cursul acestui test, medicul introduce o spatulă de plastic sau de metal în vaginul dumneavoastră. Apoi, cu ajutorul unei perii moi, medicul răzuieşte uşor câteva celule de pe colul uterin, pe care le depune pe o lamelă de sticlă, în vederea examenului de laborator.

La ce este foloseşte acest test?

Este util în detectarea leziunilor canceroase şi precanceroase de la nivelul ţesutului colului uterin.

Când şi cât de des trebuie efectuat?

Un test iniţial ar trebui făcut la 18 ani sau la începerea vieţii sexuale. Apoi, testările ulterioare sunt recomandate la fiecare 1-3 ani. După trei testări consecutive negative, dumneavoastră împreună cu medicul dumneavoastră puteţi opta pentru testări mai puţin frecvente. Întrebaţi medicul ce este mai recomandabil în cazul dumneavoastră.

Teste adiţionale de depistare pe care femeile ar trebui să le ia în considerare

Femeile ar trebui să-şi examineze starea de sănătare a sistemului lor osos, în special după menopauză.

Măsurarea densităţii osoase (osteodensitometria)

Acest test constă în radiografierea specializată a regiunii inferioare a coloanei vertebrale şi a bazinului.

La ce este foloseşte acest test?

Este util în detectarea osteoporozei, o afecţiune ce constă în pierderea de masă osoasă ceea ce poate să vă crească riscul de fracturi.

Când şi cât de des trebuie efectuat?

Faceţi-vă o examinare de referinţă după instalarea menopauzei sau mai devreme, dacă aveţi istoric familial de boală sau prezentaţi alţi factori de risc. Repetarea testului depinde de rezultatele testului de referinţă şi de recomandările medicului dumneavoastră.

Teste adiţionale de depistare pe care bărbaţii ar trebui să le ia în considerare

Bărbaţii ar trebui să verifice sănătatea prostatei lor în special după vârsta de 50 de ani.

Dozarea antigenului specific prostatic şi tuşeul rectal

În cursul unui tuşeu rectal, medicul introduce un deget acoperit de mănuşă şi lubrefiat în rectul dumneavoasră şi palpează prostata pentru a identifica orice leziune sau nodul. Testul de dozare a antigenului specific prostatic (PSA) este un test de sânge ce măsoară cantitatea unei anume proteine sintetizate de prostată.

La ce folosesc aceste teste?

Tuşeul rectal poate detecta mărirea de volum a prostatei de origine necanceroasă (hiperplazie prostatică benignă sau BPH) sau poate decela prezenţa cancerului prostatic. Un test de dozare a PSA poate decela un cancer prostatic. Cu toate acestea, valori crescute ale PSA pot proveni şi de la o hiperplazie benignă de prostată sau de la alte afecţiuni necanceroase.

Când şi cât de des trebuie efectuate?

Recomandările pentru cât de des să faceţi – înainte de vârsta de 50 de ani- un tuşeu rectal sau o dozare de PSA, variază. Este mai bine să consultaţi doctorul.

După vârsta de 50 de ani, faceţi anual un tuşeu rectal şi o dozare de PSA. Dacă riscul dumneavoastră de boală este scăzut şi aveţi deja mai multe testări anterioare de PSA şi tuşeuri rectale negative, medicul dumneavoastră vă poate sugera spaţierea acestor testări la intervale mai lungi.

Teste adiţionale de depistare pe care femeile şi bărbaţii ar trebui să le ia în considerare

Întrebaţi medicul care dintre următoarele teste sunt potrivite pentru dumneavoastră.

Examinarea pielii întregului corp

Medicul vă examinează pielea din cap până în picioare, căutând aluniţe sau alte excrescenţe de formă sau culoare neregulată, asimetrice sau care au crescut sau au suferit modificări de la vizita anterioară.

La ce foloseşte acest test?

El foloseşte la depistarea cancerului de piele.

Când şi cât de des trebuie efectuat?

Un examen complet al pielii ar trebui făcut la fiecare 3 ani între 20 şi 40 de ani. Începând cu 40 de ani, examenul ar trebui repetat la 2 ani, iar după vârsta de 50 de ani, anual.

Testarea auzului

În timpul acestei testări, medicul verifică cât de bine recunoaşteţi vorbitul şi sunetele, la diferite volume şi frecvenţe.

La ce foloseşte acest test?

Depistează afectarea (scăderea) auzului.

Întrebări ce trebuie puse

Dacă medicul vă recomandă un anume test, întrebaţi numele acestuia şi scopul lui. Dacă aţi efectuat recent testul, spuneţi acest lucru medicului. S-ar putea să nu fie nevoie să-l repetaţi. Alte întrebări pe care aţi putea să le puneţi ar fi:

- De ce am nevoie de acest anume test?
- Cât de exact şi de încredere este acest test?
- Ce se întâmplă dacă rezultatul obţinut este pozitiv? Sau negativ?
- Este acest test invaziv – străpunge pielea sau pătrunde în organism- sau neinvaziv? Dacă testul este invaziv, ce riscuri prezintă?
- Cât costă testul şi este el acoperit de asigurarea de sănătate?
- Ce alte alternative mai sunt la dispoziţie dacă refuz acest test?



Când şi cât de des trebuie efectuat?

O testare de referinţă ar trebui făcută la 60 de ani sau mai devreme dacă aţi fost expuşi la zgomote puternice sau suspectaţi o pierdere a auzului.

Teste de depistare a hepatitei

Acestea sunt, de asemenea, teste de sânge.

La ce folosesc aceste teste?

Sunt utile pentru depistarea hepatitei cronice B sau C. Persoanele cu hepatită cronică B sau C au un risc crescut de afecţiuni hepatice şi cancer hepatic.

Când şi cît de des trebuie efectuat?

Medicul dumneavoastră vă poate recomanda acest test dacă aveţi unul sau mai mulţi factori de risc pentru hepatită.

Teste pentru depistarea HIV şi a sifilisului

Aceasta presupune efectuarea a 2 teste de sânge.

La ce folosesc aceste teste?

Testele sunt folosite pentru depistarea virusului HIV şi sifilisului, infecţii ce pot duce la serioase probleme de sănătate. În cazul în care un test iese pozitiv, el trebuie repetat folosindu-se o altă metodă mai sensibilă.

Când şi cât de des trebuie efectuate?

Medicul vă va recomanda efectuarea acestor teste dacă aveţi unul sau mai mulţi factori de risc pentru una dintre aceste afecţiuni.

Testul de stimulare a hormonilor tiroidieni

Acesta este un test de sânge. Hormonul TSH este sintetizat de glanda hipofiză aflată în creier. Acest hormon stimulează secreţia tiroidiană de hormoni tiroidieni, dintre care cel mai activ este tiroxina.

La ce foloseşte acest test?

Acest test detectează dacă tiroida dumneavoastră este mai puţin activă (hipoactivă), producând prea puţină tiroxină, sau este hiperactivă, producând prea multă tiroxină.

Când şi cât de des trebuie efectuat?

Nu există un acord, în acest sens, între experţi. Întrebaţi-vă medicul ce se potriveşte mai bine situaţiei dumneavoastră.

Când consultaţi un specialist?

În anumite cazuri, medicul dumneavoastră de familie poate să nu fie sigur de un diagnostic sau de cel mai bun tratament pentru problema dumneavoastră. În acest caz, vă poate trimite să consultaţi un specialist.

A consulta un alt doctor specializat într-un anumit domeniu medical poate fi necesar şi în beneficiul dumneavoastră dacă:

- Dumneavoastră şi medicul doriţi o a doua opinie asupra diagnosticului sau opţiunilor terapeutice.
- Suferiţi de o afecţiune rară sau de o manifestare neobişnuită a unei afecţiuni comune.
- Aveţi nevoie de o procedură specială sau de o intervenţie chirurgicală.
- Nu răspundeţi la tratamentul administrat.
- Boala dumneavoastră progresează deosebit de repede sau prezintă noi complicaţii.
- Aveţi simptome importante care au persistat sau au evoluat şi medicul dumneavoastră nu este sigur de diagnostic.

Medicul dumneavoastră vă poate trimite la un specialist cu care colaborează des. Medicul poate să contacteze specialistul, să-l pună în temă cu cazul dumneavoastră şi să vă programeze la o consultaţie. Puteţi, de asemenea, să vă găsiţi singur un specialist.

Înainte de a vă duce la specialist, formulaţi-vă o listă de întrebări. Specialistul vă va întreba probabil despre istoricul bolii dumneavoastră şi poate repeta unele din testele pe care tocmai le-aţi efectuat. În orice caz, asiguraţi-vă că o copie a fişei dumneavoastră medicale ajunge la medicul specialist.

Deseori, domeniile de evaluare se suprapun. De exemplu, dacă aveţi un diagnostic de cancer pulmonar, puteţi fi văzut de unul sau mai mulţi dintre specialiştii următori: un pneumolog, un oncolog, un specialist în radioterapie care va superviza tratamentul radioterapic şi un chirurg specializat în chirurgie toracică.

Reţineţi, medicina nu este o ştiinţă exactă. Diferiţi medici - fiecare cu înaltă specializare şi experienţă- pot avea preferinţe diferite între opţiunile terapeutice corespunzătoare tratării unei anume boli.

Toate opţiunile terapeutice pot fi rezonabile, dar fiecare va prezenta avantaje şi dezavantaje. Medicul dumneavoastră de familie este cel care vă poate ajuta să selectaţi informaţia şi să stabiliţi care tratament este mai bun pentru dumneavoastră. ■

CAPITOLUL 9 PARTEA I

Măsuri pentru siguranţa dumneavoastră

În fiecare an se investesc o cantitate apreciabilă de timp, bani, cercetare ştiinţifică şi efort uman în găsirea de noi metode de prevenire a bolilor. Dumneavoastră, ca milioane de alţi oameni, veţi fi din ce în ce mai atent să vă îmbunătăţiţi dieta, să faceţi suficient exerciţiu fizic şi să folosiţi alte metode care să vă asigure menţinerea unei bune stări de sănătate, a dumneavoastră şi a familiei dumneavoastră.

Cu toate acestea, mult prea des, oamenii par să neglijeze nişte riscuri mult mai evidente care le ameninţă sănătatea. Aproape 1 din 20 de decese din SUA se datorează accidentelor. Acestea reprezintă cauza cea mai frecventă a mortalităţii în rândul persoanelor sub 35 de ani. 50% din numărul total de decese din rândul copiilor se datorează accidentelor. Anual, pe autostrăzi, la locurile de muncă şi acasă, accidentele lezează zeci de milioane de americani. Multe dintre aceste accidente pot fi evitate.

Paginile următoare vă oferă diferite sfaturi pentru siguranţa dumneavoastră. Această informaţie nu are pretenţia să fie completă, dar vă avertizează asupra potenţialelor situaţii periculoase din viaţa de zi cu zi, inclusiv din timpul dedicat activităţilor recreative.

Siguranţa în casă

Anual, zeci de mii de americani mor datorită accidentărilor suferite în propriile lor case. Câteva măsuri simple de siguranţă pot deseori preveni lezările accidentale şi moartea.

Armele de foc

Dacă păstraţi o armă în casa dumneavoastră, asiguraţi-vă că este depozitată fără muniţie, încuiată într-un loc sigur şi departe de copii.

În plus, păstraţi arma în stare bună de funcţionare pentru a preveni accidentările datorate funcţionării defectuoase. Luaţi-o periodic din locul de depozitare şi asiguraţi-vă că este curăţată şi în stare bună de funcţionare. Recitiţi măsurile de siguranţă prevăzute în prospectul armei, precum şi tehnicile de încărcare şi descărcare.

Cele mai multe accidente cu arme de foc se petrec la domiciliu şi mai puţin altundeva. Totuşi, nu la mare distanţă în urmă se situează accidentele cu arme ce au loc la locul de muncă, pe autostradă şi în timpul activităţilor recreative.

Incendiile

Focul este o cauză majoră de deces şi lezare petrecute la domiciliu, dar şi cauza unor mari distrugeri de proprietate. Cele mai multe din incendiile produse la domiciliu se datorează neglijenţei. Deseori, ele pot fi prevenite aplicând câteva măsuri simple de precauţie.

Iată câţiva paşi de urmat pentru scăderea riscului de accidentare şi distrugere a bunurilor produse de un potenţial incendiu din casa dumneavoastră.

Nu fumaţi niciodată în pat

Fumatul neglijent reprezintă, în SUA, cauza celor mai multe decese cauzate de foc. Ţineţi-vă ţigările, trabucurile sau pipele departe de dormitor şi fiţi atent ca ele să nu aprindă vreo mobilă altundeva în casă. Dacă există mucuri de ţigară sau scrum, asiguraţi-vă că sunt stinse.

Ţineţi un extinctor la îndemână

E bine să aveţi un extinctor în bucătărie. Puteţi, de asemenea, să mai aveţi unul în garaj. Asiguraţi-vă că membrii familiei ştiu să manipuleze un extinctor. Verificaţi anual dispozitivul de stingere.

Întocmiţi un plan de salvare

Asiguraţi-vă că domiciliul dumneavoastră are ieşiri de siguranţă. Dacă este nevoie, cumpăraţi scări de incendiu sau alte mijloace de salvare de la ferestrele de la etaj. Exersaţi cu familia dumneavoastră procedurile ce trebuie urmate în caz de incendiu. Desemnaţi un loc de adunare pentru cei din familie, astfel ca, în caz de incendiu să fiţi sigur că toţi sunt prezenţi acolo. Păstraţi scările şi holurile degajate. Nu blocaţi niciodată o scară exterioară.



Instalaţi detectoare de fum

Detectoarele de fum sunt preţioase dispozitive de siguranţă. Fiecare casă ar trebui să fie echipată cu asemenea dispozitive. Montaţi-le pe tavan, în dormitoare şi în zonele în care focul ar putea izbucni mai uşor, cum ar fi bucătăria sau garajul. Asiguraţi-vă că aveţi un detector de fum la fiecare nivel al casei dumneavoastră.

Plasaţi detectorul la cel puţin 15 cm de locul în care zidul întâlneşte tavanul. Evitaţi să dispuneţi detectorul de fum în zone puţin expuse curenţilor de aer, ca de exemplu în colţuri, unde fumul pătrunde mai greu. Ţineţi detectorul departe de zonele de duş sau baie, deoarece aburii pot deconecta dispozitivul.

Testaţi lunar detectorul de fum, asigurându-vă că bateriile nu sunt consumate şi schimbaţi bateriile cel puţin o dată pe an. Dacă detectoarele de fum sunt conectate la panoul electric al casei, asiguraţi-vă că există acumulatori de rezervă.

Atenţie la sobele cu lemne şi dispozitive de încălzit cu flacără deschisă

Asiguraţi-vă că zona din jurul dispozitivlor de încălzire cu flacără deschisă este ignifugă. Există diferite norme de construcţie dar, pentru majoritatea sobelor cu lemne sau dispozitivelor de încălzit cu flacără deschisă trebuie respectată o anumită distanţă între dispozitivul de încălzit şi pereţii încăperii din jurul acestuia sau trebuie ca aceşti pereţi să fie izolaţi cu un material ignifug. Podeaua din jurul şi din faţa încălzitorului trebuie izolată cu un material neinflamabil.

Ţineţi kerosenul sau alte substanţe inflamabile departe de zonele des folosite din casa

dumneavostră, precum şi departe de vestibul sau scările interioare. Multe incendii izbucnesc când dispozitivele de încălzit spaţiul interior se răstoarnă, împrăştie combustibil şi aprind mobilele şi suprafeţele înconjurătoare.

Menţineţi în bună stare de funcţionare echipamentele electrice

Asiguraţi-vă că circuitele electrice din casa dumneavoastră sunt puse la punct şi în bună stare. Dacă nu este aşa, angajaţi un electrician calificat să vă execute reparaţiile necesare. Nu supraîncărcaţi prizele. Nu montaţi niciodată o siguranţă mai mare decât cea existentă iniţial pentru a menţine în funcţiune un circuit supraîncărcat. Dacă nu măriţi secţiunea acelui cablu electric, acesta s-ar putea supraîncălzi, şi declanşa un incendiu prin pereţii locuinţei dumneavoastră.

Nu întindeţi prelungitoare pe podea sau sub covoare sau carpete. Vă veţi putea împiedica cu uşurinţă de ele, în special în timpul nopţii. Cu timpul, datorită călcatului şi trasului de cablul acestor prelungitoare situate sub covor, izolaţia se poate deteriora ducând la supraîncălzire şi izbucnirea unui incendiu.

Păstraţi curate şemineele şi hornurile

Instalaţi un geam în faţa şemineului pentru a împiedica scânteile să sară în exterior şi nu lăsaţi niciodată nesupravegheat un foc deschis.

Curăţaţi regulat hornul casei şi ţineţi un extinctor la îndemână. Dacă hornul este folosit ca evacuare a fumului de la o sobă cu lemne, curăţaţi-l de 2 ori pe an. Dacă faceţi doar ocazional focul în şemineul dumneavoastră, atunci este suficient să curăţaţi hornul o dată la 2 ani. Examinaţi şemineul şi observaţi dacă există depuneri de creozot, o răşină inflamabilă ce este un produs secundar focului de lemne. Nu amânaţi repararea hornului.

Îndepărtaţi materialele inflamabile

Puneţi într-un loc sigur toate cârpele sau hârtiile îmbibate cu solvenţi sau alte substanţe inflamabile, după ce le-aţi folosit. Nu le lăsaţi împrăştiate prin garaj sau subsol. Dacă aceste materiale nu sunt depozitate în mod corect, pot apărea combustii spontane producând fum şi foc ce sunt periculoase. Depozitaţi ziarele, hârtia folosită şi orice fel de gunoi inflamabil departe de orice sursă de căldură.

Puneţi vopseaua şi alte substanţe chimice de uz casnic pe un raft, astfel încât să nu fie nici la îndemâna copiilor şi nici expuse scânteilor sau căldurii. Nu lăsaţi chibriturile la îndemâna copiilor.

Monoxidul de carbon

Monoxidul de carbon nu are gust, este inodor, incolor şi mortal. Cunoscut deseori prin formula sa chimică CO, acest gaz este produs prin arderea incompletă a combustibilului pe bază de cărbune. Multe cuptoare de gătit, lămpi, încălzitoare, cazane, calorifere cu apă caldă şi motoare produc monoxid de carbon.

Dacă nivelul monoxidului de carbon dintr-o cameră sau clădire creşte prea mult, începeţi să inspiraţi o cantitate de monoxid de carbon din ce în ce mai mare. Va începe să ia locul oxigenului la nivelul eritrocitelor. O concentraţie prea mică de oxigen şi una prea mare de monoxid de carbon vor împiedica buna funcţionare a organelor vitale, putând provoca moartea.

Cauzele intoxicaţiei cu monoxid de carbon

Riscul de intoxicaţie cu monoxid de carbon este adesea mai mare în timpul sezonului rece. De obicei, când este frig afară oamenii îşi izolează termic casele cât mai bine posibil pentru a conserva căldura. Dar, procedând astfel, ei vor diminua ventilaţia şi vor creşte acumularea poluanţilor din interior, ca de exemplu monoxidul de carbon.

Acumularea de monoxid de carbon se produce, cel mai adesea, ca rezultat al deteriorării supapelor de reglaj sau al semnalizărilor luminoase de pe maşinile de gătit sau încălzit de tipul sobeler, încălzitoarelor portabile cu kerosen, sau dispozitivelor de încălzit sau gătit ventilate inadecvat.

Vehiculele utilizate în scop turistic de tipul rulotelor, pot avea, de asemenea, cuptoare neventilate, sobe sau lămpi cu flacără deschisă care pot produce monoxid de carbon. În plus, gazele de eşapament pot pătrunde în interiorul rulotei tip pickup.

Semnele şi simptomele intoxicaţiei cu monoxid de carbon sunt vagi. Pot apărea dureri de cap, ameţeli, vomă, oboseală şi dezorientare care pot fi cu uşurinţă confundate cu o răceală. Când concentraţia de monoxid de carbon este foarte mare, pot apărea paralizii musculare şi pierderea conştienţei.

Atenţie la artificii!

Luminile strălucitoare şi pocnetele răsunătoare ale artificiilor aduc încântare printre copii şi adulţi. Dar, atenţie cum le folosiţi!

Dacă sunt depozitate în locuinţa dumneavoastră, artificiile sunt o sursă potenţială de incendiu. Puse în funcţiune sunt încă şi mai periculoase. Riscurile potenţiale includ: pierderea vederii şi auzului, arsuri pe degete şi mâini, precum şi pierderea degetelor.

Când folosiţi artificii, trebuie să cunoaşteţi şi să respectaţi legile statului dumneavoastă, referitoare la deţinerea şi manipularea acestora. Folosiţi artificiile doar afară, în aer liber şi la nivelul solului. Păstraţi o distanţă de siguranţă după aprinderea artificiilor şi nu vă jucaţi cu ele o dată aprinse. Nu reaprindeţi niciodată un rest de artificiu. Stropiţi-l cu apă şi înlăturaţi-l. Nu aprindeţi artificiile în sticle, cutii de conserve sau de clei şi niciodată nu desfaceţi sau dezasamblaţi artificiile. E bine ca după ce terminaţi, să aveţi o găleată sau un furtun cu apă la îndemână ca să stropiţi zona unde aţi aprins artificiile.

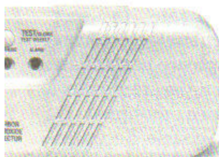


Dacă suspectaţi o intoxicaţi cu monoxid de carbon, îndepărtaţi-vă imediat de sursa de gaz. De asemenea, va trebui să fiţi examinat de un medic, mai ales dacă simptomele sunt severe.

Prevenirea intoxicaţiei cu monoxid de carbon

Procuraţi-vă un detector de monoxid de carbon pentru acasă. Acesta va declanşa o alarmă sonoră ori de câte ori nivelul monoxidului de carbon din aerul din casă sau din clădire va fi mai mare ca cel de siguranţă. Căutaţi codul UL 2034 de pe cutia detectorului. Acesta indică faptul că detectorul întruneşte standardele industriale.

Asiguraţi-vă că sobele cu lemne, şemineele şi dispozitivele cu flamă sunt corect instalate, adaptate, manipulate şi ventilate. Nu folosiţi cuptoarele sau aragazurile pentru încălzirea locuinţei şi nu manipulaţi în spaţii închise, de tipul garajului sau subsolului, vehicule ce funcţionează cu gaz. Nu ardeţi niciodată cărbuni în interiorul locuinţei, rulotei sau cortului.



Alte substanţe toxice

Copiii mici au un risc crescut de otrăvire. Curiozitatea lor este de nestăpânit şi corpul lor este mic, ceea ce face periculoasă chiar o cantitate relativ mică de otravă. În plus, copiii mici au tendinţa să-şi pună în gură cam tot ce găsesc.

Produse aparent inofensive precum crema de ghete, oja, dizolvantul de lac de unghii pot fi periculoase. Stabiliţi o regulă în casa dumneavoastră ca toate produsele periculoase să fie depozitate pe rafturi înalte, în dulapuri suspendate sau încuiate. Stabiliţi o astfel de zonă în bucătărie sau cămară, pentru depozitarea produselor de curăţat, altă zonă în garaj, pentru toxicele folosite în grădină sau la automobil, şi o altă zonă în baie. Şoproanele, pivniţele şi alte locuri unde asemenea substanţe pot fi depozitate, cer acelaşi tip de precauţiuni.

Etichetaţi toate recipientele cu substanţe toxice



Dacă depozitaţi substanţe toxice în alte recipiente dcât cele originale, asiguraţi-vă că aţi etichetat clar recipientul. Cuvântul OTRAVĂ trebuie astfel notat încât să sară în ochi.

Nu folosiţi niciodată borcane în care a fost mâncare pentru copii pentru a depozita substanţe toxice deoarece copiii dumneavoastră ar putea crede că acestea conţin mâncare şi ar putea lua din ele.

Produse de uz casnic

Toxicele folosite în casă, substanţe obişnuite dar potenţial periculoase, includ:

- toate produsele ce conţin alcool;
- produse de curăţat, în special cele ce conţin înălbitori pe bază de clor, amoniac sau detergenţi;
- produse de curăţat şi desfundat WC-ul;
- vopsea şi alte produse derivate de tipul diluanţilor;
- produse de lustruit mobila sau podelele;
- anumite cosmetice.

Medicamente

Teoretic toate medicamentele sunt potenţial toxice, în special în cazul copiilor mici. Medicamentele prescrise de tipul aspirinei, paracetamolului, tabletelor de tuse, celor de răceală şi altor substanţe, trebuie depozitate pe o poliţă înaltă sau într-un dulap care să nu fie la îndemâna copiiilor. Şi vitaminele trebuie ţinute în dulap deoarece pot fi toxice dacă sunt consumate în cantităţi mari.

Articole de grădinărit şi de garaj

Aceste articole potenţial toxice sunt:

- orice fel de insecticid;
- otrăvuri pentru şoareci şi şobolani;
- ierbicidele precum, spray-urile şi pulberile pentru flori şi grădină;
- îngrăşăminte;
- combustibili şi uleiuri;
- alte chimicale folosite în agricultură.

Produse chimice pentru îngrijirea gazonului

Experţii nu sunt de acord cu posibilele efecte nocive pe termen lung, datorate expunerii la produsele chimice destinate îngrijirii grădinii cum sunt ierbicidele, pesticidele sau îngrăşămintele.

Sutele de substanţe chimice folosite la îngrijirea gazonului sunt aprobate de Agenţia de Protecţie a Mediului (EPA). Însă, acest lucru nu garantează siguranţa produselor. Efectele pe termen lung asupra sănătăţii determinate de unele substanţe chimice nu sunt cunoscute.

Două substanţe folosite la îngrijirea gazonului sunt, în continuare, supuse unei analize minuţioase: diazinon şi 2,4-D. Diazinonul, un insecticid, a fost scos de către EPA dintre substanţele destinate îngrijirii terenurilor de golf şi gazoanelor, şi este eliminat treptat din circulaţie. Fabricarea lui a încetat în anul 2003. Această substanţă chimică se absoarbe uşor prin piele şi este toxică pentru păsări. Ierbicidul 2,4-D, conţinut în peste 100 de produse pentru pajişti şi agricultură, poate fi asociat cu o incidenţă mai mare a limfomului non-hodgkinian la câini şi, posibil, la oameni.

Recomandări

Aveţi grijă la folosirea produselor de îngrijire a gazonului. Purtaţi mănuşi şi încălţăminte impermeabile, bluze cu mânecă lungă, mască şi ochelari de protecţie. Legile federale vă cer să urmaţi instrucţiunile de pe etichetele pesticidelor. Multe dintre aceste substanţe se absorb cu uşurinţă prin piele şi pot fi dăunătoare dacă sunt inhalate.

În loc să folosiţi aceste substanţe chimice, ar fi mai bine să contactaţi centrul local pentru grădinărit ca să aflaţi mai multe despre tehnicile de grădinărit ce folosesc substanţe nesintetice sau semisintetice.

Radonul

Elementul uraniu se găseşte în sol şi în rocile ce conţin granit sau fosfat. Aceasta înseamnă că uraniul se găseşte, de asemenea, şi în materialele de construcţie folosite la zidărie ca de exemplu cărămizi sau beton.

Când se descompune, uraniul degajă un gaz numit radon. De obicei, gazul este eliberat în cantităţi atât de mici încât este inofensiv. Uneori, totuşi, în special în interiorul unor case, radonul se poate acumula şi atinge un nivel relativ ridicat. Radonul se descompune în atomi radioactivi care se pot ataşa de particulele de praf şi, dacă sunt inhalate, pot elibera mici cantităţi de energie care pot distruge ţesutul pulmonar şi pot creşte riscul de cancer pulmonar, după mulţi ani de expunere.

Măsurarea radonului

Unitatea de măsură folosită uzual în SUA pentru radioactivitate este curie-ul. Agenţia pentru Protecţia Mediului vă atrage atenţia să acţionaţi dacă nivelul mediu anual al radonului din locuinţa dumneavoastră este de 4 sau peste 4 picocurie pe litrul de aer. Un picocurie reprezintă 10^{-12} curie.

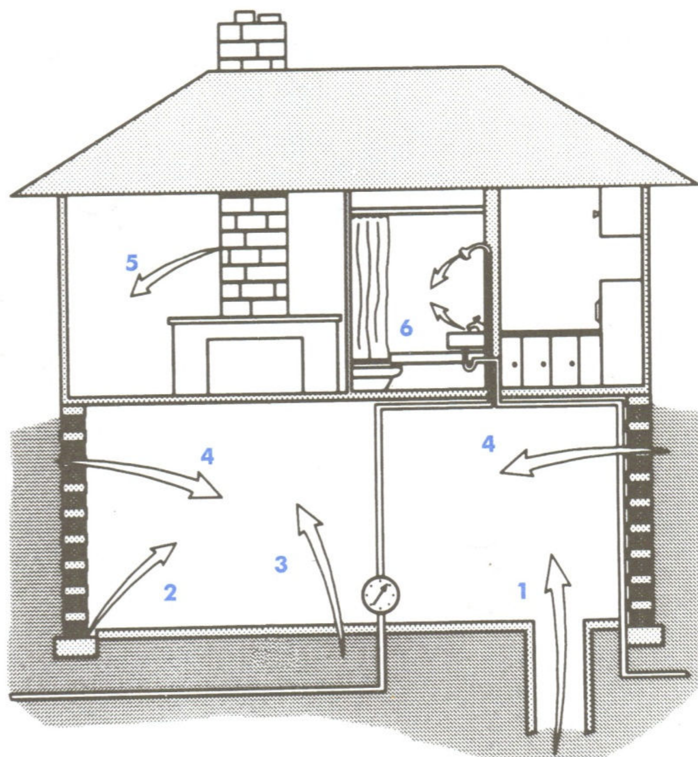
Există mai multe teste de măsurare a concentraţiei de radon. Unul dintre dispozitivele de măsurare este detectorul de particule alfa. Disponibil în magazinele de specialitate şi supermagazine, acest detector măsoară radonul pe o perioadă de câteva luni până la un an. Folosiţi cel puţin 2 detectoare de particule alfa în casa dumneavoastră. Plasaţi una la cel mai jos nivel al locuinţei, ca de exemplu în sufragerie sau într-o cameră de la subsol, şi una într-o zonă la etaj, ca de exemplu în dormitor. Urmaţi instrucţiunile de folosire ale dispozitivului de testat şi returnaţi dispozitivul producătorului de îndată ce expiră perioada de testare. Producătorul vă va trimite rezultatele testului, de obicei, în decurs de 2 săptămâni.

Reducerea nivelului de radon

Dacă rezultatele testelor arată că nivelurile medii de radon din locuinţa dumneavoastră sunt mai mari de 4 picocurie pe litrul de aer, sunt recomandate mici ajustări ale casei. Rareori este nevoie de reamenajări costisitoare. Încercaţi următoarele modificări:

- la nivelul subsolului sau pivniţei, astupaţi toate deschiderile de mari dimensiuni către sol. De asemenea, acoperiţi gurile pompelor de colectare şi evacuaţi-le către exterior;
- folosiţi materiale de umplutură de bună calitate care să adere de beton pentru a sigila crăpăturile şi alte deschizături din podeaua sau pereţii subsolului casei dumneavoastră;
- izolaţi podeaua deasupra oricărui cotlon de la subsol şi lăsaţi deschise orificiile de aerisire de pe toate laturile casei pentru a ventila subsolul;
- dacă nivelul de radon este foarte ridicat, trebuie să vă gândiţi să construiţi un mic ventilator care să aducă înăuntru aer proaspăt. O altă opţiune constă în instalarea unui schimbător de căldură tip aer-aer.

Retestaţi-vă casa după ce aţi făcut modificările, pentru a vedea dacă nivelul de radon a scăzut.



Iată, în ordinea descrescătoare a frecvenţei, cele 6 căi obişnuite prin care radonul poate să pătrundă în casa dumneavoastră: 1. pompe de colectare; 2. spaţii între joncţiunile perete-perete; 3. fisuri în podeaua subsolului şi în joncţiunile de mortar; 4. pori în blocurile de beton; 5. materialele de construcţie folosite în interiorul casei; 6. alimentarea cu apă.

Apa de băut

Cu mulţi ani în urmă, holera, tifosul exantematic şi alte boli produse de apa contaminată, au podus îngrijorarea populaţiei şi au determinat-o să-şi pună problema siguranţei alimentării cu apă. Astăzi, bolile infecţioase nu mai constituie un motiv de îngrijorare, în schimb, grija este îndreptată către alte substanţe contaminante de tipul metalelor grele, difenililor policlorinaţi, pesticidelor şi alte substanţe chimice.

Gropile de gunoi, în special cele în care s-au deversat deşeuri periculoase, sunt surse potenţiale de contaminare. Rezervoarele de benzină şi motorină ale benzinăriilor, ce sunt sparte sau prost întreţinute, precum şi depozitele de combustibil pot, de asemenea,

Lista măsurilor de siguranță în casa dumneavoastră



Nimic nu este mai important ca o locuință sigură. Deși accidentele se pot întâmpla chiar și celor mai grijulii și conștiincioase persoane, totuși, puteți să diminuați riscul de accidente și traumatisme de acasă urmând aceste minime măsuri de siguranță:

La bucătărie

- *Curățați prompt toate murdăriile.* Apa, resturile de mâncare sau alte substanțe împrăștiate pe o podea dură pot cauza alunecări, căzături sau traumatisme.
- *Folosiți o scară pentru a ajunge la rafturile înalte.* Nu vă urcați pe un scaun sau pe o tejghea.
- *Nu țineți cuțitele de bucătărie la îndemâna copiilor.* Pentru a evita să vă tăiați când folosiți un cuțit la tăierea alimentelor, țineți degetele curbate și nu în extensie pe aliment.
- *Poziționați mânerele și cozile oalelor și tigăilor spre spatele plitei de gătit sau raftului de depozitare.* Dacă depășesc marginea, ele se pot vărsa, la o mișcare neatentă sau manipulate de un copil curios, împrăștiind mâncare sau lichide fierbinți cauzatoare de arsuri grave.
- *Țineți grăsimea sau uleiul departe de flacăra aragazului.* În cazul unui mic incendiu în bucătărie folosiți sare, praf de copt sau extinctorul de incendii pentru stingerea focului. Nu aruncați niciodată apă pe flacără.
- *Scoateți din priză toate aparatele electrice pe care nu le folosiți.* În mod particular, scoateți din priză fierul de călcat, prăjitorul de pâine, filtrul de cafea și robotul de bucătărie, în momentele în care nu le folosiți. Scoateți din priză articolele electrocasnice înainte să le curățați sau spălați.
- *Depozitați lichidele de curățat sau alte substanțe chimice într-un dulap înalt sau încuiat.* Asigurați-vă că toate substanțele toxice sunt etichetate clar și păstrate la loc sigur.

În camerele de locuit

- *Folosiți un ecran de protecție în fața șemineului* pentru a preveni împrăștierea în cameră a scânteilor sau tăciunilor aprinși.
- *Asigurați-vă că nici un cablu electric nu traversează podeaua încăperii.* Vă puteți împiedica de ele și dacă sunt deteriorate pot provoca incendii.
- *Nu țineți șnururile draperiilor sau ale transperantelor la îndemâna copiilor.* Copiii pot fi tentați să se joace cu aceste corzi și se pot strangula.
- *Curățați regulat umidificatorul de cameră.* Spălați cu atenție rezervorul de apă cel puțin o dată la 2 săptămâni, atunci când îl utilizați. În interiorul lui, unde este un mediu umed, pot crește bacterii și ciuperci potențial periculoase pentru sănătate.

La baie

- *Nu folosiți aparatură electrică – uscător de păr sau mașină electrică de ras – atunci când sunteți ud,* deoarece puteți suferi un șoc electric sau chiar moarte prin electrocutare.
- *Schimbați toate prizele convenționale cu prize cu împământare.* În multe state, normele de construcție cer aceste tipuri de întrerupătoare la clădirile nou construite.
- *Folosiți covorașe antiderapante în căzile de baie sau cabinele de duș și în vecinătatea lor.* Ele vă vor împiedica să alunecați și să cădeți. Și grătarele de baie au un rol similar.
- *Nu lăsați niciodată un sugar sau un copil mic singur în cada de baie,* se pot îneca chiar și în cantități mici de apă.
- *Păstrați toate medicamentele la loc sigur, departe de copii.* În plus, evitați să aruncați la coșul de gunoi lame de ras folosite, ace de seringi sau alte articole potențial periculoase.

În dormitor

- *Instalați o veioză la îndemână, pe noptieră.* Aprindeți-o când vă ridicați noaptea din pat pentru a preveni căderea sau ciocnirea de un obiect. Țineți-vă și ochelarii la îndemână.
- *Nu țineți medicamentele la îndemână,* în special dacă sunt copii mici în casă.
- *Nu fumați niciodată în pat.* Acest lucru este deosebit de periculos mai ales dacă sunteți obosit sau ați consumat băuturi alcoolice.
- *Scoateți din priză pernele sau păturile electrice când nu le folosiți,* altfel există pericol de incendiu.

În vestibul sau pe scările interioare

- *Scările trebuie să fie în bună stare de funcționare.* Înlocuiți treptele rupte sau crăpate ale scărilor exterioare și interioare. Fixați bine covoarele de pe scări. Toate scările trebuie să aibă balustrade solide.
- *Păstrați o bună iluminare.* Asigurați-vă că lumina din vestibulul dumneavoastră este suficient de puternică. Instalați un comutator la începutul și capătul fiecărui set de scări.
- *Nu lăsați niciodată obiecte pe scări.* Acest lucru mărește riscul ca cineva să se împiedice de ele și să cadă. În plus, nu dați cu ceară treptele sau palierele scărilor.

În camerele utilitare și la subsol

- *Mențineți o bună iluminare.* Instalați corpuri de iluminat adecvate lângă mașina de spălat sau uscat rufe, lângă suprafețele de lucru sau intrări.
- *Revizuiți periodic starea de funcționare a mașinii de spălat, uscat, gătit și a boilerului electric.* Asigurați-vă că uscătorul de rufe este ventilat corespunzător și că atât mașina de spălat cât și uscătorul de rufe sunt bine împământate. Curățați regulat uscătorul de rufe și înlocuiți toate filtrele de aer ale hotei dumneavoastră.
- *Păstrați departe de copii detergenții, produsele de curățat și chimicalele.* Încercați să nu puneți aceste produse în alte recipiente decât cele originale sau, dacă o faceți, etichetați-le bine.
- *Plasați un extinctor la subsol sau în camera utilitară.* Familiarizați-vă cu modul de folosire și verificați-l periodic să vedeți dacă este complet încărcat.

contamina pânza freatică şi fântânile. Poluarea industrială sau deversările terenurilor agricole tratate cu anumite îngrăşăminte şi pesticide, pot contamina râurile, lacurile şi pânza freatică.

Agenţia de Protecţie a Mediului şi organizaţiile locale şi statale sunt responsabile de monitorizarea rezervelor publice de apă. Dacă apa folosită de dumneavoastră provine de la o fântână, testaţi-o anual pentru depistarea de poluanţi. Dacă rezultatele testării indică o problemă, luaţi măsuri să vă îmbunătăţiţi apa de băut. Un oficial public al regiunii în care locuiţi poate să vă îndrume sau să vă pună în contact cu persoana sau agenţia de specialitate.

Folosirea apei îmbuteliate poate şi nu poate fi o soluţie. Pe de o parte este scumpă, pe de altă parte, de multe ori, apa îmbuteliată nu este mai bună ca cea de la robinet. Dacă apa de băut este contaminată cu bacterii, fiertul apei este o soluţie. Dar, prin fierbere nu se îndepărtează alte substanţe contaminante de genul plumbului. Deşi utilitatea lor este mai mică decât cea pretinsă de reclame, filtrele de apă comercializate pe piaţă pot fi de ajutor.

Siguranţa în afara casei

Deşi cele mai multe accidente se produc la domiciliu, nu cu mult în urmă se situează şi accidentele rutiere, accidentele din timpul vacanţei sau de la locul de muncă.

Siguranţa rutieră

Aproximativ 50 000 de persoane mor anual pe autostrăzile şi drumurile naţionale americane. Mulţi alţii sunt grav accidentaţi. Acest lucru îngrozitor se datorează mai degrabă consumului de alcool şi neglijenţei decât defecţiunilor tehnice ale vehiculelor.

Pentru siguranţa dumneavoastră rutieră iată câteva recomandări.

Purtaţi întotdeauna centura de siguranţă

Centurile de siguranţă salvează vieţi. Purtaţi-o ori de câte ori sunteţi în maşină, chiar când călătoriţi pe o distanţă scurtă. Cele mai multe accidente se produc



doar la câţiva km de locuinţă. Asiguraţi-vă, de asemenea, că şi pasagerii dumneavoastră poartă centura de siguranţă.

Transportaţi copiii în scaune speciale pentru maşină

În cele mai multe state americane, copiii ce cântăresc sub 15 kg trebuie să călătorească în scaune de maşină special create pentru ei. Chiar dacă în statul dumneavoastră nu este în vigoare această lege, când călătoriţi cu maşina, fixaţi întotdeauna sugarii sau copii mici cu centuri de siguranţă corespunzătoare. Pentru mai multe informaţii despre centurile de siguranţă vezi pag. 165, 201.

Luaţi lecţii de şofat

Când conduceţi o motocicletă, un scuter sau un vehicul pentru toate tipurile de teren, este bine să luaţi ore de şofat pentru a învăţa cum să conduceţi corect vehiculul. Trebuie să cunoaşteţi legislaţia în vigoare pentru vehiculul respectiv şi, ca şi în cazul conducerii automobilelor obişnuite, nu conduceţi după ce aţi consumat alcool.

Conduceţi preventiv

Nu este de ajuns să conduceţi conform legii sau atent, pentru că, dacă ceilalţi şoferi nu o fac la rândul lor, ei pot fi cauza accidentului. Niciodată nu vă bazaţi pe faptul că ceilalţi şoferi conduc responsabil. A conduce preventiv înseamnă a fi atent la toate maşinile tot timpul şi a fi pregătit pentru acţiunile de evitare. Fiţi pregătit să reacţionaţi prompt în cazul în care un alt şofer face o manevră neaşteptată.

Nu staţi prea aproape de maşina din faţă. Pentru fiecare 15 km pe oră, păstraţi o distanţă egală cu lungimea unei maşini între maşina dumneavoastră şi cea din faţă. La 80 de km pe oră, păstraţi o distanţă egală cu 5 lungimi de maşină sau 300 de metri faţă de maşina din faţă.

Asiguraţi-vă că aveţi o bună vizibilitate în toate unghiurile. Nu permiteţi obiectelor depozitate în spate să vă obtureze vederea prin lunetă. Învăţaţi care sunt unghiurile moarte ale maşinii dumneavoastră.

Atenţie la condiţiile meteorologice

Dacă afară ninge, plouă sau vizibilitatea este redusă din oricare alt motiv, reduceţi viteza. Dacă starea se înrăutăţeşte, opriţi-vă şi nu reluaţi şofatul până ce condiţiile nu se îmbunătăţesc. Fiţi pregătit pentru neprevăzut. Pe timp foarte rece, luaţi cu dumneavoastră mâncare, pături şi haine groase. Aveţi grijă ca rezervorul să fie cât mai plin.

Nu conduceţi sub influenţa alcoolului

Nu conduceţi după ce aţi consumat băuturi alcoolice sau medicamente care vă dau stări de ameţeală sau vă modifică capacitatea de reacţie. Dacă vă simţiţi deosebit de obosit sau vă este rău, ar trebui să lăsaţi pe altcineva să conducă.

Evitaţi distragerea atenţiei

Controlaţi comportamentul copiilor din maşina pe care o conduceţi. Nu lăsaţi ca radioul, o conversaţie interesantă sau ceva interesant de pe drum să vă distragă atenţia de la şofat.

Păstraţi maşina în bună stare de funcţionare

Mergeţi cu maşina la revizie la intervalele recomandate. Urmând un program regulat de revizie veţi evita ca o defecţiune tehnică să determine o pană pe autostradă.

Siguranţa în timpul mersului pe bicicletă

Mersul pe bicicletă este o activitate excelentă de petrecere a timpului liber dar, ca în orice activitate recreativă , este bine să ne luăm nişte măsuri de siguranţă.

Purtaţi o cască de protecţie

3 din 4 ciclişti decedaţi în accidentele de bicicletă mor datorită traumatismelor craniene. Purtarea unei căşti protectoare este o bună măsură de siguranţă. Casca dumneavoastră de protecţie ar trebui să aibă un înveliş exterior rezistent, precum şi o căptuşeală de polistiren. Apărătorile ajustabile confecţionate din spumă ce se întăreşte, asigură o mai bună fixare a căştii de frunte, ceafă şi tâmple, iar cataramele trebuie să ţină casca strâns sub bărbie.

Mergeţi cu bicicleta în acelaşi sens cu traficul

Bicicliştii ce nu merg în sensul de mers al maşinilor sunt mult mai expuşi accidentelor de circulaţie. În plus, în toate cele 50 de state americane, legea obligă bicicliştii să circule în acelaşi sens cu autovehiculele.

Respectaţi regulile de circulaţie

Opriţi la semnul STOP, acesta este valabil şi pentru biciclişiti, nu numai pentru conducătorii auto. Asiguraţi-vă din ambele părţi înainte să vă continuaţi drumul. Înainte de a vira, uitaţi-vă întotdeauna în spate, semnalizaţi şi asiguraţi-vă.

Atenţie la apă

În condiţii de carosabil ud, capacitatea de a frâna scade apreciabil. Ocoliţi frunzele ude căzute toamna pe jos, ele pot fi alunecoase şi periculoase.

Fiţi precaut când mergeţi pe bicicletă

Este bine să aveţi contact vizual cu ceilalţi participanţi la trafic, biciclişti, şoferi sau pietoni. Fiţi atent la obstacolele, gunoaiele din calea dumneavoastră sau la alte lucruri primejdioase. Cunoaşteţi-vă propriul timp de reacţie precum şi alte abilităţi. Fiţi atent la motocicliştii care pot vira chiar în faţa dumneavoastră sau pot intra în dumneavoastră.



Siguranța în apă și la navigare

Regula numărul unu a siguranței pe apă este ca toți, de la mic la mare, să știe să înoate. Niciodată nu este prea târziu să învățați să înotați.

Înotul

Dacă aveți o piscină în aer liber, instalați-vă în jurul ei un gard de protecție pentru copii și nu lăsați niciodată un copil să înoate sau să se joace în piscină fără a fi supravegheat de un adult. Într-o piscină sau un lac, este bine să nu înotați singur, chiar dacă sunteți un excelent înotător. Nu vă scufundați în apă înainte să verificați adâncimea ei și fără să examinați suprafața apei pentru a descoperi lucruri care, obstrucționând ieșirea la suprafață, ar putea deveni periculoase. Nu înotați după ce ați consumat alcool, dacă începe o furtună sau dacă există bărci sau pescari în vecinătate.

Aripioarele gonflabile pot fi folosite la sugari, dar vestele gonflabile sunt de evitat la aceștia datorită pericolului de înec.

Navigarea

Când manevrați o barcă sau un vehicul de apă, purtați întotdeauna un echipament gonflabil de salvare (PFD-personal flotation device), chiar dacă sunteți un bun înotător. Este bine să aveți la bord atâtea echipamente de salvare câți oameni sunt. Nu vă supraîncărcați barca sau vehiculul de navigare și asigurați-vă că cel ce navighează știe să o facă și este calificat în a o face. În cazul în care unii dintre pasageri fac schi nautic, desemnați o persoană să fie atentă la schiorii care se scufundă. Nu plecați pe apă când condițiile meteorologice nu sunt favorabile. Dacă vehiculul dumneavoastră de apă se defectează, așteptați pe el până sosește ajutor. Nu încercați să înotați până la mal.

Siguranța drumețiilor și a campării

Ieșirile în aer liber pot fi un minunat prilej de exercițiu fizic, distracție și apropiere de natură. Însă, fără a lua corect în calcul toate riscurile, o obișnuită campare în pădure poate deveni o aventură periculoasă, chiar amenințătoare de viață.

Recunoașteți-vă limitele

Adaptați excursia dumneavoastră în aer liber la condiția fizică pe care o aveți.

Plănuiți dinainte

Dacă mergeți într-un loc necunoscut faceți, din timp, o hartă a drumului, luați-o cu dumneavoastră și poziționați-vă pe ea din când în când. E bine să știți prognoza meteo și să fiți atent la schimbările de vreme produse în timp ce călătoriți.

Înștiințați pe cineva unde vă duceți și când plănuiți să vă întoarceți.

Îmbrăcați-vă corespunzător

În drumeții este neceseră o încălțăminte rezistentă. Dacă urcați pe munte, fiți pregătit pentru schimbările de vreme. Pe vârful muntelui va fi probabil mai frig sau mai umed. Zonele mai aride prezintă variații neobișnuite de temperatură între zi și noapte.

Luați-vă echipament adecvat

Plănuiți din timp ce să vă luați la dumneavoastră și asigurați-vă că aveți tot ce vă este necesar pentru excursie. Când mergeți cu cortul, luați întotdeauna la dumneavoastră articole de prim ajutor.

Fiți atent la animale!

Dacă vi se pare că animalele sălbatice se poartă ciudat, acest lucru ar putea fi un semn de turbare, așa că cel mai bine este să vă feriți de ele. În plus, nu vă apropiați de un pui de animal deoarece mama poate fi în preajmă. Nu țineți mâncarea în cort pentru că poate atrage animale nedorite. Cel mai bine este să o puneți într-o pungă și să o atârnați de un copac din apropiere.

Nu beți apă din zonă

Nu beți niciodată apa dintr-un râu sau lac decât după ce ați filtrat-o sau ați tratat-o într-unul din modurile descrise mai jos. Chiar dacă apa este limpede, poate fi contaminată cu bacterii sau paraziți. A bea apă dintr-un râu de munte



poate provoca mai frecvent o îmbolnăvire decât a bea apă dintr-un lac deoarece, în prima situație, paraziții nu se pot sedimenta pe fundul apei. Puteți să vă procurați apă bună de băut prin una dintre următoarele metode:

- filtrați apa printr-un filtru de apă portabil, pe care-l puteți găsi la magazinele cu articole de campat;
- fierbeți apa cel puțin 3 minute;
- tratați apa cu tablete pentru purificat apa.

Stingeți focul de tabără

Nu puneți niciodată în primejdie siguranța altor persoane care campează sau a animalelor nestingând complet un foc de tabără.

Siguranța în hotel împotriva incendiilor

Majoritatea hotelurilor prezintă siguranță în fața incendiilor deoarece sunt protejate de dispozitive de udare sau alte dispozitive cerute de lege. Totuși, orice este posibil. De aceea, este bine să vă luați niște minime măsuri de precauție.

- La venire, găsiți ieșirile de incendiu cele mai apropiate de camera dumneavoastră. Vedeți unde ajung și dacă nu sunt blocate. Localizați alarmele de incendiu din vecinătatea camerei dumneavoastră.
- O dată ajunși în cameră, familiarizați-vă cu configurația ei pentru că, plină de fum nu o să mai vedeți clar și n-o să mai puteți găsi ieșirea. Citiți informațiile despre măsurile de siguranță în caz de incendiu, puse la dispoziție în hotel.
- Dacă sună alarma de incendiu, pipăiți ușa înainte să o deschideți. Dacă este încinsă n-o deschideți ci telefonați după ajutor. Dacă ușa este rece, deschideți-o ușor.

Fiţi atent la fumul şi focul de pe hol, şi îndreptaţi-vă spre cea mai apropiată ieşire de siguranţă. Luaţi cu dumneavoastră cheia camerei deoarece, dacă fumul şi focul vă blochează trecerea, va trebui să vă întoarceţi în cameră.

- Dacă focul este în apropiere şi sunteţi forţat să rămâneţi în cameră, telefonaţi după ajutor, închideţi aerul condiţionat şi sistemele de încălzire, şi deschideţi uşor geamul pentru a ajuta aerisirea. Dacă pătrunde fum în cameră, udaţi cearşafurile şi prosoapele şi îndesaţi-le sub şi de jur împrejurul uşii pentru a împiedica accesul căldurii şi al fumului. Puneţi-vă un şervet ud pe faţă pentru a vă menţine faţa rece şi a filtra particulele de fum.
- În caz de incendiu, nu folosiţi niciodată lifturile.

Siguranţa la locul de muncă

În ultimii ani, Administraţia pentru Siguranţa şi Sănătatea la Locul de Muncă (din SUA), precum şi agenţiile locale şi statale, au făcut mari progrese în eliminarea pericolelor de la locul de muncă. Rămân, totuşi, pericole potenţiale. Fiţi atent la pericole şi protejaţi-vă pe dumneavoastră şi pe ceilalţi luându-vă următoarele măsuri de siguranţă:

Purtaţi ochelari de protecţie

Dacă munca dumneavoastră implică un risc potenţial pentru accidentarea ochilor, angajatorul este obligat prin lege să vă pună la dispoziţie ochelari de protecţie, şi dumneavoastră sunteţi obligat să-i purtaţi. Folosiţi-i ori de câte ori manipulaţi un utilaj sau sunteţi expus la fum sau particule din aer, care v-ar pune în pericol ochii.

Purtaţi dispozitive de protecţie a urechilor

Dacă munca dumneavoastră implică un risc de accidentare a urechilor, angajatorul este obligat prin lege să vă pună la dispoziţie dispozitive pentru protecţia urechilor. Există dispozitive special proiectate pentru aşa ceva. Unele vă izolează de lumea exterioară, altele sunt prevăzute cu căşti şi microfon, lăsându-vă posibilitatea să comunicaţi cu ceilalţi muncitori. Există şi dopuri pentru urechi ce se modelează în funcţie de urechea utilizatorului sau dopuri pentru urechi ce



se găsesc în comerţ şi sunt fabricate din spumă, plastic sau cauciuc. Şi acest tip de protecţii pentru urechi reduce eficient expunerea dumneavoastră la zgomot. Vata în urechi nu este adecvată şi poate rămâne înfundată adânc în conductul auditv.

Luaţi-vă măsuri de siguranţă în preajma fumului, prafului şi gazelor emanate

În urma expunerii, la locul de muncă, la fumuri toxice, particule de praf sau emanaţii de gaze pot apărea diverse simptome respiratorii. Există o serie de substanţe chimice periculoase ca de exemplu: amoniac, cianid, formaldehidă, diazometan, dioxid de azot, anhidridă ftalică, halogenuri şi dioxid de sulf.

Substanţele folosite la prelucrarea metalelor, de exemplu cadmiu, crom, nichel, beriliu, cupru, magneziu şi zinc pot degaja gaze toxice. Bolile datorate prafului ca azbestoza (de la praful de azbest), silicoza (de la siliciu), bisinoza (de la bumbac), precum şi bolile specifice minerilor ca antracoza, sunt urmarea inhalării pe perioade lungi a particulelor de praf.

Muncitorii expuşi temperaturilor înalte ca cele din timpul topirii, turnării, executării sticlăriei şi porţelanului sau muncii la furnale au, de asemenea, un risc crescut de accidentare.

Dacă munca dumneavoastră implică vreunul din aceste potenţiale pericole, trebuie să respectaţi măsurile de protecţie a muncii afişate la locul dumneavoastră de lucru. Fiţi atent în special dacă manipulaţi materiale periculoase. Purtaţi echipament adecvat, inclusiv măşti cu filtre de aer, protecţii pentru urechi şi alte dispozitive de protecţie. Asiguraţi-vă că există o bună aerisire a locului de muncă şi că sunteţi conştient de pericolele ce pot fi produse de substanţele cu care lucraţi.

Dacă sunteţi însărcinată sau vreţi să rămâneţi însărcinată, evitaţi orice contact cu substanţele periculoase. Când consideraţi că prezentaţi riscul expunerii la fumuri, praf, sau substanţe chimice periculoase, discutaţi acest lucru cu medicul dumneavoastră. Multe afecţiuni respiratorii cronice se dezvoltă progresiv în timp, ca urmare a expunerii industriale pe perioade lungi de timp. Expuneri mici ce pot părea inofensive pot provoca boli cronice.

Evitaţi alcoolul, drogurile şi anumite medicamente

Nu consumaţi niciodată alcool înainte sau în timpul orelor de serviciu şi nu folosiţi droguri ilegale. Nu manipulaţi utilaje dacă sunteţi sub tratament medicamentos care vă poate da stări de ameţeală.

Limitaţi schimbările frecvente de tură

Dacă munca dumneavoastră implică schimbul de ture, organismul dumneavoastră se va adapta şi dezadapta mai greu o dată cu vârsta. Anumite studii sugerează că schimbul prea frecvent al turelor, pe perioade lungi de timp, poate să vă confere un risc crescut pentru bolile cardiovasculare sau ulcerul peptic. În plus, oboseala poate duce la erori şi accidente la locul de muncă. Dacă trebuie totuşi să schimbaţi ture:

- lucraţi mai bine 3 săptămâni într-un schimb decât să schimbaţi săptămânal tura;
- urmaţi o secvenţă de genul zi-seară-noapte. Studiile au arătat că veţi avea un pattern de somn mai normal dacă secvenţa de schimburi este de zi-seară-noapte decât zi-noapte-seară.

CAPITOLUL **10** PARTEA I

Păstraţi-vă starea de sănătate când călătoriţi



În fiecare an, milioane de americani călătoresc în ţară şi în străinătate. A lua haine potrivite de călătorie sau a obţine paşaportul şi vizele sunt activităţi pe care majoritatea celor care călătoresc le consideră fireşti. La fel de important, dar deseori neglijat, este să vă asiguraţi că sunteţi corect imunizat atunci când urmează să călătoriţi în străinătate, în special într-o ţară în curs de dezvoltare. De asemenea, anticipaţi şi gândiţi-vă la micile probleme medicale ce pot apărea pe parcursul călătoriei. Aproximativ 1 din 4 persoane prezintă unele îmbolnăviri sau accidentări în cursul călătoriilor. Anual, jumătate de milion de călători au nevoie de îngrijiri medicale sau necesită spitalizare.

Planificarea călătoriei

Dacă urmează să călătoriţi, şi în special într-o ţară străină, este important să nu vă lăsaţi pregătirile pentru călătorie pe ultimul moment. Dacă aveţi vreo afecţiune sau dacă aveţi nevoie de o anumită imunizare este bine să mergeţi din timp la doctor. Urmaţi aceşti paşi pentru a avea o călătorie liniştită.

Pregătiţi-vă cu 2-3 luni înainte

De îndată ce cunoaşteţi destinaţia de călătorie, contactaţi-vă medicul ca să vedeţi dacă nu aveţi nevoie de anumite imunizări. Pentru unele imunizări este nevoie de o serie de vaccinări pe care trebuie să le începeţi cu câteva săptămâni sau luni înainte de a pleca. Dacă plănuiţi să staţi într-o ţară în curs de dezvoltare mai mult de 1-3 luni, va trebui să începeţi vaccinările cu 6 luni înainte de a pleca.

Dacă suferiţi de anumite afecţiuni, de exemplu o boală de inimă, hipertensiune arterială sau diabet sau aveţi un handicap fizic, discutaţi cu medicul dumneavoastră despre toate problemele pe care anticipaţi că o să le aveţi şi cum să le rezolvaţi. Dacă luaţi medicamente, veţi dori să vă asiguraţi că o să luaţi cantităţi suficiente cu dumneavoastră.

Vorbiţi cu medicul sau farmacistul dumneavoastră despre posibilitatea de a vă prescrie medicamentele în avans. De asemenea, sfătuiţi-vă cu medicul asupra medicamentelor pe care ar trebui să le luaţi cu dumneavoastră în călătorie. Toate acestea le puteţi discuta cu medicul de familie sau cu un medic specializat în bolile ce pot fi contractate în cursul călătoriilor.

Interesaţi-vă de unităţile de îngrijire medicală din zona în care călătoriţi

Agentul dumneavoastră de călătorie sau medicul vă pot furniza informaţii despre spitalele apropiate de destinaţia dumneavoastră. Ambasada sau consulatul din ţara de destinaţie pot, de asemenea să vă furnizeze o listă de spitale şi de medici. O altă sursă pentru o listă de spitale din ţara în care călătoriţi este Asociaţia Internaţională de Asistenţă Medicală pentru cei care călătoresc (International Association for Travellers) (vezi pag. 1383).

Mergeţi la stomatolog

Întrucât o să zburaţi într-o cabină presurizată sau o să muşcaţi dintr-o delicatesă străină, nu lăsaţi ca o durere cumplită de dinţi să vă strice excursia. Rezolvaţi-vă orice problemă stomatologică înainte de plecare.

Fiţi atent la precauţiile de sănătate pe care trebuie să vi le luaţi datorită specificului zonei de destinaţie

Marile altitudini sau poluarea severă, o problemă deseori întâlnită în marile oraşe din străinătate, pot constitui riscuri pentru sănătatea celor cu boli cronice. Consultaţi-vă medicul asupra metodelor de a evita sau a controla aceste situaţii.

Faceţi-vă asigurare de călătorie

Dacă o să necesitaţi îngrijire medicală, majoritatea medicilor străini nu o să vă accepte asigurarea dumneavoastră de sănătate, ci o să vă ceară să plătiţi cu bani lichizi, în avans sau vor verifica capacitatea dumneavoastră de a le plăti ulterior. În acest caz va trebui să rambursaţi banii la întoarcerea acasă.

Medicare nu plăteşte pentru serviciile medicale prestate de medicii străini. Anumite tipuri de asigurare de călătorie vă oferă

Clinici medicale specializate în bolile de călătorie

În ultimii 10 ani s-au deschis multe astfel de clinici în SUA, însă serviciile oferite variază mult. Unele oferă servicii de vaccinare şi broşuri informative. Altele oferă ample informaţii cu privire la bolile infecţioase sau alte situaţii periculoase ce pot fi întâlnite în cursul anumitor itinerarii de vacanţă şi sfaturi detaliate de cum să vă micşoraţi cât mai mult posibil riscul de a contracta asemenea boli. Unele dintre aceste clinici au un numeros număr de medici pregătiţi în diagnosticarea şi tratarea bolilor pe care le puteţi dezvolta în cursul unei călătorii în străinătate.

În general, este bine să consultaţi un medic specializat în boli de călătorie înainte de orice excursie, dar în special înainte de o călătorie prelungită – de 4 săptămâni sau mai mult- în străinătate şi în special în Asia, Africa sau America Latină. Dacă suferiţi de o anumită afecţiune, este foarte important să fiţi consultat de un medic înainte de călătorie.



posibilitatea internării imediate în caz de nevoie, asistenţă medicală de urgenţă în călătorie şi, dacă este necesar, evacuare aeriană de urgenţă. Rugaţi agentul dumneavoastră de călătorie să vă dea informaţii mai detaliate.

Imunizări şi alte precauţii

Multe ţări obligă turiştii să fie imunizaţi împotriva anumitor boli înainte de intrarea în ţară. Aceste imunizări obligatorii sunt trecute în broşura *Health Information for International Travel* (Informaţii Medicale pentru Călătoriile Internaţionale), revizuită periodic de Centrele pentru Prevenirea şi Controlul Bolilor şi publicată de Oficiul Imprimeriei Guvernamentale al SUA. Puteţi, de asemenea, să întrebaţi medicul, departamentul medical local sau de stat sau consulatul sau ambasada ţării pe care plănuiţi să o vizitaţi.

Fiecare adult şi copil ar trebui să prezinte imunitate la tetanos, poliomielită, pojar, varicelă şi rubeolă. Alte imunizări pe care aţi putea să le faceţi depind de ţara şi chiar regiunea respectivă a ţării pe care o vizitaţi. Pentru bolile pentru care nu este disponibil sau nu este recomandat vaccin, luaţi-vă măsurile de precauţie necesare.

În general, sunteţi mult mai expus la o boală infecţioasă într-o zonă rurală decât într-una urbană, în special în ţările mai puţin dezvoltate. Acest lucru se datorează faptului că, în zonele rurale, aprovizionarea cu apă şi condiţiile sanitare pot să nu fie aşa de bine puse la punct.

Bolile sau stările împotriva cărora ar putea fi necesar să vă vaccinaţi sunt:

Holera

Deşi riscul de a face holeră este foarte mic pentru un turist ce vizitează o zonă afectată, totuşi cei ce călătoresc într-o zonă cu epidemie de holeră trebuie să-şi ia anumite măsuri de precauţie legate de apă şi hrană. Regula generală

Trusa medicală de prim-ajutor

Este bine ca, atunci când călătoriţi în străinătate, să luaţi cu dumneavoastră o listă a bolilor trecute şi actuale, alături de medicaţia pe care o luaţi curent şi de articolele de prim ajutor.

Medicamentele

Asiguraţi-vă că aveţi o mare rezervă de medicamente din cele pe care dumneavoastră sau cei din familie le luaţi în mod regulat. Reţetele ar trebui să fie la zi. Păstraţi medicamentele prescrise în ambalajele originale ce au etichetele intacte. Acest lucru vă va ajuta dacă vameşii sau poliţiştii vă vor controla bagajele în căutarea drogurilor ilicite.

Deoarece bagajele din cala avionului se pot rătăci, este mai bine să vă păstraţi medicamentele şi trusa de prim ajutor în bagajul de mână. De asemenea, ar putea fi folositor să aveţi o cantitate în plus din medicamentele dumneavoastră în bagajele din cala avionului, pentru cazul în care vă pierdeţi bagajele de mână sau vă prelungiţi călătoria mai mult decât aţi planificat. Asiguraţi-vă că aţi luat orice medicament suplimentar recomandat de medicul dumneavastră, ca de exemplu cele pentru rău de călătorie, dacă ştiţi că suferiţi de aşa ceva.

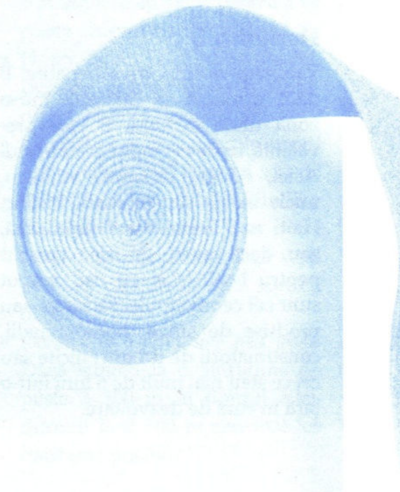
A lua o trusă de prim ajutor la dumneavoastră este o măsură de bun simţ. Proviziile pot cuprinde şerveţele cu alcool, creme antiseptice, bandaje adezive sau faşă de bandajat, aspirină sau paracetamol, un termometru, faşă elastică pentru luxaţii, spray de insecte, cremă pentru protecţia solară, balsam de buze, un antiacid, un laxativ uşor şi un decongestionant. Includeţi pe listă şi ochelarii de soare sau lentilele de contact cu o provizie, mai mare decât de obicei, de soluţie pentru întreţinerea lor.

Fişa medicală

În caz de boală sau de urgenţă, medicul care vă va consulta în timpul călătoriei va avea nevoie să ştie date din istoria dumneavoastră medicală. Păstraţi, în geanta dumneavoastră sau undeva la îndemână, un carneţel cu un scurt istoric al afecţiunilor dumneavoastră. Asiguraţi-vă că şi ceilalţi din familie sau colegii de excursie ştiu unde aveţi acest carneţel, aşa încât să poată furniza prompt informaţiile necesare oricărui medic care v-ar putea consulta.

Informaţia medicală ar trebui să cuprindă următoarele:

- numele, adresa, telefonul dumneavoastră, precum şi numele şi numărul de telefon al persoanei care va fi anunţată în caz de urgenţă;
- starea dumneavoastră de sănătate, incluzând orice boală cronică, alergie medicamentoasă, la insecte sau alimentară, pe care o puteţi avea;
- rezultatele recente ale testelor efectuate pentru orice anomalie medicală, pentru a putea fi comparate cu cele ce se vor efectua în urgenţă;
- o listă a medicamentelor luate şi reţeta de ochelari sau lentile de contact, pentru ca acestea să fie cât mai repede înlocuite în caz de deteriorare. În cazul medicamentelor scrieţi numele generic şi cel comercial, precum şi dozele şi frecvenţa de administrare. Este bine să aveţi şi copii bătute la maşină ale reţetelor, în caz că vă pierdeţi medicamentele şi aveţi nevoie să le înlocuiţi în timpul călătoriei;
- jurnalul imunizărilor făcute, inclusiv datele la care v-aţi vaccinat. Unele ţări solicită certificate de vaccinare împotriva bolilor ca, de exemplu, febra galbenă;
- numele, adresa şi telefonul medicului dumneavoastră de familie.



„fierbe, coace, cojeşte sau uită" nu poate preveni holera. Când călătoriţi într-o zonă cu holeră nu consumaţi:

- apă nefiartă sau netratată, sau îngheţată preparată dintr-o asemenea apă;
- mâncare sau băuturi de la vânzătorii stradali;
- peşte sau scoici crude sau parţial gătite;
- legume negătite.

Mâncaţi doar alimente gătite şi fierbinţi şi doar fructe cojite de dumneavoastră. Apa şi sucurile carbogazoase îmbuteliate sunt de obicei sigure dacă nu sunt adăugate cuburi de gheaţă.

Vaccinarea împotriva holerei protejează pe aproximativ 50% din cei vaccinaţi, pe o perioadă de 3-6 luni. Acest vaccin nu este de regulă recomandat şi disponibil în SUA. Dacă vă vaccinaţi nu înseamnă însă că nu trebuie să mai fiţi atent la ceea ce mâncaţi sau beţi. Dacă prezentaţi o diaree severă, apoasă sau o diaree însoţită de vărsături într-un interval de până la o săptămână de la călătoria într-o zonă cunoscută cu holeră, cereţi ajutor medical de urgenţă.

Hepatita A

Vaccinarea împotrivă hepatitei A este recomandată tuturor celor ce călătoresc în zone din lume unde situaţia sanitară este defectuoasă. Hepatita A este de regulă contractată prin apă şi alimente contaminate sau prin contact cu o persoană infectată.

Hepatita B

Vaccinaţi-vă împotriva hepatitei B dacă urmează să călătoriţi într-o zonă unde hepatita B este prevalentă, ca de exemplu în sud-estul Asiei, Africa, Orientul Mijlociu, unele insule din Oceanul Pacific, Haiti sau Republica Dominicană, sau dacă aveţi un risc crescut pentru boală. Cei cu risc crescut sunt cei ce manipulează sânge sau produse de sînge, homosexualii, consumatorii de droguri ilicite sau cei ce stau mai mult de 6 luni într-o ţară în curs de dezvoltare.

Gripa

Indivizii cu risc crescut de a face complicaţii severe după gripă ar trebui să se vaccineze împotriva ei înainte de a părăsi ţara. Aceste persoane sunt: vârstnicii şi cei cu afecţiuni cronice. Aceste persoane cu risc crescut ar trebui să se vaccineze în lunile de primăvară sau vară când călătoresc în emisfera sudică, respectiv în timpul lunilor de toamnă – iarnă când călătoresc în emisfera nordică sau oricând călătoresc la tropice.

Encefalita japoneză

Dacă plănuiţi să călătoriţi în zone din sud-estul Asiei sau subcontinentul indian, în special dacă veţi călători în zone rurale sau veţi sta mai mult de 4 săptămâni, vorbiţi cu medicul dumneavoastră despre oportunitatea vaccinării împotriva encefalitei japoneze. Seria de vaccinări împotriva encefalitei japoneze se efectuează în 2 până la 6 săptămâni, şi este bine să fie efectuată cu cel puţin 10 zile înainte de plecare, pentru a putea fi tratate eventualele efecte secundare.

Malaria

Nu există vaccin împotriva malariei, dar există medicamente eficiente ce pot preveni apariţia acestei boli. În majoritatea ţărilor din lume unde există malarie, populaţia a devenit rezistentă la clorochină. Dacă malaria este endemică în zona unde vreţi să călătoriţi, medicul vă poate prescrie clorochină sau alt antimalaric ca meflochină sau primachină.

Puteţi începe să luaţi această medicaţie înainte să plecaţi, să continuaţi să o luaţi în timpul călătoriei, precum şi o anumită perioadă după ce aţi părăsit zona endemică. Consultaţi-vă cu medicul despre posibilele reacţii adverse ale medicaţiei. Medicul va dori, probabil, să treacă în revistă starea dumneavoastră de sănătate trecută şi actuală pentru a vedea dacă există eventuale contraindicaţii pentru acest tratament antimalaric.

Deoarece simptomele malariei sunt asemănătoare cu ale unei răceli sau ale altei afecţiuni virale, alarmaţi-vă dacă dezvoltaţi o boală febrilă într-un interval de 12 luni de la călătoria într-o zonă cu malarie. Spuneţi medicului despre călătoria făcută. Un test de sânge vă va putea spune dacă aveţi sau nu boala.

Altă măsură preventivă este evitarea muşcăturilor de ţânţar care reprezintă modul de transmitere a bolii la om. Staţi în locuinţe cu plase la uşile exterioare şi la ferestre sau dormiţi sub un baldachin de plasă. Puteţi pulveriza în camere spray de ţânţari şi puteţi să vă ungeţi cu creme împotriva ţânţarilor pe părţile expuse ale corpului, precum şi pe pernă, înainte de culcare. Cele mai eficiente soluţii de îndepărtat ţânţarii sunt cele ce conţin DEET.

Feriţi-vă să staţi afară între asfinţit şi căderea nopţii. Dacă nu puteţi evita acest lucru, purtaţi haine ce vă pot proteja, ungeţi-vă cu cremă pe părţile expuse şi mişcaţi-vă cât de mult puteţi.

Pojarul

Dacă înainte de călătorie n-aţi fost vaccinat sau aţi făcut o singură doză de vaccin, ar putea fi necesar să vă vaccinaţi. Dacă sunteţi născut înainte de 1957, mai mult ca sigur sunteţi imun la pojar şi nu mai aveţi nevoie să fiţi vaccinat. În anumite situaţii, un test de sânge poate fi făcut pentru a vă controla imunitatea la pojar.

Meningita

Dacă veţi călători în regiuni ca Africa subsahariană, unde este frecvent un anume tip de meningită (meningita meningococică), faceţi vaccinul antimeningococic. Acest vaccin este obligatoriu şi pentru cei ce intră în Arabia Saudită, pentru pelerinajul anual la Mecca.

Ciuma

Vaccinarea împotriva ciumei constă într-o serie de 3 vaccinuri efectuate la o distanţă de o lună. Este efectuată celor care călătoresc în zone unde boala există încă. Aceste vaccinuri nu sunt disponibile în SUA şi sunt rareori recomandate turiştilor obişnuiţi.

Pneumonia

Cu câteva săptămâni înainte de călătorie, adulţii de peste 65 de ani sau cei ce prezintă o boală cronică ar trebui să se vaccineze antipneumococic, dacă nu au fost vaccinaţi în prealabil. O dată făcut acest vaccin, nu mai este necesar nici un rapel, cu câteva excepţii.

Dacă aţi făcut prima doză înainte de 65 de ani, veţi avea nevoie de o doză de rapel la 5 ani. Dacă aţi suferit o splenectomie sau suferiţi de altă boală cronică ce vă conferă un risc cescut pentru pneumonie, veţi avea nevoie de o doză de rapel după 5 ani.

Poliomielita

Cei ce şi-au facut în copilărie vaccinul antipoliomielitic, cu virus inactivat, pot să călătorească în ţări în curs de dezvoltare ca Africa, Asia, Orientul Mijlociu şi majoritatea zonelor din fosta Uniune Sovietică.

Rabia

Dacă plănuiţi să staţi mai mult de o lună în zone unde rabia este frecventă sau veţi fi în contact prelungit cu animale, veţi dori să dobândiţi imunitate la rabie înainte de a părăsi ţara şi veţi efectua vaccinul antirabic.

Variola

Variola a fost eradicată în anul 1977, aşa că nu veţi mai avea nevoie de vaccin antivariolic.

Tetanosul şi difteria

Este recomandat ca, la fiecare 10 ani, să efectuaţi o doză de vaccin DT (antitetanodifteric) pentru adulţi. Fiecare copil şi adult trebuie să aibă permanent imunitate contra tetanosului şi difteriei. Dacă aveţi o rană contaminată şi aveţi mai mult de 5 ani de la ultima vaccinare antitetanică, atunci este necesar să vă revaccinaţi.

Febra tifoidă

Dacă mergeţi într-o ţară unde febra tifoidă este frecventă, medicul dumneavoastră vă poate sugera un vaccin oral cu germeni inactivaţi sau unul injectabil. Vaccinul oral este eficient, în general, aproape 5 ani, iar cel injectabil 2 ani.

Ambele tipuri de vaccinuri sunt disponibile în SUA. Dacă trăiţi o perioadă mai lungă de timp într-o ţară unde este frecvent tifosul, vaccinul oral sau cel injectabil trebuie repetat la 2-5 ani, respectiv atât timp cât rămâneţi acolo.

Febra galbenă

Când călătoriţi în anumite regiuni ale Africii sau Americii de Sud unde febra galbenă este larg răspândită, vaccinaţi-vă cu vaccinul ce conţine viruşi vii. Acesta este disponibil doar în anumite centre de vaccinare împotriva febrei galbene. De asemenea, vaccinul trebuie repetat la fiecare 10 ani.

Principalele sindroame ale celor care călătoresc

În timpul călătoriilor pot apărea o serie de îmbolnăviri. Cel mai frecvent, aceste îmbolnăviri sunt legate de nişte afecţiuni cronice preexistente. De exemplu, persoanele cu probleme circulatorii au risc crescut de tromboză la nivelul membrelor inferioare dacă sunt nevoiţi să stea în locuri înguste fără să poată să mişca, ca în timpul zborului cu avionul. Există câteva situaţii frecvente ce apar pe parcursul călătoriilor.

Răul de altitudine

Semne şi simptome

- Dureri de cap
- Respiraţie sacadată, efectuată cu un oarecare efort
- Oboseală
- Ameţeli
- Tulburări de somn
- Pierderea apetitului

Semne şi simptome de urgenţă

- Dificultăţi severe la respirat

Răul de altitudine poate apărea atunci când cei care trăiesc în mod obişnuit la altitudini joase fac o excursie în zone situate la altitudini mai mari de 2 400 m. Simptomele încep să apară după câteva ore de la urcarea la mare altitudine. Schiorii, alpiniştii şi alţii care urcă versanţii munţilor venind de la joasă altitudine, în special dacă ajung sus aduşi de un aparat de zbor, sunt deseori afectaţi de acest sindrom.

Cât de grav este răul de altitudine?

Multe persoane dezvoltă simptome slabe până la moderate care, de obicei, dispar o dată cu adaptarea persoanei la altitudine. Cu toate acestea, uneori simptomele pot persista câteva zile. Rareori, unii pot avea o formă mai severă de rău de altitudine ce poate determina dificultăţi accentuate de respiraţie sau afectare cerebrală severă. Aceasta constituie o urgenţă medicală şi, netratată, poate fi mortală.

Tratament

Simptomele minore ale răului de altitudine pot fi ameliorate prin creşterea ingestiei de lichide şi carbohidraţi. Odihna poate ajuta şi ea. Însă, în cazul unui sindrom sever, transportaţi persoana afectată la o altitudine mai mică şi, dacă este posibil, furnizaţi-i oxigen.

Profilaxie

- *Adaptaţi-vă progresiv.* Odihniţi-vă o zi după ce aţi ajuns pentru a vă putea obişnui cu altitudinea.
- *Urcaţi încet.* Dacă este posibil, începeţi urcarea de la o altitudine mai mică de 1 800 m.
- *Limitaţi-vă ascensiunea.* Nu urcaţi mai mult de 900 m pe zi sau de 300 m dacă sunteţi la o altitudine de 3 600 m sau peste.
- *Luaţi-o uşor.* Încetiniţi dacă v-aţi pierdut răsuflarea sau sunteţi obosit.
- *Dormiţi la o altitudine mai joasă.* Dacă sunteţi la o altitudine de peste 3 300 m în timpul zilei, dormiţi la 2 700 m sau mai jos dacă este posibil.

- *Evitaţi fumatul şi consumul de alcool.* Acestea nu fac decât să vă agraveze simptomatologia.
- *Luaţi în calcul medicamentele.* Întrebaţi-vă medicul de Acetazolamidă (Diamox, Ederen) sau alte medicamente ce ar putea preveni sau ameliora simptomatologia.

Starea de rău datorată schimbării de fus orar (jet lag)

Semne şi simptome

- Oboseală, ameţeală.
- Iritabilitate.
- Tulburări de somn.
- Scădera acuităţii mintale.
- Probleme minore de coordonare.

Dacă aţi călătorit vreodată cu avionul schimbând diferite fusuri orare, vă este cunoscută, probabil, starea de rău – acea senzaţie de ameţeală, de desincronizare – care vă poate afecta modul de alimentare, muncă, odihnă şi somn. Această stare este rezultatul efortului organismului dumneavoastră de a se readapta la schimbarea mai multor fusuri orare.

Cât de gravă este această stare de rău?

Când calătoriţi spre est – şi astfel vă daţi ceasul interior înapoi – este de obicei mai dificil decât atunci când călătoriţi spre vest şi adăugaţi ore zilei dumneavoastră. Zborul spre nord sau sud nu produce starea de rău. Marea majoritate a oamenilor se adaptează cu o viteză de o oră pe zi. Dacă, de exemplu, schimbaţi de patru ori succesiv fusul orar, înseamnă că organismului dumneavoastră îi vor trebui patru zile să se readapteze la ritmul obişnuit.

Profilaxie

Pentru a preveni sau diminua starea de rău datorată schimbării de fus orar sunt necesare următoarele:

Resetaţi-vă ceasul interior

Resetaţi-vă ceasul interior cu câteva zile înainte de plecare adoptând un ritm somn-veghe asemănător cu ritmul noapte-zi al destinaţiei dumneavoastră. În timpul zborului cu avionul, puteţi, de asemenea, să vă resetaţi ceasul de mână pentru a începe să vă familiarizaţi cu noul fus orar.

Altă strategie ar fi să vă programaţi sosirea în ţara de destinaţie la o oră apropiată celei la care obişnuiţi să vă culcaţi, în concordanţă cu ora ţării de destinaţie. Sau încercaţi să dormiţi în avion şi să ajungeţi la destinaţie la ora la care obişnuiţi să vă treziţi. În acest fel, organismul va începe imediat să se orienteze la noul fus orar.

O altă metodă de ameliorare a simptomelor este de a dormi mai mult înainte de plecarea în călătorie. Dacă, la sosirea la destinaţie vă aşteaptă o întâlnire sau eveniment important, aranjaţi să ajungeţi acolo cu 2-3 zile mai devreme ca să nu aveţi probleme datorită schimbării de fus orar.

Beţi multe lichide şi mâncaţi uşor

Pentru a evita deshidratarea, beţi multe lichide în timpul zborului, dar limitaţi-vă consumul de alcool şi cafea. Acestea vă agravează starea de deshidratare şi vă strică somnul.

Limitaţi, de asemenea, consumul de sare şi grăsimi. Dacă urmaţi o dietă specială, îngrijiţi-vă s-o respectaţi. Multe companii aeriene oferă meniuri speciale, dar pentru aceasta trebuie să faceţi nişte aranjamente în avans.

Adaptaţi-vă orarul administrării de medicamente

Dacă urmaţi un tratament medicamentos, va trebui să adaptaţi administrarea medicamtelor la schimbările de fus orar. Consultaţi-vă cu medicul dumneavoastră înainte de plecare. Dacă suferiţi de diabet şi vă administraţi insulină cu efect de lungă durată, ar trebui să o schimbaţi cu insulină obişnuită, până în momentul în care v-aţi obişnuit cu noul fus orar, cu mâncarea şi noile activităţi. Nu uitaţi, totuşi, să discutaţi cu medicul dumneavoastră despre schimbările de orar.

Răul de mişcare

Semne şi simptome

- Nelinişte psihomotorie ce poate ajunge la transpiraţii reci.
- Stare de ameţeală.
- Vomă.

Răul de mişcare poate fi determinat de orice mijloc de transport, fie că este vorba de avion, vapor, tren sau maşină. Răul de mişcare se produce datorită creşterii activităţii unor structuri interne ce controlează echilibrul. Această activitate crescută este deseori declanşată de mişcarea unui vehicul. De îndată ce vehiculul se opreşte, simptomele încep să se remită.

Cât de grav este răul de mişcare?

Sindromul nu este sever, dar poate strica o vacanţă. Anumite persoane consideră că, pe măsură ce călătoresc mai mult, organismele lor se adaptează mai bine la mişcare.

Faceţi mişcare

În cursul unei călătorii lungi, îngrijiţi-vă să vă întindeţi părţile corpului şi să vă plimbaţi. În cazul şederii prelungite, creşte riscul de accidente tromboembolice potenţial fatale, procese în care se formează, la nivelul membrelor inferioare, cheaguri de sânge ce se pot detaşa şi pot bloca o arteră în plămânii dumneavoastră (embolie pulmonară).

Ciorapii elastici pot, de asemenea, preveni formarea cheagurilor de sânge şi umflarea picioarelor şi a articulaţiilor în timpul lungilor călătorii cu avionul, trenul, autobuzul sau maşina. Evitaţi însă şosetele sau ciorapii ce au un elastic prea strâns, ce vă poate strânge gamba, tulburând circulaţia sângelui.



Profilaxie

Dacă suferiţi de rău de mişcare, următoarele instrucţiuni vă pot fi de folos.

- În cazul călătoriei cu vaporul, cereţi o cabină la mijlocul vasului, aproape de suprafaţa apei.
- În avion, cereţi un loc în dreptul marginii din faţă a aripii.
- În tren, călătoriţi în sensul de mers, lângă fereastră.
- În automobil, conduceţi sau staţi în faţă.
- Ţineţi capul nemişcat, rezemat de tetiera scaunului.
- Dormiţi sau staţi întins.
- Când călătoriţi cu vaporul, staţi în aer liber şi inspiraţi aer proaspăt.
- Evitaţi mâncarea condimentată şi alcoolul şi nu vă surpaalimentaţi.
- Nu citiţi în timpul transportului.

Luaţi o doză mai mare de antihistaminic înainte să începeţi să vă simţiţi rău, dacă medicul nu vă recomandă altceva. Aşteptaţi-vă la un efect secundar de tip ameţeală. Întrebaţi-vă medicul despre plasturele cu scopolamină. Pentru eliberarea acestui medicament aveţi nevoie de reţetă. Aplicaţi plasturele de dimensiunea unei monede după ureche, înainte de apariţia simptomelor. Un plasture are efect 3 zile.

Înlocuirea lichidelor pierdute

Dacă suferiţi de o intensă slăbiciune după un acces de diaree a turistului, este posibil ca organismul dumneavoastră să fi pierdut o mare cantitate de apă şi minerale. Dacă nu puteţi beneficia de ajutor medical, puteţi să vă preparaţi dumneavoastră următoarea soluţie pentru a încerca să corectaţi deficitul. Amestecaţi 1/2 linguriţă de sare de masă (clorură de sodiu), 1/2 linguriţă de praf de copt (bicarbonat de amoniu) şi 4 linguri de zahăr în 1/4 litru de apă carbogazoasă. Dacă nu aveţi la dispoziţie apă carbogazoasă, un bun substituent ar putea fi apa îmbuteliată sau apa de la robinet fiartă timp de 15 minute. Beţi această mixtură pe parcursul zilei ca supliment al unei diete hidrice.

Diareea turistului

Semne şi simptome

- Diaree.
- Crampe abdominale.

O excursie într-o ţară străină nu este echivalentă neapărat cu îmbolnăvire digestivă, constând în disconfort gastrointestinal. Dar, dacă urmează să călătoriţi într-o ţară în care clima, condiţiile sociale sau standardele şi îngrijirea medicală diferă de cele de acasă – în mod particular în ţările în curs de dezvoltare – riscul de a face diareea turistului este crescut.

Această diaree poate avea mai multe cauze printre care: consumul de mâncare şi băutură cu care nu sunteţi obişnuit, diferenţa între obiceiuri precum şi o modificare a echilibrului bacteriilor ce sunt constituente naturale ale florei dumneavoastră intestinale. De obicei, însă, cauza este igiena inadecvată. Mâncarea şi apa contaminate pot conţine bacterii, virusuri sau paraziţi ce provoacă diaree şi crampe abdominale.

Cât de gravă este diareea turistului?

De obicei, debutează brusc, în timpul călătoriei sau la puţin timp de la întoarcerea acasă. De obicei este blândă şi simptomele descresc în 3-4 zile, putând urma apoi câteva zile în care să nu vă simţiţi prea bine. Alteori, diareea poate fi mai severă. Dacă este provocată de alte bacterii decât cele obişnuite, simptomele pot fi mai severe, mai prelungite şi mai dificil de tratat. De obicei, este nevoie de tratament medicamentos pentru a scăpa de boală.

Tratament

Dacă vă îmbolnăviţi de diareea turistului beţi cât mai multe lichide sigure pentru a înlocui lichidele, substanţele minerale şi sărurile pierdute. Este important să nu fiţi deshidratat. Sucurile de portocale, măr sau alte fructe pot fi folosite pentru înlocuirea potasiului pierdut, dar ţineţi minte să evitaţi sucurile de fructe diluate cu apă de la robinet. Supele, ceaiul îndulcit şi sucurile sunt de asemenea bune pentru a vă revigora.

De îndată ce vă revine pofta de mâncare, începeţi prin a consuma alimente uşoare, cu conţinut mic în grăsime pentru a nu irita intestinul. Bananele sunt o bună sursă de potasiu şi ajută la oprirea diareei. Alte alimente permise sunt cerealele decorticate, orezul, gelatina alimentară, jeleurile de fructe, budincile simple, ouăle fierte moi.

Unii călători îşi administrează preventiv antibiotice -deşi medicii descurajează această practică. Alţii iau antibioticele la ei şi le administrează doar după apariţia simptomelor. Mulţi medici recomandă să luaţi doar medicamente prescrise pentru ameliorarea simptomatologiei atunci când aceasta apare.

Codeina şi medicamente mai noi de genul Loperamidului (Imodium, Kaopectate) scad adesea crampele şi diareea, şi pot fi administrate oral. Deşi anumiţi specialişti consideră că aceste medicamente pot prelungi crampele şi diareea, multe persoane sunt mulţumite de efectul prompt de ameliorare al simptomatologiei conferit de medicament. Aceste medicamente nu trebuie însă administrate dacă diareea este cu sânge.

Profilaxie

Pentru a vă reduce riscul de a face diareea turistului când mergeţi într-o ţară străină, luaţi-vă următoarele precauţiuni:

Consultaţi-vă cu medicul asupra medicaţiei profilactice

Nici un vaccin nu oferă protecţie pentru diareea turistului. Puteţi lua subsalicilat de bismut coloidal (Pepto-Bismol) pe parcursul călătoriei dumneavoastră ca o măsură preventivă. Acţionând aşa vă reduceţi riscul de a face diaree.

Subsalicilatul de bismut coloidal poate să vă coloreze scaunul în negru, aşa că nu vă alarmaţi dacă se întâmplă aşa. În plus, vorbiţi cu medicul dumneavoastră despre utilizarea acestui medicament sau a oricărui alt medicament o dată ce apar simptome.

Fiţi atent ce anume beţi

Prima regulă de aur pentru evitarea diareei în timpul călătoriilor dumneavoastră este să nu beţi niciodată apă înainte de a fi sterilizată- fie că provine de la un izvor, o fântână sau de la robinet. Apa îmbuteliată poate fi sigură dacă este îmbuteliată în fabrică.

Vă puteţi, de asemenea, procura, de la magazinele cu articole de camping, pompe cu filtru pentru apă, care pot îndepărta multe microorganisme. Verificaţi dacă pompa pe care vreţi să o cumpăraţi este prevăzută cu un microfiltru ce poate reţine paraziţii. Pastilele cu iod sau cristalele, pe care le găsiţi tot la magazinele cu articole de camping, omoară majoritatea microbilor. Urmăriţi instrucţiunile de folosire şi lăsaţi pastilele să acţioneze mult timp înainte să beţi apa. Totuşi, nu este recomandat să beţi mari cantităţi de apă ce conţine iod.

La unele din noile hoteluri din staţiuni, puteţi să beţi apă de la robinet dacă sistemul de tratare a apei este pus la punct, dar nu vă bazaţi pe asta. Deseori, turiştii vor evita cu conştiinciozitate să bea apă de la robinet, dar se vor contamina pur şi simplu consumând băuturi ce conţin gheaţă.

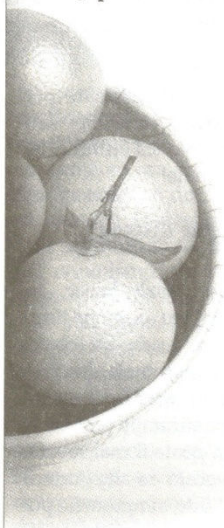
Dacă apa folosită la obţinerea gheţei nu este lipsită de bacterii, în momentul în care gheaţa se va topi în băutură, veţi fi expus unor bacterii străine.

Fiţi atent la sucul de fructe pentru că adesea acesta este diluat cu apă de la robinet. Vinul îmbuteliat, berea şi sucurile acidulate – fără gheaţă – sunt în general sigure.

Fiţi atent la ce anume mâncaţi

Mâncarea gătită este în general sigură, dar feriţi-vă de cea crudă, în special salata verde sau salatele de crudităţi. Fructele şi legumele ce au coajă care poate fi cojită imediat înainte de a le consuma sunt în general sigure dacă sunt spălate cu atenţie. Evitaţi fructele sau legumele gata decojite.

Mâncaţi la restaurantele ce au reputaţia că sunt sigure. Nu consumaţi alimente de la vânzătorii ambulanţi, şi consumaţi numai mâncarea, în special în cazul produselor de carne, care este bine gătită. Dacă vă preparaţi singuri mâncarea, ţineţi la rece produsele ce se pot altera. Chiar şi mâncarea gătită poate fi contaminată. Evitaţi laptele nepasteurizat şi produsele dietetice.



CAPITOLUL 11 PARTEA I

Abordarea periodei terminale a vieţii

Unul dintre puţinele lucruri sigure din viaţă este acela că, odată şi odată, toţi murim. Nu puteţi şti când şi cum veţi muri, dar vă puteţi pregăti pentru moarte. La sfârşitul vieţii, trebuie luate multe decizii, atât de ordin medical cât şi financiar. Luând aceste decizii când sunteţi sănătos şi capabil să vă discutaţi dorinţele cu furnizorii de astfel de servicii de ajutor şi cu cei dragi, veţi putea să vă asiguraţi că, atunci când veţi muri şi după ce veţi muri, lucrurile se vor petrece în felul în care l-aţi dorit. Acest tip de planificare va preveni eventualele dispute între cei dragi.

Planificarea moştenirii

Indiferent de mărimea averii pe care o posedaţi, planificarea moştenirii vă ajută să alegeţi persoanele sau organizaţiile care aţi vrea să beneficieze de pe urma muncii dumneavoastră de o viaţă întreagă. După ce muriţi, bunurile dumneavoastră sunt împărţite. Dacă nu lăsaţi nici o indicaţie despre modul în care doriţi să fie distribuite, legea statului hotărăşte pentru dumneavoastră. Acum este timpul să întocmiţi un plan pentru a face cunoscute dorinţele dumneavoastră. Cu aceste lucruri stabilite, sunteţi liber să vă bucuraţi de ultimii ani de viaţă fără să vă faceţi griji asupra modului în care averea va fi împărţită după decesul dumneavoastră.

Evaluarea averii dumneavoastră

Înainte să începeţi planurile asupra modului de împărţire a averii, trebuie să faceţi un inventar al ei. Averea dumneavoastră conţine tot ceea ce posedaţi şi care, în mod clar, are o anumită valoare. Principalele componente ale averii dumneavoastră pot fi:

- o casă;
- avere imobiliară adiţională;
- acţiuni într-o afacere;
- asigurare de viaţă;
- investiţii;
- economii din pensie;
- alte economii;
- vehicule;
- alte proprietăţi personale.

Întocmirea unui testament

Cel mai simplu mod de a vă asigura că moştenitorii dumneavoastră primesc ceea ce doriţi să le daţi este să vă întocmiţi un testament. Cu toate acestea, însă, aproape 50% dintre americani nu au un testament valabil în momentul în care mor. În acest caz, un judecător hotărăşte cum se împarte averea. Dacă nu aveţi moştenitori şi nu lăsaţi un testament, guvernul statului dumneavoastră va putea revendica banii şi proprietăţile dumneavoastră. Pentru a vă asigura că dorinţele vă sunt luate în considerare, poate fi de ajutor un avocat.



Împreună cu avocatul, puteţi întocmi un testament care să descrie averea dumneavoastră, numele beneficiarilor şi detalii cu privire la ce vor primi ei şi când vor primi. Vă puteţi lua orice alte măsuri de prevedere doriţi şi puteţi numi un administrator al averii dumneavoastră (reprezentant personal). Majoritatea testamentelor sunt supuse, mai mult sau mai puţin, Curţii de Probaţie. Cu cât averea dumneavoastră este mai mică, cu atât mai simplu va fi acest proces. Rareori durează mai mult de un an.

Pregătirea unei procuri

Un alt mod pentru dumneavoastră de a împărţi averea moştenitorilor este crearea unei procuri. Acesta este un document legal creat de un avocat. Documentul descrie felul în care vreţi să vă fie împărţită averea după moartea dumneavoastră şi numeşte un împuternicit (mandatar) care este responsabil de executarea documentului. Avantajul acestei proceduri este acela că permite împărţirea averii între beneficiari fără să mai fie nevoie să se treacă prin procesul de probaţie. În plus, aveţi opţiunea să specificaţi cum va fi mânuită averea dumneavoastră în cazul în care veţi fi în incapacitate de a hotărî.

Căutarea consultanţei legate de administrarea averii

Indiferent dacă averea dumneavoastră este mică sau mare, deseori este de ajutor să vă adresaţi unui avocat experimentat, unui contabil public atestat, unui specialist în planificarea financiară sau oricărui alt specialist din domeniu. Legile cu privire la avere şi moştenire se schimbă repede şi sunt, de obicei, complicate. Cineva cu experienţă în domeniul financiar şi al moştenirilor poate să vă ajute să vă asiguraţi că moştenitorii dumneavoastră nu o să fie nevoiţi să plătească un impozit mai mare decât este nevoie.

Asigurarea de îngrijire pe termen lung

Această asigurare vă conferă protecţie financiară dacă nu vă puteţi purta singuri de grijă datorită unei boli cronice, dizabilităţi fizice sau unei deteriorări cognitive, ca de exemplu în boala Alzheimer.

Îngrijirea pe termen lung este adesea foarte costisitoare şi, în general, nu este acoperită de Medicare (în SUA) sau implică substanţiale plăţi suplimentare. Medicaid cere, de obicei, beneficiarilor să plătească cât pot în avans, înainte să poată primi beneficiile respective.

Asigurarea de îngrijire pe termen lung este concepută anume pentru a vă ajuta să plătiţi îngrijirea medicală continuă, protejându-vă în acelaşi timp economiile. Acest tip de asigurare acoperă, de obicei, o plajă largă de servicii, de la plătirea îngrijirii medicale la domiciliu la achitarea lunară a plăţilor pentru căminele de îngrijire a bătrânilor. Cu toate acestea, această asigurare poate fi costisitoare, în special dacă o încheiaţi la bătrâneţe. Dacă încheiaţi această asigurare la o vârstă mai tânără – de exemplu la 40 sau 50 de ani- şi când starea sănătăţii dumneavoastră este bună, costurile asigurării dumneavoastră vor fi avantajoase. Desigur, în acest caz, va trebui să achitaţi mulţi ani primele de asigurare. Unii experţi în domeniu sunt de părere că cel mai bun

moment pentru încheierea acestui tip de asigurare este după ce beneficiarul împlineşte 60 de ani.

Deşi această asigurare de sănătate nu este accesibilă oricui, mulţi o pot totuşi lua în considerare. Acest tip de asigurare nu este, probabil, cea mai bună alegere dacă aveţi un venit mic şi o avere limitată. Şi nici nu veţi avea nevoie de ea dacă aţi economisit suficient pentru a plăti o îngrijire pe termen lung, cu excepţia situaţiei în care veţi dori totuşi să o încheiaţi pentru a vă proteja averea.

Asiguraţi-vă că aţi înţeles exact ce anume acoperă asigurarea şi pentru ce perioadă de timp. În multe state se acordă credite sau scutire de impozite în cazul asigurărilor de îngrijire pe termen lung.

Cheltuielile de înmormântare

Costurile unei înmormântări tradiţionale se pot ridica la mii de dolari. Din această cauză, mulţi americani economisesc bani pentru a acoperi cheltuielie unei viitoare înmormântări sau intră în contact cu diferite firme de servicii funerare pentru a achiziţiona diverse pachete de servicii de înmormântare. Aproape 1 din 3 americani trecuţi de vârsta de 50 de ani au plătit în avans toate sau aproape toate cheltuielile de înmormântare. Procedând astfel, veţi putea scuti oarecum de griji pe cei dragi în momentul în care muriţi.

Dacă vă hotărâţi la un pachet de servicii de înmormântare – indiferent dacă este vorba doar de un simplu loc de veci sau de un întreg pachet de servicii cuprinzând coşciugul, cavoul şi slujba de înmormântare – ar fi bine să prospectaţi mai întâi ofertele. Nu este nimic greşit în a alege o capelă sau un cimitir în funcţie de locaţia acestora, atât timp cât au o bună reputaţie în comunitate. Dar când căutaţi doar într-un singur loc, veţi risca să plătiţi prea mult. Sunaţi sau vizitaţi cel puţin 2 capele sau cimitire. Comisia Trustului Federal „Regula Funerară" cere acestor locaţii, dar nu cimitirelor, să indice la telefon, preţurile practicate. Multe dintre ele vă pot trimite lista de preţuri prin poşta electronică.

În cazul în care vă hotărâţi să achiziţionaţi un pachet de înmormântare, asiguraţi-vă să vi se specifice costurile sicriului, ale pereţilor exteriori – deseori ceruţi de cimitire pentru prevenirea surpării terenului, precum şi costurile serviciilor generale ale firmei funerare respective, care pot include:

- o discuţie iniţială;
- copiile certificatului de deces – vă trebuie mai mult de o duzină de exemplare pentru a pune la punct mai multe chestiuni ca: prevederile poliţei de asigurare, aspectele legate de asigurările sociale şi beneficiile din pensie;
- transportul persoanei decedate la capela funerară şi locul de veci;
- îmbălsămarea şi pregătirea pentru înmormântare;
- asigurarea unor servicii ca de exemplu: asigurarea spaţiului de priveghi sau pregătirea unei ceremonii funerare;
- alte opţiuni de genul florilor, muzicii şi pregătirea necrologului.

Un număr din ce în ce mai mare de persoane (din SUA) aleg incinerarea în locul înmormântării. Incinerarea poate fi mai ieftină ca o ceremonie funerară şi o înmormântare tradiţională. Cu toate acestea, şi în cazul incinerării sunt necesare o serie de cheltuieli. Corpul trebuie incinerat într-un container, deşi nu neapărat într-un sicriu. De asemenea, multe familii aleg să construiască un monument funerar care să conţină urna. Unele crematorii permit îngroparea urnei într-un lot de pământ sau au grădini pentru îngroparea urnelor. Interesaţi-vă de diferitele facilităţi şi costuri practicate de firmele de incinerare.

Directive medicale anticipate

Cu aportul adus de noile medicamente, tehnici chirurgicale şi tehnologii de susţinere a vieţii, medicina şi-a mărit considerabil capacitatea de prelungire a vieţii pacienţior şi de ameliorare a durerii în



Donarea averii

Unul dintre modurile prin care puteţi să vă asiguraţi că moştenitorii dumneavoastră sau organizaţiile de caritate favorite primesc o parte cât mai mare din averea dumneavoastră, este de a le dona progresiv, în timpul vieţii, anumite părţi din avere. Procedând astfel puteţi să vă reduceţi din impozite. Puteţi lua în considerare mai multe modalităţi de realizare.

- *Cadourile în bani lichizi.* Puteţi face un cadou în bani lichizi, neimpozabili, oricui doriţi dumneavoastră. Începând cu anul 2001, limita anuală de bani – de 10 000 de dolari de la o persoană la alta sau de 20 000 de dolari de la un cuplu la o persoană – care pot fi donaţi, a început să crească. Contabilul dumneavoastră poate să vă sfătuiască asupra limitelor curente. Puteţi să transferaţi orice sumă de bani sau proprietăţi soţului sau soţiei dumneavoastră cât timp sunteţi în viaţă. Însă, acest lucru poate duce la creşterea riscului de impozit federal asupra moştenirii, după moartea soţului care a supravieţuit.
- *Fond transferabil.* Un fond transferabil (cunoscut şi sub numele de fond de credit de acoperire), poate furniza partenerului de căsătorie supravieţuitor, un venit pe tot parcursul vieţii lui, din averea partenerului decedat, reducând sau eliminând impozitul pe moştenire după decesul acelui partener supravieţuitor.
- *Un fond pentru o organizaţii caritabilă.* Acesta este creat prin donarea unui bun valoros, unei organizaţii caritabile. Organizaţia respectivă de caritate vinde la rândul ei bunul şi depune fondurile într-un cont, care vă distribuie dumneavoastră anumite sume până la moarte. După moartea dumneavoastră, organizaţia de caritate intră în posesia contului respectiv.
- *Un cont pentru o organizaţie de caritate.* Un astfel de cont este exact opusul celui descris înainte. În loc ca dumneavoastră să primiţi fonduri dintr-un cont creat din averea dumneavoastră, organizaţia de caritate va primi fonduri din contul creat de dumneavoastră. La moartea dumneavoastră, contul respectiv va fi împărţit între moştenitori.

cazul persoanelor grav bolnave. Uneori, moartea datorată incapacității naturale de funcționare a unor organe ca inima, plămânii, poate fie amânată prin măsuri de prelungire a vieții.

Având în vedere aceste circumstanțe, unul dintre cele mai importante lucruri despre care ar trebui să vorbiți cu medicul și familia dumneavoastră este despre modul în care ați dori să fiți tratat în momentul în care nu o să mai fiți capabil să vă exprimați dorințele.

Deciziile juridice recente sprijină drepturile oamenilor, în special ale celor cu o boală prelungită, de a-și trăi ultimele zile așa cum își aleg să le trăiască. Aceste decizii reflectă noua perspectivă socială asupra faptului că moartea implică persoana în ansamblul ei – nu numai aspectele fizice, dar și cele emoționale și spirituale.

În situația în care sunteți grav bolnav sau accidentat, ar trebui ca dumneavoastră să fiți acela care să alegeți dacă doriți sau nu să fiți ținut în viață prin proceduri extreme de menținere în viață. În situația în care vă aflați în imposibilitatea de a vă exprima dorințele, directivele medicale anticipate îi pot ghida pe cei care vă îngrijesc. Aceste directive medicale anticipate constituie documente legale care specifică tipurile de îngrijiri medicale și de măsuri de menținere în viață pe care le doriți sau nu. Unele dintre aceste directive medicale anticipate pot împuternici pe cineva, ales de dumneavoastră, să ia deciziile medicale în ceea ce vă privește.

O astfel de directivă anticipată poate fi, de obicei, folosită dacă dumneavoastră vă pierdeți capacitatea mentală sau prezentați o accidentare sau o boală ce vă deteriorează capacitatea de comunicare. Dacă aveți peste 18 ani și sunteți internat în spital, azil de cronici, ospiciu sau beneficiați de serviciile de îngrijire medicală la domiciliu oferite de o agenție care primește fonduri Medicare, respectiva instituție este obligată prin legea federală să vă întrebe dacă aveți asemenea directive medicale anticipate sau nu. Această informație este trecută apoi în fișa dumneavoastră. Instituția trebuie să vă dea, în scris, informații despre dreptul dumneavoastră, în conformitate cu legea federală, de a accepta sau nu tratamentul medical. Fie că aveți întocmite sau nu aceste directive date în avans, legea federală cere instituției să furnizeze tuturor persoanelor aceleași opțiuni de tratament.

Dacă doriți să întocmiți asemenea directive medicale anticipate, medicul dumneavoastră sau cineva din echipa medicală poate să vă pună la dispoziție un formular corespunzător, facilitându-vă accesul la mijloace de informare cu privire la legislația corespunzătoare, ce se aplică în acel stat. De asemenea, puteți contacta și un avocat.

Unul dintre cele mai utile aspecte ale acestor directive medicale anticipate este că oferă persoanelor oportunitatea să discute cu familia aspecte importante, înainte de un eveniment amenințător pentru viață. Și, dacă vreodată vă îmbolnăviți așa de grav sau vă accidentați astfel încât să nu vă mai puteți exprima dorințele, acest document poate ușura parțial chinul familiei care, altfel, ar trebui să ghicească ce tratament ați fi vrut să vi se facă.

Tipuri de directive medicale anticipate

Cele mai obișnuite forme de directive medicale anticipate sunt directivele legate de metodele de susținere a vieții în perioada terminală și împuternicirile autorizate de un notar legate de îngrijirile de sănătate. Combinația celor două forme reprezintă modul maxim de implicare personală în atitudinea față de multe situații medicale care necesită luarea de decizii dificile.

Directivele legate de metodele de susținere a vieții în perioada terminală

Aceste directive sunt, de obicei, redactate în linii mari, deoarece nimeni nu poate anticipa toate posibilele circumstanțe referitoare la moartea sa. Aceste directive pot avea un format standard sau pot fi specifice. De exemplu, în directivele dumneavoastră puteți menționa interzicerea manevrelor eroice, dar în acest caz medicul dumneavoastră trebuie să facă anumite distincții: se consideră utilizarea ventilației asistate o manevră eroică sau nu? Dar o transfuzie de sânge?

Cum permanent se dezvoltă noi tehnologii și manevrele eroice de ieri au devenit astăzi manevre de rutină, situația pare să se complice și mai mult. Pentru medici, una dintre cele mai mari provocări este de a-i menține permanent informați pe pacienți și pe familiile acestora de schimbările permanente ale tehnologiilor de susținere a vieții, precum și de impactul acestora asupra pacienților. O persoană bine informată va avea o probabilitate mai mare de a lua cea mai înțeleaptă decizie cu privire la tratamentul medical.

Pentru schițarea unei asemenea directive este util, dar nu esențial, ajutorul acordat de un avocat. Este de asemenea important de știut că toate aceste directive au anumite limitări datorită scăzutei capacități de previziune a oamenilor asupra circumstanțelor în care vor muri. Puteți menționa în directivele dumneavoastră ca, în cazul în care vă veți afla într-un stadiu terminal, să nu vi se aplice proceduri medicale ieșite din comun. Dar, în ce moment este considerat un stadiu de boală ca fiind final? În anumite state, acest stadiu terminal este bine definit, dar, în general, acesta rămâne subiectul unor largi dezbateri.

O simplă directivă nu are decât autoritatea morală de a declara preferințele dumneavoastră. Pentru a-i

Servicii de îngrijire medicală

În perioada terminală a vieții, poate veni momentul în care să aveți nevoie de ajutor în efectuarea sarcinilor de zi cu zi sau în recuperarea după o boală. Există mai multe căi prin care puteți primi acest ajutor și ar fi bine să vă gândiți acum ce anume ați dori dacă în viitor veți avea nevoie de ajutor.

Opțiunile pe care le aveți sunt:

- îngrijiri medicale la domiciliu;
- servicii de îngrijire și asistare a activităților zilnice;
- comunități pentru bătrâni;
- cămine-spital.

Aceste opțiuni sunt tratate în detaliu în cap. 16 „Anii maturității”

conferi autoritate legală, juridică, majoritatea statelor au introdus anumite ordonanţe, deseori numite acte de deces natural. În aceste state, aceste ordonanţe reprezintă forţa legală a directivelor respective. Ordonanţele nu sunt la fel în toate statele şi, de aceea, pentru a vă asigura că directivele dumneavoastră sunt în concordanţă cu normele statului dumnavoastră, familiarizaţi-vă cu legile statului referitoare la această chestiune sau cereţi sfatul unui avocat înainte să întocmiţi aceste directive.

O dată ca aţi întocmit directivele, revizuiţi-le periodic, deoarece tehnologiile medicale, precum şi dorinţele şi părerile dumneavoastră se pot schimba. Aveţi libertatea să revocaţi oricând doriţi orice fel de directive luate în avans.

Organizaţii de ajutor

Fiind implicat, în prezent, în activităţile de zi cu zi, este dificil pentru dumneavoastră să vă gândiţi la perioada de sfârşit a vieţii. De asemenea, poate fi greu să discutaţi despre aspectele legate de moarte în ceea ce vă priveşte sau în ceea ce-i priveşte pe cei dragi. Cu toate acestea, există organizaţii al căror scop este tocmai de a ajuta persoanele în stabilirea detaliilor cu privire la ultima perioadă de viaţă.

De exemplu, Midwest Bioethics Center (SUA) a întocmit o agendă de lucru ce cuprinde întrebări pe care persoanele ar trebui să le ia în considerare, răspunsuri şi discuţii pe care să le aibă cu membrii familiei. Programul acestui centru, numit „conversaţii de ajutor", este destinat să ajute persoanele şi familiile lor de a avea împreună conversaţii pline de conţinut în legătură cu luarea unor decizii practice, referitoare la perioada de sfârşit a vieţii. Această agendă de lucru acoperă toate domeniile, de la reflecţie la relaţiile personale şi credinţele religioase, la aspecte mai specifice şi practice cum ar fi posibilitatea refuzului, vreodată în viitor, a hrănirii artificiale sau oricăror alte metode de susţinere artificială a vieţii. În această agendă de lucru sunt tratate amănunţit şi aspectele referitoare la directivele medicale anticipate, furnizându-vă modele pentru a vă întocmi singuri asemenea documente. Pentru mai multe informaţii despre acest centru vezi pag. 1384.

Împuternicire autentificată de notar legată de îngrijirile medicale

În plus faţă de directivele descrise mai sus, puteţi să întocmiţi un document prin care să împuterniciţi legal o anumită persoană, aleasă de dumneavoastră, care să ia în locul dumneavoastră hotărâri cu privire la îngrijirile de sănătate, în momentul în care nu o să mai puteţi să o faceţi. În mod normal, această persoană este soţia, soţul, un membru de familie sau un prieten de încredere.

Această persoană este cea care se asigură că dorinţele dumneavoastră nu vor fi interpretate greşit sau ignorate. Şi, spre deosebire de directivele legate de metodele de îngrijire a sănătăţii, această persoană legal autorizată poate răspunde adecvat întrebărilor unice ridicate de fiecare circumstanţă în parte. Când împuterniciţi o persoană, alegeţi pe cineva în care aveţi încredere şi cu care sunteţi apropiat. Această persoană ar trebui să vă cunoască bine părerile în legătură cu îngrijirile de sănătate şi dorinţele, şi să fie de acord să se implice în reprezentarea dumneavoastră. Ar fi, de asemenea, de folos, dar nu neapărat necesar, dacă această persoana ar locui în preajma dumneavoastră.

Trebuie să fiţi atent să nu confundaţi această împuternicire autentificată de notar în legătură cu îngrijirile medicale, cu împuternicirea juridică a unei persoane să vă reprezinte din punct de vedere al intereslelor financiare. În această situaţie, autorizaţi o persoană, aleasă de dumneavoastră, să vă administreze banii şi proprietăţile atunci când dumneavoastră nu o să mai fiţi în stare să o faceţi.

Conţinutul directivelor medicale anticipate

Este imposibil să prevedeţi toate aspectele care vor fi abordate în perioada de dinaintea morţii dumneavoastră. De aceea, nu este întotdeauna foarte clar ce anume trebuie inclus în directivele medicale anticipate. Cu toate acestea, următoarele scenarii în legătură cu îngrijirile medicale viitoare pot constitui o bază de plecare pentru iniţierea discuţiilor.

Menţinerea sau întreruperea terapiilor de menţinere artificială a vieţii

Bolile terminale pot ajunge într-o fază în care orice tratament efectuat în continuare ar reprezenta doar o prelungire a agoniei persoanei respective. În acest stadiu, dumneavoastră împreună cu familia şi, eventual, cu un preot puteţi decide să sistaţi orice tratament, exceptând pe cel pentru ameliorarea durerii şi oferirea unui maxim de confort posibil în această situaţie.

Dumneavoastră şi familia puteţi hotărî în avans să nu fiţi resuscitat cardiorespirator în eventualitatea în care faceţi stop cardiorespirator.

Deciziile ce presupun chestiuni sensibile din punct de vedere etic stârnesc, adesea, diferenţe de opinii în rândul familiei. De exemplu, întreruperea susţinerii artificiale a vieţii poate să nu reprezinte o dilemă pentru cineva care priveşte lucrurile prin prisma unei morţi demne. Pentru alt membru al familiei poate constitui o încălcare brutală a unor credinţe privitoare la necesitatea păstrării cu orice chip a vieţii. Cea mai bună hotărâre nu este întotdeauna şi cea mai evidentă. De aceea, este aşa de important să vă exprimaţi sentimentele şi convingerile timpuriu şi clar, acelora pe care îi împuterniciţi să ia, mai târziu, decizii în locul dumneavoastră.

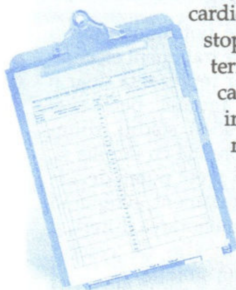
Unele tratamente pot avea mai multe efecte ce trebuie luate în considerare. De exemplu, efectul iniţial al opioidelor de tipul morfinei este acela de ameliorare a durerii, dar un alt efect al lor poate fi o deprimare respiratorie, care poate duce la moarte.

Hrănirea artificială

În afară de resuscitarea cardiopulmonară şi asistarea mecanică a ventilaţiei, se mai ridică şi alte probleme în cazul unei persoane cu boală terminală, de exemplu, aceea a folosirii altor măsuri de susţinere a vieţii cum este hrănirea artificială.

Aceasta constă în furnizarea de hrană într-un alt mod decât prin alimentarea normală – de obicei, prin introducerea în stomac a unui tub care permite lichidelor să pătrundă direct în el. Ocazional, pot fi utilizate pentru hrănire şi perfuziile intravenoase. În asemenea situaţii, se ridică o serie de întrebări dificile: va fi o asemenea hrănire artificială permanentă?

Directiva de a nu fi resuscitat



Această directivă înseamnă neefectuarea manevrelor de resuscitare cardiopulmonară în momentul când o persoană suferă un stop cardiorespirator. În cazul unui pacient cu boală terminală, care poate muri din clipă în clipă, resuscitarea cardiorespiratorie nu este adecvată. Inițialele DNR, ce indică dorința de a nu fi resuscitat, sunt trecute cu majuscule pe foaia de observație a pacientului dintr-un spital sau cămin-spital, atunci când s-a luat această hotărâre. Decizia de a înscrie aceste inițiale pe foaia de observație este luată de bolnav împreună cu medicul. În cazul în care bolnavul nu este capabil să hotărască, rudele, medicul sau persoana care a fost împuternicită să ia decizii în locul bolnavului va lua această hotărâre. Uneori, dorința de a nu fi resuscitat este stipulată în directivele medicale anticipate.

Decizia de a fi sau nu resuscitat nu trebuie să fie luată într-o situație de urgență. De aceea, este bine să luați în avans toate aceste hotărâri și să îi informați din timp pe toți cei care ar putea fi implicați. Înscrierea pe foaia de observație a dorinței bolnavului de a nu fi resuscitat, nu înseamnă că i se va acorda o îngrijire mai puțin atentă. Acești pacienți vor primi în continuare tratament adecvat pentru alte afecțini. De exemplu, medicul vă va întreba în continuare dacă doriți tratament antibiotic în cazul unei infecții.

Care va fi calitatea vieții persoanei respective în acea situație? Dacă se întrerupe alimentarea, va avea persoana respectivă senzația de sete sau de foame? Personalul de îngrijire vă va putea răspunde la toate aceste întrebări.

Multe decizii dificile vor trebui luate în cazul unei boli terminale. Deși există anumite reguli generale, fiecare dintre noi avem un set de principii morale și etice, limitate de frontierele legale, care trebuie luate în considerare.

Donarea de organe

Anual, zeci de mii de oameni așteaptă un transplant de organe. Unii așteaptă pentru un transplant de cornee de la un donator, pentru a putea vedea din nou. Pentru alții, însă, transplantul este o chestiune de viață și de moarte, precum cea reprezentată de un transplant de inimă sau ficat. Dar, în fiecare an, numărul organelor donate acoperă numai o parte din necesități.

The United Network for Organ Sharing (UNOS), o organizație care se ocupă cu distribuția organelor donate, crede că o mai bună înțelegere a acestui proces de donare de organe îi va face pe oameni mai doritori să devină donatori de organe.

Cine poate fi donator de organe?

Oricine, cu excepția nou-născuților, poate dona organe. Nu există o limită superioară de vârstă. Adulții mai în vârstă sunt socotiți, mai frecvent, donatori. În plus, dacă suferiți de anumite afecțiuni, nu înseamnă că nu puteți deveni donatori de organe. În momentul decesului, o echipă specializată de medici va stabili dacă organele dumneavoastră pot fi folosite sau nu. Donarea de organe este acceptată și chiar elogiată de majoritatea religiilor.

Transplantul de organe este mai puțin obișnuit în spitalele din afara marilor centre medicale. Cu toate acestea, toate spitalele sunt obligate prin lege să informeze potențialii donori despre UNOS, care a fost fondată în anul 1984, prin National Organ Transplant Act. UNOS deține, prin intermediul unei rețele extinse de calculatoare, o bază de date a potențialilor beneficiari de transplant.

Procedura de donare de organe

Unele persoane au anumite îndoieli cu privire la procedura de donare a organelor. Ei se tem de eventuale mutilări și de faptul că ar putea fi mai puțin atent îngrijiți o dată ce au luat decizia de a dona organe.

Donarea de organe nu desfigurează corpul. Organele ce urmează să fie donate se extirpă chirurgical, printr-o operație asemănătoare extragerii apendicului sau a vezicii biliare. În momentul în care o persoană și-a anunțat hotărârea de a deveni donor de organe, procedura are loc după ce au eșuat toate eforturile de salvare a persoanei respective și după ce aceasta a fost declarată legal ca decedată. Medicii implicați în prelevarea organelor nu sunt aceeași cu cei care s-au îngrijit de bolnavul respectiv.

Organele ce pot fi prelevate de la o persoană pentru a fi transplantate alteia sunt: inima, rinichii, pancreasul, plămânii, ficatul, intestinele și ochii. Țesuturile ce pot fi donate sunt: piele, os, valve cardiace și tendoane.

Cine primește organele și țesuturile donate?

Un mit greu de risipit este acela conform căruia persoanele bogate sau celebre înaintează în fruntea listei celor ce primesc organe donate, în momentul în care au nevoie de un transplant. În realitate, sistemul de alocare și distribuire ale organelor donate nu este influențat de bogăție sau statut social. Durata intervalului de așteptare până la primirea unui organ pentru transplant depinde de mai mulți factori, printre care: grupa sangvină, perioada de așteptare pe listă, severitatea bolii și alte criterii medicale.

UNOS nu ia în considerare factori de genul rasei, sexului, vârstei, venitului sau celebrității, pentru stabilirea ordinii de distribuire a organelor pentru transplant.

A deveni donator de organe

Dacă doriți să deveniți donator de organe, specificați acest lucru în directivele medicale anticipate. În anumite state, puteți să notați în carnetul de conducere alegerea dumneavoastră. Cu toate acestea, chiar dacă faceți amândoi pașii menționați mai sus, este foarte important să discutați aceste lucruri și cu familia dumneavoastră. Prelevarea de organe trebuie să aibă loc la scurt timp după deces și, adesea, membrii familiei nu au prea mult timp la dispoziție pentru a lua decizia de a dona sau nu organele persoanei dragi. Cunoașterea din timp a preferințelor persoanei respective poate ușura mult luarea acestei decizii.

II

PARTEA A **DOUA**

Afecţiuni şi îngrijorări frecvente de-a lungul stadiilor vieţii

CAPITOLUL 12 PARTEA a II-a

Perioada de sugar și de copil mic



După 9 luni de aşteptare soseşte ziua cea mare. Se naşte fiica sau fiul dumneavoastră şi trage aer în piept pentru prima dată. Şi astfel e un nou capitol în viaţa dumneavoastră şi în viaţa copilului dumneavoastră.

Primele luni de viaţă sunt perioade emoţionante şi frământate, chiar şi pentru părinţii cu experienţă, deoarece fiecare bebeluş este altfel. Unii copii se hrănesc bine de la început, iar alţii preferă să sugă din biberon. Unii bebeluşi ţipă doar când le este foame, când sunt uzi sau obosiţi, iar alţii plâng ore în şir, fără nici o cauză aparentă. Unii dorm toată noaptea, alţii preferă să doarmă în reprize.

Dacă dumneavoastră şi copilul vă acomodaţi unul cu altul acasă, în general totul merge mai uşor. În prima lună, copilul poate intra într-o schemă predictibilă de mâncat, somn şi udatul scutecelor. Aceasta nu înseamnă că respectiva schemă nu se va schimba. E ceea ce se produce adesea în primul an de viaţă. Dar, dincolo de toate schimbările, există ceva previzibil în fiecare zi la copilul dumneavoastră.

Primul an de viaţă este o perioadă de schimbări continue şi rapide. Copilul dumneavoastră va trece de la o alimentaţie cu lapte matern sau artificial, la hrană diversificată şi chiar la a bea dintr-o ceaşcă. Bebeluşul care petrece cea mai mare parte a timpului dormind, ajunge în luna a 11-a să fie activ mai toată ziua, exceptând somnul de după-amiază. Copilul dumneavoastră va progresa de la a fi în stare să se ţină pe picioare la a merge de-a buşilea şi apoi la a merge propriu-zis, ceea ce se produce, în general, între lunile a 9-a şi a 16-a. Vă veţi vedea copilul cum evoluează de la o comunicare doar prin gângurit şi ţipete de plăcere când intraţi în încăpere, la a spune, mai târziu, „mama" şi „tata" şi la a face semne de „la revedere".

Reţineţi că nu toţi copiii se dezvoltă în acelaşi ritm. Dacă bebeluşul dumneavoastră nu atinge un anumit nivel de dezvoltare într-un anumit interval de timp, aceasta nu înseamnă neapărat că ceva nu e în regulă. Discutaţi cu medicul dacă aveţi probleme sau întrebări cu privire la dezvoltarea copilului dumneavoastră.



Acomodarea cu un nou-născut a cărui vârstă se numără în minute este un prilej de mare bucurie.

Viaţa în prima lună

Prima lună de viaţă este o perioadă de acomodare şi de frământare atât pentru copil cât şi pentru părinţi. Poate fi totodată o perioadă epuizantă pentru părinţi, aşa că luaţi lucrurile pas cu pas. Iată câteva sfaturi de supravieţuire:

- Dormiţi când doarme copilul.
- Adoptaţi o alimentaţie simplă.
- Nu vă preocupaţi de orice fir de praf din casă.
- Nu vă simţiţi obligat să vă întreţineţi cu alţi musafiri.
- Acceptaţi ajutor în treburile gospodăreşti.
- Cereţi ajutor familiei şi prietenilor dacă aveţi nevoie.

Un copil sănătos

În primul an al copilului dumneavoastră este firesc să vă faceţi griji dacă se dezvoltă normal, chiar dacă anomaliile serioase sunt rare. Mulţi părinţi, mai ales cei care sunt la primul copil, au nelămuriri cu privire la greutatea copilului lor, postura, culoarea pielii, vederea, auzul, alimentaţia, scaunele, plânsul şi somnul.

Creşterea

Greutatea medie a unui nou-născut variază între 2,5 şi 4,5 kg, iar lungimea, între 45 şi 55 cm. În primele zile de la naştere, un copil scade în greutate între 6 şi 10% din cauza pierderilor normale de fluide.

Pe la o lună, el creşte cu 1500 g peste greutatea de la naştere, iar în lungime, cu 2,5-5 cm faţă de lungimea iniţială. Copilul dumneavoastră probabil îşi va dubla greutatea pe la vârsta de 4-5 luni şi şi-o va tripla în jurul vârstei de 1 an. Înălţimea copilului se va mări cu 25-30 cm în primul an.

Circumferinţa capului său se va mări cu aproximativ 10-12 cm.

Postura şi abilităţile motorii

Postura nou-născutului simulează poziţia fetală. La naştere, aşezat pe o suprafaţă dură, copilul poate să-şi mişte capul dintr-o parte în alta. Dacă nu e susţinut, capul poate cădea în faţă sau în spate. Pentru a evita aceasta, este bine să-l susţineţi. Când este ţinut pe umărul unui adult, bebeluşul poate să-şi înalţe capul. Aşezat pe burtă, copilul poate sta în poziţia broaştei sau se poate roti ca o minge. Degetele copilului sunt strânse în pumn.

La 1 lună, capul copilului încă mai are nevoie să fie susţinut, dar el este în stare să şi-l ţină ridicat pentru o perioadă mai lungă de timp. Se poate roti din spate către lateral. Când degetele unui nou-născut sunt desfăcute, el poate apuca o jucărie, dar o scapă imediat.

Pe la 4 luni, copilul poate sta în fund, ajutat, şi poate avea un bun control al capului. Aşezat pe burtă, se poate rostogoli dintr-o parte în alta. Unii copii la această vârstă pot să se rostogolească de pe burtă sau dintr-o parte către spate, sau să plimbe un obiect dintr-o mână în alta.

Copilul poate începe să meargă de-a buşilea pe la 8 luni. Unii copii la această vârstă pot chiar să se ridice în picioare, dacă au ceva de care să se rezeme. La 1 an, mulţi copii merg, deşi mai preferă mersul de-a buşilea. Copilul dumneavoastră poate să se caţere şi să coboare scări sau să urce în pătuţ. Poate, de asemenea, să arate cu degetul sau să ridice un capac de borcan.

Culoarea pielii

Imediat după naştere, culoarea pielii copilului poate fi albastru închis. Este o culoare normală pentru un făt. În primele minute de la naştere, creşterea normală a oxigenului în sistemul cardio-respirator produce la nou-născuţii de toate rasele o culoare tot mai intensă roz, mai ales a limbii lor, buzelor, palmelor şi tălpilor.

Unii copii se pot naşte cu icter sau să-l facă la puţin timp după aceea, adică o coloraţie gălbuie a pielii şi albului ochilor. Mai bine de 50% din nou-născuţii la termen şi mai mult de 80% din copiii prematuri care în rest sunt sănătoşi fac icter în primele zile de viaţă. Este cunoscut sub numele de icter fiziologic.

Icterul nu este o boală, ci mai degrabă rezultatul incapacităţii ficatului imatur al nou-născutului de a metaboliza complet bilirubina. Bilirubina este o moleculă care apare când corpul reciclează globulele roşii. Bilirubina dă pielii tenta ei gălbuie.

Este normal ca icterul să continue 1-2 săptămâni, mai ales la copiii hrăniţi la sân. Dacă icterul se

Scorul Apgar

Scorul Apgar este utilizat pentru a evalua starea generală de sănătate a nou-născutului la 1 minut şi apoi la 5 minute de la naştere. Sunt evaluate 5 zone: ritmul cardiac, efortul respirator, tonusul muscular, reacţia la stimuli şi culoarea. Fiecare zonă este apreciată pe o scară de la 0 la 2, iar numerele sunt însumate. Cel mai mare scor posibil este 10.

Un scor de la 8 la 10 indică o stare excelentă a copilului. Ritmul cardiac este mai mare de 100 pe minut, copilul respiră normal şi plânge, este activ, tuşeşte şi strănută când i se aspiră secreţiile din nas şi are o culoare sănătoasă a pielii. Cei mai mulţi nou-născuţi au scorul între 7 şi 9 şi nu au nevoie de nimic altceva decât de aspirarea mucusului din căile respiratorii pentru a-şi îmbunătăţi respiraţia. Nou-născuţii cu scor de cel mult 4 la 1 minut de la naştere necesită imediat respiraţie asistată. Bătăile inimii lor sunt slabe sau imperceptibile, copilul este palid sau albastru şi racţiile reflexe lipsesc sau sunt reduse.

? **Întrebare şi răspuns**

Când va merge copilul meu?

Nimeni nu vă poate răspunde cu precizie. Un copil poate merge mai devreme de 9 luni, iar altul se poate mulţumi să meargă de-a buşilea până pe la 14 luni sau mai târziu.

Proaspătul dumneavoastră plimbăreţ se amuză să privească. Pe picioruşe durdulii, care par plate din cauza grăsimii de bebeluş, copilul dumneavoastră va păşi cu degetele răsucite. Mulţi copii au picioare în X sau în O. În general, toate aceste caracteristici sunt normale şi dispar de la sine.

Nu vă aşteptaţi ca începătorul dumneavoastră în ale mersului să fie plin de graţie. Timp de 1 minut, copilul de 1 an va mege prin cameră, pentru ca apoi să cadă grămadă pe podea. Căderile sunt frecvente la început şi, de obicei, nu-l împiedică pe copilaşul hotărât să continue. Căderile fac parte din învăţarea mersului.

Oricum, pentru părinţi, ele sunt un semnal a ceea ce va veni. Un copil care doar cu câteva săptămâni înainte avea o mobilitate limitată, acum îşi descoperă capacitatea de a merge oriunde vrea. Când ajunge pe la vârsta de 15 luni, este în stare să urce scări dacă e ţinut de mână. Pe cei mai mulţi copii de 2 ani e dificil să-i împiedici să urce pe sări. Pentru a evita o cădere periculoasă, instalaţi uşi de siguranţă la baza şi la capătul tuturor scărilor din casă.



menţine după a doua săptămână, se poate datora unei alte disfuncţii hepatice, unei infecţii severe, unui deficit enzimatic sau unei anomalii a globulelor roşii. Icterul prezent la naştere sau care apare în primele 24 h poate fi şi rezultatul unor probleme ca hemoragii, infecţie în sânge (sepsis) sau al unei incompatibilităţi sangvine între copil şi mamă. Dacă medicul se gândeşte la aceste posibilităţi, trebuie făcute teste sangvine speciale.

Cei mai mulţi nou-născuţi cu icter fiziologic necesită doar supraveghere. În general, această stare dispare în 1-2 săptămâni. Severitatea icterului fiziologic este influenţată adesea de rasă. Nou-născuţii asiatici şi indienii americani sunt afectaţi mai sever. Icterul poate fi mai grav la bebeluşii care nu mănâncă bine sau la cei care au infecţie intestinală.

Dacă bebeluşul dumneavoastră are o concentraţie prea mare de bilirubină, va fi expus unei lumini de mare intensitate, procedeu numit fototerapie. Bilirubina absoarbe lumina şi este convertită într-o formă care poate fi excretată prin bilă şi urină. Acest tratament se continuă până la scăderea concentraţiei de bilirubină. Printre posibilele reacţii adverse ale fototerapiei se numără scaunele moi, erupţiile şi deshidratarea.

Vederea

La naştere, ochii copilului sunt aproximativ 3/4 din mărimea pe care o vor avea la vârstă adultă. Probabil va ţine mai tot timpul ochii închişi. Aceasta nu înseamnă că bebeluşul nu poate vedea. Din momentul naşterii, copilul este capabil să focalizeze obiecte plasate între 20 şi 30 de cm de faţa lui. Nou-născuţii sunt atraşi mai mult de forme decât de culori şi preferă feţele oamenilor. Bebeluşii sunt interesaţi mai ales de contactul ocular şi de focalizarea feţei mamei sau a tatălui.

Mulţi copii pot avea dificultăţi în coordonarea mişcărilor ochilor în primele luni de la naştere. Uneori bebeluşul dumneavoastră poate părea că priveşte cruciş. În cele mai multe cazuri, toate acestea se rezolvă în primele luni. Majoritatea nou-născuţilor sunt incapabili să vadă clar obiectele învecinate. Unii copii, mai ales cei născuţi prematur, văd doar de aproape, nu pot vedea clar obiecte mai îndepărtate. La cei mai mulţi copii, capacitatea de a vedea clar progresează rapid. Pe la 3 ani sau mai devreme, ei au un câmp vizual de 50/75 sau 50/50 cm.

Uneori o problemă de vedere importantă apare în copilărie. De cele mai multe ori, cu cât diagnosticul este mai precoce, cu atât şansele tratamentului vor fi mai mari. Dacă aveţi vreo îndoială cu privire la vedere acopilului dumneavoastră, vorbiţi cu doctorul copilului (vezi pag. 157).

Auzul

Copilul se naşte cu un simţ al auzului bun. Un nou-născut sănătos clipeşte şi tresare ca reacţie la un sunet puternic şi poate face diferenţa între tonalităţi. Zgomotele uşoare pot să-l facă să schiţeze ceva asemănător zâmbetului, iar cele aspre sau puternice îl pot face să plângă. Copilul dumneavoastră poate să aibă preferinţe sonore, de exemplu să prefere vocea înaltă a mamei altor voci de tonalitate joasă.

Auzul este esenţial în învăţarea vorbiriii şi limbajului. Chiar şi o deficienţă minoră de auz poate avea un efect important aupra abilităţii nou-născutului de a comunica. Acest deficit poate să nu fie depistat până pe la 18-24 de luni, când apar probleme de vorbire. Toţi nou-născuţii trebuie testaţi pentru deficienţă de auz (vezi pag. 156).

Vorbirea

Principala metodă de a comunica a nou-născutului este plânsul. Între 1 lună şi 3 luni repertoriul său verbal se va îmbogăţi cu mici sunete guturale, gângureli, ţipete, chicoteli, scâncete şi vocalize ca: *ooh, oh şi ae*. Înţelegerea vorbirii se limitează la reacţia la vocile cunoscute.

Între lunile 4 şi 6 este stadiul de gângurit – completat cu oftat, mormăit, bolborosit şi plâns diferit pentru durere şi foame. Copilul vocalizează de plăcere şi de disconfort.

Între lunile 7 şi 9 copilul repetă silabe, gângureşte muzical şi poate produce cam 12 sunete distincte, mai ales p, d, b şi m. Poate folosi diverse vocale. Copilul dumneavoastră poate utiliza sunete ca să se joace sau poate repeta cuvântul „mama". Spre sfârşitul acestei perioade îl veţi auzi imitând intonaţia şi sunetele altora. Bebeluşul dumneavoastră va căuta surse sonore ascultând vorbirea altora şi zgomotele şi recunoscând „tata", „mama" şi „pa". Poate să-şi recunoască numele şi să facă diferenţa între tonul priet nos şi cel furios al oamenilor.

Între 10 şi 12 luni gânguritul poate fi înlocuit de ceva asemănător ca muzicalitate cu vorbirea obişnuită. Copilului îi place să repete sunetele altora. Vocalizează mult în timpul jocului. Foloseşte aproape toate consoanele şi vocalele. La unii copii apar în această perioadă primele cuvinte. Puterea de înţelegere creşte în această perioadă, poate răspunde la numele lui şi la întrebări simple, poate recunoaşte numele obiectelor cu care s-a obişnuit şi ale membrilor familiei.

Alimentaţia

Nu e deloc neobişnuit ca un nou-născut să manifeste puţin interes sau deloc pentru hrană, mai ales în primele 2 zile de la naştere. Dar la sfârşitul primei săptămâni, cei mai mulţi nou-născuţi mănâncă la fiecare 2 sau 5 ore. Un nou-născut este flămând la intervale neregulate de timp, indiferent că este hrănit la sân sau artificial.

Hrănirea este oarecum dezordonată în prima lună. Copilul poate mânca la 2 sau 3 ore în timpul zilei şi o dată sau de mai multe ori noaptea. Treptat, în cursul primei luni, numărul meselor din 24 h se poate reduce de la 8 sau 12 la 6 sau 8. Durata suptului este, de asemenea, neregulată. Într-o zi sugarul poate să se alimenteze 40 de minute la fiecare sân, iar în ziua următoare să vrea doar 10 minute.

Pe la 2 săptămâni, nou-născutul poate suge aproximativ 500 g de lapte pe zi. Frecvenţa depinde de necesităţile copilului şi de metoda de hrănire. Un copil între 1 şi 3 luni poate va vrea 5-6 mese pe zi, eventual la câte 3 ore, cu pauze mai lungi noaptea. Cu cât copilul creşte, numărul meselor se reduce. De obicei, pe la 5 luni, se hrăneşte de 4-5 ori pe zi, iar la 9 luni poate să sugă doar de 3 ori pe zi. Necesităţile fiecărui copil sunt specifice, aşa că urmăriţi gângurelile bebeluşului dumneavoastră pentru a determina frecvenţa şi volumul meselor.

Hrănirea la sân

Cu o generaţie în urmă, hrănirea la sân nu era practicată de multe femei americane. Astăzi s-a dovedit că este hrănirea ideală din cauza avantajelor sale nutritive şi imunologice, şi a beneficiilor emoţionale.

Celor mai mulţi nou-născuţi alăptaţi li se oferă posibilitatea de a se hrăni la puţin timp de la naştere. Apropierea dintre mamă şi copil este facilitată de hrănirea la sân, iar sănătatea copilului beneficiază din cauza colostrului

Dieta nou-născutului

Chiar dacă sursa de hrană este laptele matern sau artificial, dieta de bază a nou-născutului include următoarele componente:

Caloriile

Caloriile sunt unităţile de măsură ale energiei din hrană. Orice mâncăm şi mare parte din ceea ce bem conţin calorii. Laptele uman şi formulele standard au, de obicei, 70-100 calorii la 100 g: 9-15% provenind din proteine, 45-55% din carbohidraţi şi 35-45% din grăsimi.

Proteinele

Proteinele sunt esenţiale pentru creştere şi refacerea celulelor. Cele mai multe dintre organele principale ale corpului sunt compuse majoritar din proteine. Dacă organismul nu primeşte o cantitate adecvată de proteine, musculatura începe să scadă pentru a acoperi necesarul de proteine al corpului. Un om privat de proteine o perioadă lungă de timp poate avea letargie, abdomen umflat şi edeme.

Carbohidraţii

Carbohidraţii acoperă cea mai mare parte a nevoilor energetice ale corpului. Dacă organismul nu primeşte destui carbohidraţi, va compensa utilizând proteine şi grăsimi pentru energie. Carbohidraţii se stochează în ficat şi în muşchi. Rezerva copilului este mai mică decât cea a adultului. Carbohidraţii sunt necesari pentru sănătatea copilului, şi chiar şi atunci când este bolnav.

Grăsimile

Grăsimile sunt o sursă concentrată de energie. Ele ajută la protejarea organelor, vaselor şi nervilor, apără corpul de schimbările de temperatură, acţionează ca un vehicul pentru absorbţia vitaminelor şi prelungesc timpul de golire a stomacului, dându-vă senzaţia de plenitudine. Spre deosebire de anumiţi adulţi, nou-născuţii şi copiii mici nu trebuie supuşi unei diete fără grăsimi sau cu un conţinut mic de grăsimi.

Apa

Apa este esenţială pentr viaţa omului. Apa reprezintă 70-75% din greutatea nou-născutului, faţă de 60-65% din cea a adultului. Pentru a rămâne sănătos, un nou-născut trebuie să primească o cantitate mai mare de apă pe unitate corporală decât adultul. Necesarul zilnic de apă este de 10-15% din greutatea copilului. La adult este doar de 2-4%.

Din fericire, conţinutul în apă al laptelui matern şi artificial este mare. Unii copii hrăniţi artificial vor apă din biberon între mese, chiar dacă apa este rareori



necesară, exceptând cazul în care bebeluşul are febră sau diaree sau se află într-un anumit ambient foarte cald. Dacă un copil mănâncă bine, procentul de apă din laptele matern sau artificial este adecvat.

Mineralele

Mineralele sunt importante pentru structura şi funcţia oricărei părţi a corpului. De exemplu, calciul şi fluorul sunt necesari pentru formarea oaselor mari şi dinţilor, cuprul şi fierul sunt folosiţi în producerea globulelor roşii, iar sodiul este necesar pentru a menţine echilibrul apei în organism.



Vitaminele

Vitaminele, în cantităţi foarte mici, sunt necesare organelor dumneavoastră pentru a funcţiona normal. Vitamina A este importantă pentru sănătatea ochilor şi menţine sănătoase mucoasele bronşice, urinare şi ale tractului intestinal. Vitamina C este necesară dezvoltării oaselor, dinţilor şi ţesuturilor. Vitamina D este importantă în dezvoltarea oaselor şi dinţilor.

mamei, un lichid gras, de culoare portocalie, din sân, foarte benefic în protejarea copilului de anumite boli. Pentru asigurarea unui aport bun de lapte sunt foarte importante alăptările de durată lungă, neprogramată.

Unele femei care alăptează au nevoie de o mai mare libertate decât le permite metoda, aşa că folosesc şi biberonul. Dacă doriţi să înlocuiţi una sau mai multe alăptări pe zi cu biberonul, puteţi să vă mulgeţi sânii şi să păstraţi laptele pentru a-l utiliza mai târziu. Cereţi medicului să vă arate metoda corectă de mulgere. Există şi pompe pentru sâni, foarte eficiente, pentru a vă permite să aveţi la dispoziţie lapte pentru copil, indiferent de situaţiile din viaţa dumneavoastră.

Mulţi părinţi preferă, şi doctorii recomandă, ca nou-născutul să fie lăsat să stabilească programul meselor – măcar într-o anumită măsură. Mulţi nou-născuţi preferă să fie hrăniţi la fiecare 4 ore, în timp ce alţii cer să sugă mai des. Chiar dacă bebeluşul dumneavoastră a intrat într-o rutină de supt la 3 ore, regulile se pot schimba brusc şi intervalul de timp dintre alăptări să se modifice. Un părinte trebuie să fie pregătit pentru anumite schimbări, precum şi pentru imprevizibilul din primele luni de viaţă. Pot exista, de asemenea, alăptări „în ciorchine", în timpul cărora copilul dumneavoastră poate suge continuu mai multe ore.

Este important pentru o mamă care alăptează să se simtă în largul ei atunci. Asiguraţi-vă confortul, stând întinsă sau aşezată pe un saun comod, de preferat unul cu mânere. Ţineţi bebeluşul cu faţa aproape de sânul dumneavoastră. Cu cealaltă mână puteţi ţine sânul pentru ca mamelonul să fie accesibil gurii copilului. Lăsaţi copilul să termine de supt la un sân, înainte de a i-l oferi pe celălalt. Alternaţi sânul la care suge prima dată pentru a menţine regulată producţia d elapte. Ajutaţi-l să elimine gazele după fiecare alăptare. Aşezaţi copilul în poziţie verticală sau lipit pe umărul dumneavoastră şi bateţi-l uşor pe spate până când eructează.

Iniţial, o mamă care alăptează poate avea dureri în mameloane. Pe cât posibil, ţineţi-le uscate între alăptări. Aşezaţi confortabil copilul la sân pentru a evita crăparea mameloanelor. Dacă durerea persistă, adresaţi-vă medicului.

Dacă alăptaţi, acordaţi mare atenţie propriei diete şi obiceiurilor dumneavoastră. Mâncaţi sănătos, beţi multă apă. Aveţi grijă să nu luaţi medicamente în afara celor prescrise de medic. Evitaţi fumatul şi consumaţi doar cantităţi minime de alcool, chiar deloc.

Tehnica de alăptare

Interacţiunea personală este un factor important în dezvoltarea copilului dumneavoastră. Pe lângă faptul că asigură bebeluşului factorii nutritivi necesari în creştere şi dezvoltare, alăptarea este o ocazie pentru dumneavoastră şi copil să vă cunoaşteţi mai bine. Copilul dumneavoastră poate învăţa despre dumneavoastră, cum se stabileşte relaţia dintre el şi dumneavoastră, precum şi grija şi dragostea pe care i le purtaţi.



Hrănirea cu biberonul

Deşi nici o formulă de lapte nu poate egala beneficiile nutriţionale ale laptelui matern, poate fi o variantă acceptabilă. Laptele artificial pentru nou-născut este similar laptelui matern şi conţine toţi factorii nutritivi de care are nevoie copilul dumneavoastră pentru a creşte şi a se dezvolta.

Cei mai mulţi copii hrăniţi artificial primesc lapte în primele 6 ore de le naştere. Un astfel de copil va avea nevoie să sugă de 6-9 ori în 24 h în prima săptămână de viaţă.

Poziţionarea pentru hrănirea artificială este similară celei de la alăptat. Biberonul nu va fi niciodată sprijinit de copil. Mai degrabă părintele va ţine copilul cât mai aproape în timpul suptului.



Laptele artificial va fi încălzit la temperatura corpului, iar temperatura va fi probată pe încheietura mâinii dumneavoastră. Atenţie: nu încălziţi biberonul în cuptorul cu microunde deoarece poate deveni fierbinte şi vă poate opări copilul. Un biberon poate ţine 5-25 de minute, în funcţie de pofta şi de capacitatea de a suge a nou-născutului. Ajutaţi-l să eructeze după fiecare supt.

Hrana solidă

Părinţii întreabă mereu dacă să-i dea copilului şi hrană solidă. Este o întrebare dificilă, care stârneşte controverse.

Timp de câteva luni, dezvoltarea neuromusculară a copilului este angrenată în supt şi înghiţit lichide. Bebeluşul nu este pregătit să-şi diversifice dieta până când nu are capacitatea de a recunoaşte o lingură şi de a înghiţi normal. Aceasta se realizează, de obicei, în jurul vârstei de 6 luni. Înainte de 4 sau 6 luni, sistemul gastrointestinal al copilului poate fi incapabil să digere eficient solidele. În plus, copilul se poate să nu fie în stare să-şi ţină capul ridicat pentru hrănire.

Din punct de vedere nutritiv, bebeluşul dumneavoastră primeşte tot ce-i trebuie din laptele matern sau artificial în primele 6 luni. Cu toate acestea, unii doctori recomandă introducerea hranei solide după luna a 4-a. Dacă nou-născutul dumneavoastră mănâncă prea des, doctorul vă poate recomanda o introducere mai timpurie a solidelor.

Cereale

În momentul introducerii solidelor, mulţi doctori recomandă să începeţi cu cereale. Cerealele speciale pentru bebeluşi sunt adesea folosite drept primă hrană solidă deoarece sunt uşor de digerat. Amestecaţi 1 lingură de cereale cu 4 sau 5 linguri de lapte matern sau artificial. În general, copiii reacţionează mai bine la hrana solidă dacă aceasta este subţire, nu consistentă. Puneţi puţină hrană în vârful unei linguriţe şi introduceţi-o în gura bebeluşului dumneavoastră. Să nu vă miraţi dacă este respinsă. Mulţi copii au nevoie de timp pentru a se acomoda cu noul gust şi cu noua consistenţă. Aveţi răbdare. Nu puneţi hrană solidă în biberon sau într-un dispozitiv de hrănire tip seringă. Primul poate încuraja copilul să mănânce prea des, celălalt îl poate sufoca.

Piureuri

După ce copilul dumneavoastră s-a obişnuit cu cerealele, următorul pas ar putea fi piureurile din fructe sau legume. La 8 luni, cei mai mulţi copii sunt pregătiţi pentru piureuri, dar laptele matern sau artificial continuă să asigure cele mai mari cantităţi de proteine.

Gustări

După 8 luni, cei mai mulţi copii sunt capabili să mănânce mici cantităţi din diverse mâncăruri. Pâinea prăjită, bucăţile de brânză, ouăle prăjite, cerealele uscate, biscuiţii, feliile de roşie şi pastele bine gătite pot fi gustări adecvate. Evitaţi mâncarea ce ar putea face copilul să se înece, cum ar fi hot dog, struguri, floricele, nuci, stafide şi morcovi cruzi.

Scaunele

Copiii au primul scaun la 24 h de la naştere. Numit scaun de meconiu, este compus din secreţii intestinale şi lichid amniotic, şi

Copilul dumneavoastră primeşte suficientă hrană?

Mulţi părinţi se întreabă acest lucru. Cel mai bun răspuns la această întrebare este să aveţi încredere în copilul dumneavoastră. Copiii ştiu incredibil de bine să-şi regleze aportul alimentar. Ei mănâncă atât cât au nevoie, indiferent cât rămâne. Când vine momentul să mănânce din nou, copilul vă va semnala.

Dacă bebeluşul nu primeşte destul, veţi şti în curând. Va plânge până când îi veţi da mai multă hrană. Un copil care are nevoie de mai multă mâncare decât i se dă se va scula noaptea şi va scurta intervalele de timp dintre mese, în loc să le lungească. Veţi observa chiar că-şi muşcă pumnul mai des decât de obicei.

Primul indiciu că bebeluşul primeşte hrană adecvată este creşterea în greutate. Reţineţi că unii bebeluşi cresc lent în greutate, iar alţii rapid.

Pe la 6-8 luni, va mânca 85-100 g – cam 5-8 linguri - de hrană solidă la fiecare dintre cele 3 mese. O dietă bună pentru un copil de această vârstă ar include cereale şi fructe la micul dejun, cereale şi fructe sau legume la prânz şi cereale, fructe şi legume la cină. Deşi cantitatea de lichide variază foarte mult, majoritatea copiilor care mănâncă astfel scad consumul de lapte la 450 ml pe zi. Mulţi copii au nevoie de o gustare în cursul dimineţii şi al după-amiezii, care poate fi ceva hrănitor cum ar fi un fruct sau iaurt.

În a doua jumătate a primului an va trebui să completaţi mesele cu cereale pentru a-i acoperi necesarul de fier. Uneori dieta unui copil are nevoie să fie suplimentată cu vitamine şi minerale. Consultaţi doctorul.

Pe la 1 an, copilul dumneavoastră va mânca aproape în exclusivitate la masă.

este verde închis. După ce copilul primeşte lapte matern sau artificial, scaunul meconial se va schimba în scaun de tranziţie, de obicei din a doua sau a treia zi de viaţă. Aceste scaune sunt maro-verzui şi pot conţine lapte coagulat. După eliminarea scaunelor de tranziţie, scaunul seamănă cu acela al unui copil mai mare.

La sfârşitul primei săptămâni, cei mai mulţi copii au 3-5 scaune pe zi, deşi nu este neobişnuit la un copil, mai ales alăptat, să aibă mai multe scaune pe zi. Dacă trec mai multe zile şi copilul dumneavoastră nu are scaun, nu intraţi în panică. Aceasta nu înseamnă neapărat că este constipat (vezi pag. 170).

Scaunul unui copil alăptat este fără miros şi păstos. Scaunul unui copil hrănit artificial are un miros fecal caracteristic şi este mai bine format. Pe la 1 lună, cei mai mulţi copii au 3-4 scaune pe zi, de obicei după supt. Totuşi, unii copii, mai ales cei alăptaţi, pot să nu aibă scaun 2 - 10 zile. Este normal şi nu constituie un motiv de îngrijorarea dacă bebeluşul arată bine.

Plânsul

Majoritatea nou-născuţilor plâng, şi aceasta, ca şi multe alte aspecte ale dezvoltării lor, variază. Unii copii plâng doar când sunt flămânzi sau s-au udat. Alţii plâng mai des.

În unele zile, copilul dumneavoastră poate plânge de 4-5 ori, mai ales înainte de a mânca, de a dormi sau înainte de a avea scaun. În alte zile, poate plânge ore în şir. Plânsul atinge culmea pe la 6 săptămâni şi scade ca frecvenţă pe la 3-4 luni. La nou-născuţii prematuri maximul este atins, în mod obişnuit, la 6 săptămâni după data planificată.

Ce cauzează plânsul excesiv în timpul primelor luni de viaţă? Nu este uşor de răspuns la această întrebare fiindcă fiecare copil şi fiecare zi sunt diferite. Dacă bebeluşul dumneavoastră plângăcios nu poate fi liniştit pentru mai mult de câteva momente prin nici o metodă, se poate să aibă colici. Pentru mai multe informaţii vezi pag. 172.

A încerca să vă daţi seama ce încearcă să vă semnaleze copilul prin plâns este ca şi cum aţi face pe detectivul. Foamea, disconfortul, plictiseala, frica, singurătatea, hiperstimularea sau oboseala excesivă sunt cauze obişnuite ale plânsului copilului. Copiii nu ştiu să reacţioneze la situaţiile numeroase şi confuze din afara uterului. Deşi unii fac trecerea mai uşor, cei mai mulţi au nevoie de cocoloşire şi de contact uman zi şi noapte în acele câteva luni importante.

Cu cât copilul creşte şi se maturizează, veţi începe să recunoaşteţi diferitele tipuri de plâns pentru nevoile sale diverse. Veţi învăţa să faceţi diferenţa între plânsetele copilului dumneavoastră pe măsură ce veţi încerca diferite lucruri şi veţi vedea ce merge şi ce nu. În timp şi obişnuindu-vă veţi înţelege mai bine nevoile copilului dumneavoastră.

E bine să vă alintaţi copilul?



Nu trebuie să vă preocupe faptul că vă alintaţi nou-născutul cu prea multă dragoste şi atenţie. A răspunde plânsului copilului dumneavoastră nu înseamnă că-l răzgâiaţi. Urmaţi-vă instinctul de a reacţiona la plânsul copilului. Copiii cărora li se răspunde în mod autentic şi rapid în primele 6 sau 8 luni de viaţă, plâng mai puţin mai târziu decât aceia lăsaţi să plângă. Se pare că un lucru important pe care trebuie să-l înveţe copilul dumneavoastră este că i se va răspunde de o manieră grijulie şi previzibilă. Aceasta îl va ajuta să-şi dezvolte încrederea în sine şi în ceilalţi.

Circumcizia

Circumcizia este o procedură în care prepuţul – teaca de ţesut care acoperă capul penisului – este înlăturat. Practica se realizează din timpuri străvechi şi mulţi părinţi o aplică fiilor lor din motive religioase sau din alte motive, inclusiv de sănătate şi igienice.

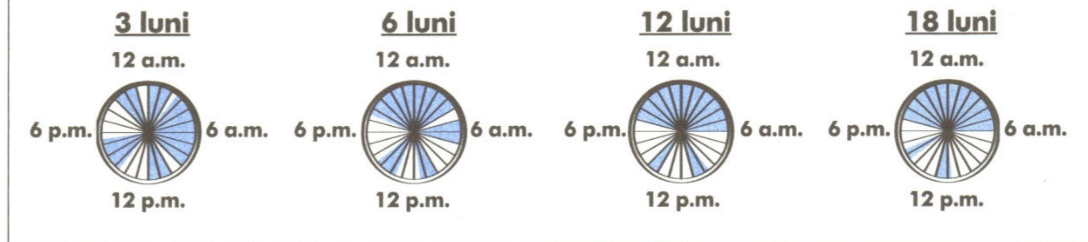
Cercetările au urmărit să determine dacă într-adevăr circumcizia poate preveni infectarea şi anumite tipuri de cancer, dar sunt necesare mai multe studii pentru a clarifica părerile pro şi contra.

Ca orice altă intervenţie chirurgicală minoră, circumcizia prezintă un anumit risc pentru nou-născut. Anestezia locală poate fi utilizată pentru a scădea durerea copilului. Dacă alegeţi circumcizia, este bine să o faceţi la câteve zile de la naştere. Un penis necircumcis nu necesită îngrijiri speciale în afara igienei obişnuite.



Înaintea circumciziei prepuţul se întinde deasupra capătului penisului sau glandului (stânga). După scurta intervenţie, glandul este expus (dreapta).

Orarul de somn



Orarul de somn al copiilor variază. Acest exemplu vă arată cât de dezordonat este somnul în prima lună de viaţă. Cu timpul, copilul intră într-o anumită rutină.

Somnul

Majoritatea nou-născuţilor îşi petrec mai tot timpul dormind, în loc de altceva. Adesea un nou-născut are o perioadă agitată imediat după naştere. După 1-2 ore de agitaţie, copilul cade într-un somn liniştit. În următoarele zile cei mai mulţi nou-născuţi dorm între 14 şi 18 ore pe zi şi sunt vioi 30 de minute la fiecare 4 ore.

La 1 lună, copilul îşi petrece mai tot timpul dormind, în mod obişnuit cel puţin 14 ore pe zi. În general, la sfârşitul primei luni, părinţii observă cum cele 7 sau 8 perioade de somn pe zi scad la 3 sau 4 mici intervale de somn întimpul zilei şi seturi de 5-6 ore de somn noaptea. Orarul somnului este, oricum, foarte variat şi copilul dumneavoastră poate dormi mai mult sau mai puţin.

Somnul este divizat în somn activ şi somn rapid. Somnul cu mişcări rapide ale ochilor (REM) este atunci când apare visul. În faza REM copilul poate să se trezească uşor. În timpul acestui somn uşor, copiii se pot întoarce de pe o parte pe alta, pot suge şi gânguri. În primele luni, nou-născutul are mai degrabă acest somn uşor decât unul liniştit, profund. Somnul adânc sau somnul liniştit este cunoscut ca somn non-REM. Pe măsură ce cresc, copiii încep să aibă acest somn mai liniştit, ca al adulţilor.

Veţi descoperi că bebeluşul dumneavoastră este un somnoros activ. Chiar dacă doarme, îl puteţi vedea cum se strâmbă, plânge, tresare şi se mişcă, fără să se trezească.

Pe la 6 luni, unii copii aţipesc o dată sau de mai multe ori în timpul zilei şi pot dormi 6-8 ore continuu. Aveţi răbdare cu copilul dumneavoastră până îşi va găsi propriul ritm de somn nocturn. Vârsta la care survine aceasta diferă de la copil la copil. În primii câţiva ani vor fi multe nopţi de somn întrerupt din cauza dentiţiei, bolii sau viselor urâte.

Un copil mai mare este capabil să doarmă noaptea doar atunci când nu mai are nevoie să fie hrănit noaptea şi când a învăţat să adoarmă fără a fi ajutat. Pentru mai multe informaţii cu privire la somnul nocturn vezi pag. 172.

Testele de screening pentru nou-născut

Multe ţări cer screening-uri de rutină pentru anumite afecţiuni care nu sunt vizibile la naştere. Testele de screening pentru tulburările metabolice, scăderea auzului şi nivelul glicemiei sunt larg practicate. Depistarea precoce este importantă pentru a putea fi luate măsuri care să evite problemel de sănătate de mai târziu.

Medicul sau asistentele din spitalul în care s-a născut copilul vă vor informa despre testele de screening cerute sau disponibile în ţara dumneavoastră.

Tuburările metabolice

Tulburările metabolice, numite şi erori înnăscute de metabolism, apar când corpului îi lipseşte capacitatea de a folosi în mod normal factorii nutritivi din hrană pentru o creştere şi o dezvoltare normale. Există mai mult de 1000 de tulburări metabolice.

Unele dintre ele pot fi tratate efectiv dacă sunt depistate în primele zile sau săptămâni de la naşterea copilului. Netratate, aceste tulburări pot produce diverse probleme, ca retardul mental, cataracta şi deficitul de creştere. Pentru investigarea tulburărilor metabolice se face un test de sânge. Câteva picături de sânge sunt luate din călcâiul copilului dumneavoastră. La aceasta se referă înţepătura din călcâi.

Cele 4 tulburări metabolice pentru care sunt investigaţi, în general, nou-născuţii sunt: fenilcetonuria, galactozemia, hipotiroidismul şi hiperplazia adrenală congenitală.

Fenilcetonuria

Fenilcetonuria (PKU) ete o deficienţă congenitală a unei enzime specifice. Copilul născut cu PKU este adesea normal la naştere. Această stare afectează metabolismul normal şi poate duce la întârzieri în dezvoltare şi la scăderea IQ dacă dieta copilului nu este reglată cu grijă din timp. 1 din 12 000 de copii născuţi în SUA are PKU.

Deşi PKU poate fi depistată la cel mult 4 h de la naştere, testul se

face adesea după primele 24 h, deoarece acurateţea lui depinde de hrănirea bebeluşului cu suficiente proteine. Dacă nou-născutul dumneavoastră are PKU, va fi prescrisă o dietă specială. Depistarea şi tratarea la timp permit o dezvoltare normală.

Galactozemia

Galactozemia este un deficit enzimatic ce afectează capacitatea corpului de a metaboliza galactoza, unul dintre zaharurile prezente normal în lapte. 1 din 50 000 de copii se naşte cu această afecţiune moştenită, care, netratată, poate produce tulburări cerebrale, cataractă, boli renale şi hepatice.

Simptomele asociate sunt: convulsiile, letargia, icterul persistent, dificultăţile de hrănire şi hipoglicemia. Tratamentul presupune o dietă restrictivă pentru galactoză. Dacă diagnosticul este pus din timp, asemenea probleme pot fi evitate.

Hipotiroidismul

Hipotiroidismul este un deficit în producerea hormonului tiroidian, care este esenţial pentru creşterea şi dezvoltarea mentală şi fizică.

Hipotiroidismul apare la 1 din aproximativ 4000 de nou-născuţi şi este de două ori mai frecvent la femei decât la bărbaţi. Pe vremea când nu se făcea investigarea, această afecţiune trecea adesea neobservată. Simptome ca: lentoarea, constipaţia şi deficitul de creştere pot fi absente sau discrete iniţial, pentru a progresa lent apoi.

Dacă nou-născuţii cu hipotiroidism nu sunt trataţi, au, de obicei, deficit de dezvoltare şi statură mică. Tratamentul precoce cu hormoni tiroidieni duce la o creştere şi o dezvoltare normale.

Hiperplazia adrenală congenitală

Hiperplazia adrenală congenitală (CAH) blochează metabolismul normal în multe moduri, conducând la o serie de probleme la 1 din aproximativ 15 000 de nou-născuţi. Simptomele şi semnele pot include: vărsături, diaree, stoparea creşterii în greutate şi organe genitale ambigue. Alte probleme pot fi concentraţiile foarte variate de sodiu şi periculos de mari de potasiu în sânge.

Un test de sânge în primele zile de viaţă poate detecta această afecţiune înainte de a se dezvolta simptome serioase. Tratamentul este foarte eficient şi constă adesea în medicaţie cortizonică şi, uneori, în chirurgie.

Glicemia

În uter, concentraţia zahărului din sângele fătului rămâne normală deoarece hrănirea fătului este asigurată de placentă. După naştere, nou-născutul îşi dezvoltă capacitatea de a-şi regla singur nivelul de zahăr din sânge.

Scăderea concentraţiei de zahăr sangvin (hipoglicemia) apare la copiii al căror organism nu este încă în stare să-şi regleze propriile concentraţii de zahăr din sânge. Copiii ale căror mame au diabet au risc mai mare de hipoglicemie, deoarece se nasc cu nivele crescute de insulină în corp.

Simptomele şi semnele pot include: bâţâieli, letargie, tonus muscular redus şi dificultăţi de hrănire. Problemele deosebite sunt dificultăţile respiratorii sau convulsiile. Riscul de convulsii este foarte îngrijorător deoarece convulsiile cauzate de concentraţii mici ale glucozei din sânge cresc probabilitatea de a avea probleme neurologice de durată sau deficit de dezvoltare.

Concentraţia glucozei din sângele unui nou-născut se măsoară de obicei în orele de după naştere, pentru a fi siguri că este normală. Hrănirea la sân, cu lapte artificial sau cu soluţii de glucoză, de obicei ajută la revenirea concentraţiei la normal.

Auzul

Scăderea serioasă a auzului la ambele urechi afectează aproximativ 1-3 nou-născuţi din 1000. Copiii cu risc de scădere a auzului sunt cei născuţi cu infecţii ca rubeola (pojărel), infecţia cu citomegalovirus, sifilis şi herpes, cei cu traumatisme la cap sau la gât, cu icter sever, cu istoric familial de scădere a auzului în copilărie şi cei născuţi prematur.

Prevenirea bolilor

Cea mai mare parte a îngrijirii medicale pe care o primeşte un nou-născut este dirijată spre prevenirea bolilor. Uneori, bacteriile din canalul de naştere pot produce serioase infecţii oculare la nou-născut. De aceea, imediat după naştere, ochii oricărui copil sunt protejaţi cu un antibiotic.

De obicei, se dă după naştere o doză de vitamina K, pentru a evita posibilele sângerări. Copilul poate primi vaccin contra hepatitei B în spital sau mai târziu, împreună cu alte imunizări din copilărie, pentru a-l proteja de orice posibil contact cu hepatita B, o infecţie virală care afectează ficatul. La câteva zile de la naştere se vor face testele de screening de rutină, pentru problemele congenitale.

Ar fi înţelept să limitaţi vizitele vecinilor la copilul dumneavoastră un timp după ce aţi părăsit spitalul. Mai ales evitaţi aglomeraţia. Ţineţi minte, răcelile şi alte boli, care pot fi considerate minore la un copil mai mare, comportă riscuri serioase în prima lună de viaţă.

Toţi copiii ar trebui consultaţi regulat de un doctor. Înainte de a pleca din spital, puteţi discuta cu medicul această frecvenţă a vizitelor. Prima consultaţie de obicei se face la 2 săptămâni. Unii pediatri şi medici de familie recomandă vizite lunare în primul an. Alţii preferă să vadă copilul la fiecare 2 luni, pentru a urmări dezvoltarea lui şi pentru a-i administra vaccinuri. Citiţi mai multe despre vacinările din copilărie în cap. 1, „Imunizările”.

Scăderea auzului poate să nu fie evidentă la început și să treacă neobservată până la vârsta de 24-30 de luni, când părinții îngrijorați devin conștienți că vorbirea nu s-a dezvoltat normal la copilul lor. De aceea, toți nou-născuții, inclusiv cei sănătoși, sunt investigați pentru scăderea auzului. Multe spitale testează auzul copiilor încă de când se află acolo.

Un test de screening simplu, neinvaziv, este testul emisiilor otoacustice (OAE). Testul OAE măsoară undele sonore generate în urechea internă (cohlee) prin reacții la clic-uri sau tonuri bruște. Undele sunt înregistrate, analizate de un calculator și intepretate de un audiolog.

Totuși, nici unul din testele de auz folosite în mod obișnuit nu poate detecta scăderile mici sau minime de auz care vor progresa o dată cu creșterea copilului. Dacă se suspectează scăderea auzului, trebuie testat din nou la vârsta de 3-6 luni.

Unele tipuri de scădere a auzului pot fi corectate. Când scăderea se datorează unei infecții a urechii, de exemplu, antibioticele pot trata infecția, astfel că urechea poate funcționa normal. Chirurgia poate corecta malformațiile congenitale ale urechii.

Cele 4 tipuri de scădere a auzului la nou-născuți și copii sunt:

Surditate de conducere

Surditatea de conducere este influențată de capacitatea urechii externe de a primi sunete sau de a le transmite la urechea internă. Cele mai obișnuite cauze sunt anomaliile congenitale ale urechii și infecțiile urechii. Adesea aceste probleme pot fi tratate cu medicație sau chirurgical.

Surditatea neurosenzorială

Surditatea neurosenzorială este rezultatul anomaliilor celulelor cu păr din urechea internă sau ale nervului auditiv. Mai mult de 50% din cazurile de scădere a auzului neurosenzorial sunt ereditare. Alte cazuri includ icterul sever, infecția intrauterină și medicamentele. Scăderea auzului neurosenzorial este, de obicei, definitivă.

Surditatea mixtă

Scădera mixtă de auz survine când un copil are atât scădere de auz de conducere cât și neurosenzorială. Medicația sau chirurgia, ori ambele, pot restabili în parte auzul copilului.

Afecțiuni auditive de cauză centrală

Afecțiunile auditive de cauză centrală sunt rezultatul unei probleme a sistemului nervos central, legătura nervului urechii cu creierul. Copilul cu această problemă aude sunetele doar ca un amestec de zgomote.

Personalitatea, comportamentul și dezvoltarea

Nou-născutul dumneavoastră este o ființă umană unică. Diferențele între un copil și un altul sunt infinite. O parte din miracolul de a fi părinte constă în a vedea, a recunoaște și a stabiliza schimbările, dezvoltarea și comportamentul copilului dumneavoastră, din care reiese personalitatea lui.

Reflexe și reacții

Mișcările nou-născutului sunt guvernate de reflexe. Atingeți-i obrajii și copilul se va scărpina și va încerca să sugă. Ciupiți-i tălpile și va flecta genunchii și picioarele. Faceți brusc un zgomot și va tresări.

Toți copiii normali se nasc cu reflexe previzibile, care dispar într-o ordine predictibilă, pe măsură ce se instalează controlul funcției motorii.

Absența reflexelor și reacțiilor nou-născutului poate indica o problemă neurologică. O parte a examinării de la spital a copilului include testarea diverselor reflexe și reacții.

Copilul dumneavoastră vede bine?

Unii copii se nasc cu vedere slabă sau absentă. Cauzele obișnuite sunt malformațiile craniene, infecțiile ochilor, traumatismul la naștere, scăderea importantă a oxigenului (hipoxie) și bolile genetice care afectează fie un ochi, fie nervii care fac legătura cu centrul văzului din creier.

Deși o parte importantă a examinării fizice inițiale a nou-născutului include testarea oricăror eventuale defecte de vedere, nu este neobișnuit ca anumite probleme de vedere să treacă neobservate în timpul primei părți a copilăriei. Adesea problema este descoperită mai târziu de părinți, când copilul pare neobișnuit de stângaci.

Puteți urmări câteva semne de dezvoltare pentru a descoperi dacă vederea copilului dumneavoastră este într-adevăr în limite normale. La vârsta de 4-6 săptămâni, încercați să faceți acest test: apropiați-vă fața la 50 cm de a lui. Aceasta ar trebui să-l facă să zâmbească. Pe la vârsta de 3 luni, copilul ar trebui să poată urmări cu privirea o jucărie plimbată prin fața lui. De asemenea, copilul ar trebui să încerce să atingă o jucărie sau o zornăitoare. Un copil de această vârstă poate vedea la cel puțin 1 m distanță.

La vârsta de 4 luni, capacitatea vizuală a copilului dumneavoastră – abilitatea ochiului de a vedea culori, de a se acomoda la diferite distanțe, de a vedea o imagine în loc de două, de a percepe adâncimea și de a se orienta spre imagini în mișcare – este apropiată de a unui adult. Dacă bănuiți că dezvoltarea vizuală a copilului dumneavoastră este lentă, consultați doctorul.



Reflexele şi reacţiile prezente la naştere sunt:

Reflexul de tresărire

Reflexul de tresărire (reflexul Moro) este una dintre cele mai frecvente şi mai vii reacţii ale nou-născutului. Apare când copilul aude un zgomot puternic, când i se schimbă brusc poziţia sau este manevrat brutal.

Reflexul de tresărire face un copil să-şi arcuiască spatele şi să-şi tragă înapoi capul. În acelaşi timp îşi aruncă braţele şi picioarele şi le aduce brusc în spate, către trunchi. Copilul plânge, apoi tresare şi plânge din cauza tresăririi. Reflexul de tresărire dispare gradat prin a treia lună de viaţă.

Reflexul de apucare

Atingerea copilului produce anumite reacţii. Când îi atingeţi palma, copilul vă va apuca degetul (reflexul de apucare palmară). Când îi atingeţi talpa, veţi vedea cum degetele se răsucesc în jos, ca şi cum ar încerca să apuce (reflexul de apucare plantară). Reflexul palmar dispare pe la vârsta de 6 luni.

Etapele dezvoltării

În primele 12 luni de viaţă, copilul dumneavoastră munceşte mai mult decât în oricare alt stadiu al vieţii sale. În cursul acestui incredibil prim an, va progresa de la a fi total dependent la a merge, a se hrăni singur şi chiar la a rosti câteva cuvinte. Deşi achiziţiile în dezvoltarea fiecărui copil sunt diferite, aceste etape lunare pot fi utilizate drept ghid orientativ.

Prima lună – Primul zâmbet

Evenimentul major în primele săptămâni de viaţă este primul zâmbet al copilului dumneavoastră. Deşi adesea veţi vedea un zâmbet la nou-născut, un copil nu are ceea ce se poate numi un zâmbet social decât după prima lună, de obicei prin a opta săptămână.

Luna a doua– Recunoaşterea vocii

Prin a doua lună de viaţă, copilul poate deosebi oamenii de obiecte, faţă de primii având o reacţie mult mai rapidă. Copilul dumneavoastră începe să vă recunoască vocea. Astfel, veţi vedea că bebeluşul care ţipă când este în grija altcuiva, se calmează de îndată ce unul dintre părinţi intră în cameră şi-i vorbeşte blând.

Luna a treia – Jocul independent

Un copil de 3 luni poate să se joace 10-15 minute, cu minimă implicare din partea părinţilor. Copilul este mai uşor de distras la această vârstă şi chiar poate să se întrerupă din supt pentru a privi la ceva sau a asculta ceva care-i captează atenţia. Copilul va petrece mult timp uitându-se la lucruri – un tablou, o mobilă, mâna proprie.

Luna a patra – Jocul în oglindă

Un eveniment important în această perioadă este comportamentul copilului dumneavoastră în faţa oglinzii. Ţineţi-l în faţa oglinzii şi priviţi copilul zâmbind. Când imaginea zâmbeşte şi ea, copilul se emoţionează şi începe să gângurească. Îl va mira faptul că vă vede de două ori şi se va uita când la dumneavoastră, când la oglindă.

Luna a cincea – Anxietatea faţă de străini

La 5 luni, copilul dumneavoastră ştie în mod cert să facă diferenţa între părinţi şi străini. Pentru prima dată veţi remarca faptul că este mult mai precaut faţă de străini.

Luna a şasea – Gustările

La 6 luni copilul este vioi în jumătate din timpul în care este treaz. La această vârstă mâncarea solidă intră în dieta sa. S-au dus zilele în care copilul se mulţumea să primească totul de mâncare de la dumneavoastră. Acum, când dexteritatea lui a crescut, vrea să-şi aleagă bucăţile de hrană şi să şi le pună în gură sau pe unde mai doreşte.

Reflexul de căutare și de sucțiune

Reflexele de căutare și de sucțiune sunt două dintre cele mai importante reflexe ale copilului. Atingerea obrajilor sau buzelor copilului produce reflexul de căutare. Copilul se întoarce spre obiectul care l-a atins și începe să caute mamelonul. Reflexul de sucțiune se declanșează atunci când mamelonul este pus în gura copilului.

Reflexele de căutare și de sucțiune de obicei se atenuează pe la vârsta de 4 luni, deși aceste reflexe pot fi evidențiate, la un bebeluș care doarme, până în luna a șaptea.

Reflexul tonic al cefei

Reflexul tonic al cefei se observă când copilul stă pe spate, cu capul într-o parte. Copilul își arcuiește corpul cât mai departe de față, face extensia brațului din partea spre care este întoarsă fața, flectează celălalt braț și își trage în sus picioarele. Acest reflex este mai vizibil la copiii de 2 luni și, de obicei, dispare prin luna a 6-a.

Luna a șaptea – Mai multă mobilitate

Creșterea capacității motorii îi dă copilului gustul libertății. Dorește să-și încerce aripile, dar, în același timp, vrea s-o facă în prezența dumneavoastră liniștitoare. Nu vă mirați că de fiecare dată când ieșiți din cameră copilul plânge. Copilul care a fost mulțumit până în acel moment să se joace se poate revolta că nu mai sunteți în aceeași cameră.

Luna a opta – Anxietatea de separare

La 8 luni, copilul este foarte atașat de părintele care-l îngrijește mai mult. Anxietatea de separare survine adesea la această vârstă și veți descoperi că nu puteți părăsi camera fără a vă lăsa copilul pradă panicii. Copilul care înainte nu era deranjat de străini, se poate teme de vecinul de alături ori de un bunic. Sau poate plânge excesiv când sosește babysitter-ul chiar dacă este o persoană cunoscută. Această reacție este o parte normală a dezvoltării și nu constituie un motiv de îngrijorare. Alintați-l și liniștiți-l că vă veți întoarce curând. Totdeauna spuneți-i copilului că plecați și că veți reveni.

Luna a noua – Jocuri noi

Un copil de 9 luni este suficient de sofisticat pentru a se plictisi. Aceasta deoarece memoria lui este mai dezvoltată. Așa încât copilul caută mereu noi surse de stimulare, iar jocurile de noapte care îl amuzau în lunile trecute devin dintr-o dată neinteresante.

Luna a zecea – Imitația

Un copil de 10 luni poate începe să spună „nu". Copilul dumneavoastră își dezvoltă și un simț al posesiuniii și poate face pentru prima dată distincție între jucăriile lui de bebeluș și cele ale unui frate. Veți observa, de asemenea, cum imitația joacă un rol important în învățarea copilului dumneavoastră. În timpul mesei copilul vă poate oferi bucățele de mâncare. După aceea poate încerca să vă spele fața sau mâinile.

Luna a unsprezecea – Testarea autorității

Deși nu este întotdeauna cooperant, copilul de 11 luni vă caută aprobarea și va încerca să evite dezaprobarea. Totuși, copilul nu va evita să vă testeze autoritatea. După ce v-ați pus fiul (sau fiica) în pat, el (sau ea) vă poate chema la fiecare 5 minute. În plus, fiecare cerere a dumneavoastră poate fi întâmpinată cu un „nu" repetat. La această vârstă „nu" adesea înseamnă „da".

Luna a douăsprezecea – Accesele de furie

La 12 luni, unii copii încep să manifeste supărare. Mâncăciosul dumneavoastră nerăbdător poate deveni mofturos. Problemele cu udatul patului sunt frecvente la această vârstă.



Reacţia de orientare

Reacţia de orientare a nou-născutului este un răspuns la o schimbare de mediu. Dacă, de exemplu, copilul aude şi vede ceva nou, devine mai agitat şi mai puţin activ. Poate întoarce capul spre stimul şi ritmul bătăilor inimii sale creşte. Dacă bebeluşul se obişnuieşte cu stimulul, ritmul cardiac poate încetini.

Reflexele de regurgitare şi de clipire

Un copil este capabil să se protejeze prin câteva reacţii şi reflexe. Din cauza unui puternic reflex de regurgitaţie, nou-născutul este în stare să scuipe mucus pentru a-şi curăţa gâtul. Un puternic reflex de clipire protejează ochii nou-născutului de lumina strălucitoare. Dacă o parte a corpului este expusă la aer rece, tot corpul îşi schimbă temperatura, pielea devine pătată, picioarele se trag spre corp pentru a reduce suprafaţa expusă, iar el începe să tremure şi să plângă pentru a-şi păstra căldura.

Chiar dacă reflexele nou-născutului vor dispărea – majoritatea în primul an de viaţă – se pare că utilizarea lor nu este doar pe termen scurt. Studiile arată că în creierul copilului dumneavoastră sunt stocate informaţii învăţate prin intermediul acestor reflexe timpurii.

Comportamentul

Programul de somn, de plâns şi de masă al copilului duneavoastră îi definesc comportamentul. Un copil care adoarme uşor, plânge foarte puţin şi mănâncă în ritm constant poate fi mai uşor de îngrijit. Copilul iritabil, agitat, care se hrăneşte dezordonat şi doarme puţin, necesită mai multă atenţie. Comportamentul normal al unui copil acoperă o mare varietate de tipare.

Comportamentul copilului dumneavoastră va fi influenţat de felul în care-l îngrijiţi. La început, un nou-născut reacţionează mai ales la nevoile sale fizice imediate. Dar la fel de importante sunt necesităţile emoţionale ale nou-născutului. Nou-născuţii au nevoie să fie alinaţi şi ţinuţi în braţe. Au nevoie de sunetul vocii dummneavoastre şi de vederea zâmbetului dumneavoastră.

Vechea concepţie era că un nou-născut poate deveni cu uşurinţă răzgâiat. Copiii erau supuşi unui program strict şi luaţi în braţe doar când era necesar. Dacă nou-născutul plângea din alt motiv decât foamea sau schimbatul scutecelor, nu era băgat în seamă. Acum experţii ştiu că afectivitatea este o modalitate mai bună de abordare.

Cercetările arată că unui părinte care reacţionează mai târziu la plânsul copilului îi va lua şi mai mult timp ca să-l liniştească. Bebeluşii cărora li se răspunde rapid în primele luni de dezvoltare pot plânge mai rar şi pe o perioadă mai scurtă în lunile de mai târziu. În loc de a deveni copii dependenţi, aceştia vor manifesta o independenţă sănătoasă.

Schemele rigide au fost îndepărtate în favoarea altora flexibile, care iau în considerare necesităţile bebeluşului şi ale familiei. Observând ce merge şi ce nu, în timp, veţi descoperi multe despre comportamentul copilului dumneavoastră. Ce-i face plăcere? De câtă stimulare are nevoie? Cum puteţi să-l liniştiţi?

Părinţii subapreciază adesea capacitatea copilului de a se calma fără ajutorul mamei sau tatălui. Exemple de asemenea abilităţi sunt suptul degetului sau încheieturii mâinii, ascultarea unui zgomot repetitiv sau privitul unui obiect interesant. Pe măsură ce începe să-şi manifeste aceste talente, este important să ştiţi când să interveniţi într-o situaţie agitată şi când să lăsaţi copilul să se liniştească singur.

Legătura afectivă

Legătura afectivă dintre părinte şi copil începe cu mult timp înainte de naşterea sau de adoptarea copilului. Când viitorii părinţi află pentru prima dată că aşteaptă un copil – fie prin sarcină, fie prin adopţie – ei pot să înceapă să caute în cărţi un nume pentru copilul lor. Pot să amenajeze o cameră a copilului. Aud bătăile inimii copilului la o vizită la doctor sau primesc o fotografie a copilului pe care-l vor adopta. Fac planuri şi visează, se îngrijorează şi speră. Iar, în final, sunt răsplătiţi prin sosirea copilului.

Legătura afectivă este un complex de legături emoţionale şi de obligaţii care caracterizează realţia părinte-copil. Când apare copilul, există deja o legătură emoţională din partea părinţilor, o legătură care este mai puternică la unii părinţi faţă de alţii.În următoarele luni, copilul începe să-şi dezvolte ataşamentele faţă de persoana sau oamenii cu care a învăţat să asocieze noţiunile de protecţie, dragoste şi îndrumare.

Legătura afectivă se manifestă imediat. Cei mai mulţi copii au o perioadă agitată la 1-2 ore de la naştere, ocazie bună pentru părinţi şi copii să se cunoască. Nu contează când se produce legătura afectivă, ci faptul că ea există.

Cum se leagă afectiv un părinte de copilul său? Nu există o reţetă pentru aceasta, aşa cum nu poţi spune cuiva cum să iubească. Legătura apare în timpul schimbului zilnic de afecţiune dintre părinte şi copil.

O mamă îşi atinge uşor copilul şi atingerea îi face acestuia plăcere. Când obrazul copilului este atins, el întoarce faţa spre mamă sau spre sân şi începe să atingă cu buzele şi apoi să lingă mamelonul. Aceasta nu doar stimulează producţia de lapte, dar este şi un stimul emoţional puternic. Copilul priveşte lung în ochii mamei în timpul alăptării sau suptului din biberon. Bebeluşul plânge şi părinţii îl liniştesc, îl mângâie pe obraz şi-i vorbesc cu o voce blândă şi liniştitoare.

Importanţa legăturii afective este bine cunoscută în spitale şi de specialiştii din domeniul sănătăţii. De aceea, multe spitale îi încurajează pe noii părinţi să petreacă mult timp cu noii lor născuţi, iar pe părinţii care adoptă nou-născuţi să se bucure făcând acelaşi lucru.

Dacă bebeluşul dumneavoastră se naşte prematur sau este foarte bolnav, probabil va fi pus într-un incubator şi conectat la aparate care-i monitorizează funcţiile

vitale. Inițial, poate nu veți avea ocazia să vă țineți în brațe copilul sau să-l hrăniți. Totuși, veți fi încurajați să vă petreceți cât mai mult timp cu noul dumneavoastră născut. Puteți să atingeți pielea bebelușului dumneavoastră, să-i strângeți mânuța și să-i liniștiți plânsul cu vocea dumneavoastră. Chiar și acest contact limitat este important și benefic atât pentru dumneavoastră cât și pentru copil.

Nu este neobișnuit pentru părinți să se întrebe înainte de apariția copilului dacă vor fi în stare să iubească această nouă persoană care e pe cale să intre în viața lor și să le-o schimbe. Chiar după naștere sau adopție un părinte se poate uita la copil așteptând să simtă un val de iubire, și, în loc de aceasta, să nu simtă nimic, sau, mai rău, dezamăgire ori neplăcere.

Nu fiți prea sever cu dumneavoastră dacă nu vă îndrăgostiți imediat de copilul dumneavoastră. A fi părinte nu este niciodată ușor, și uneori este de ajuns doar să încercați. Dragostea pentru copilul dumneavoastră vine uneori gradat. Pe măsură ce vă cunoașteți, pe măsură ce veți vedea ochii copilului luminându-se când intrați în cameră sau când copilul zâmbește către dumneavoastră pentru prima dată, veți descoperi că vă iubiți copilul.

Relațiile dintre frați

Mare atenție trebuie acordată rivalității între frați – ostilitățile și nesiguranța apar la un copil mai mare la nașterea unui frate. Dar ce se poate spune despre un copil mic și relația lui cu sora sau cu fratele mai mare?

E de la sine înțeles că viața nu este totdeauna confortabilă pentru un copil mic care are un frate. Acest copil poate fi ciupit și înghiontit și nu doar o dată, mai ales atunci când devine mai mobil. Trebuie să fiți atenți la joaca lor și să vă asigurați că micuțul nu este în pericol.

Partea bună a lucrurilor este că puteți vedea cum copilul de 5 luni este încântat atunci când este inclus în joaca unui frate mai mare. Jocul cu un frate este o răsplată atât de mare pentru copil încât adesea face aceasta cu o anumită brutalitate.

Pe lângă simpla plăcere de a avea un frate sau o soră cu care să se joace, dezvoltarea mentală a copilului duneavoastră beneficiază de contactul cu un copil mai mare. Copilul învață ce înseamnă auto-protecția, cooperarea, imaginația și cum să se descurce cu alții. Mai mult decât atât, legătura afectivă dintre copiii dumneavoastră se dezvoltă și ei încep gradat să se iubească.

Să nu vă simțiți vinovați că al doilea copil și următorii nu primesc toată atenția dumneavoastră, ca primul copil. Amintiți-vă că primul născut nu a cules beneficiile de a avea un frate sau o soră mai mare.Vor fi momente când copilul va prefera să fie cu un frate sau o soră în locul dumneavoastră sau când va accepta mai ușor să-și mănânce cerealele atunci când îi cere aceasta un frate – chiar dacă eforturile dumneavoastră în această privință au fost întâmpinate cu un refuz.

Urmăriți metode creative care să-i implice pe frați și surori în îngrijirea copilului. Faceți un efort deosebit pentru a acorda atenție fiecăruia dintre copii. Încurajați prietenii și membrii familiei să facă la fel. Copiii dumneavoastră mai mari au nevoie să înțeleagă faptul că țineți la ei la fel de mult ca și la bebeluș.

Fiți pregătiți pentru momentele de criză din relațiile de familie. De obicei, se produc la 2 luni de la apariția copilului. S-a dus noutatea evenimentului și ajutoarele au dispărut și ele. Veți găsi, poate, tot mai dificil să vă organizați căminul.

Discutați aceste probleme emoționale obișnuite cu partenerul dumneavoastră și mergeți mai departe. Curând lucrurile vor reveni la normal. Aceasta nu înseamnă că relațiile vor fi totdeauna bune.

Pe la vârsta de 9 luni, unii copii au probleme în a relaționa cu frații, care, cu doar câteva câteva săptămâni înainte, erau obiectul admirației lor. Copiii de această vârstă se concentrează pe lupta cu propriile lor incertitudini și frici. Un frate mai mare, căruia îi place să necăjească sau să-și manifeste autoritatea, poate deveni insuportabil. Dacă se petrece aceasta cu copilul dumneavoastră, nu vă faceți griji. Această etapă va trece.

Îngrijirea generală

Pentru unii părinți, îngrijirea nou-născutului e ceva firesc. Alții devin îngrijorați de frică să nu greșească sau să facă vreun rău copilului. Deși nu există o metodă perfectă de a îngriji un nou-născut, toți părinții trebuie să învețe din propria experiență și din a altora. Îmbăierea, schimbatul scutecelor, îmbrăcarea, transportul și supravegherea sunt probleme de fiecare zi cărora părinții trebuie să le facă față.

Îmbăierea

Îmbăierea copilului devine una dintre cele mai plăcute rutine ale perioadei de început. Copilul dumneavoastră prosperă prin atenția, atingerea și, eventual, ocazia de a se juca cu dumneavoastră. Deși nu tuturor copiilor le place apa de la început, îmbăierea poate fi o ocazie specială și veselă pentru amândoi.

Să așezi un copil micuț, alunecos, într-o cadă de adult, poate fi incomod și stângace pentru părinți. De aceea, mulți părinți utilizează o cădiță pentru copii, care poate fi plasată în chiuveta din bucătărie sau în cadă. Pot fi folosite și boluri mari sau bazine de apă. Dacă nu vă este la îndemână o cadă mare, puteți să spălați copilul inițial doar cu buretele. Mulți doctori recomandă doar spălatul cu buretele până la vindecarea ombilicului.

Nu lăsați niciodată nesupravegheat copilul în cadă. Poate fi un loc foarte periculos dacă bebelușul este lăsat singur, chiar dacă are puțină apă. E de ajuns o clipă ca să-și se scufunde capul. Nu vă lăsați distrași de soneria de la ușă sau de telefon. Lăsați-le să sune.

Înainte de a începe îmbăierea, strângeți-vă tot ce aveți nevoie: săpun, șampon pentru copii, halat de baie și prosop, tampoane de vată, scutec curat, o bluză de piele și o pijama sau o cămașă de noapte. Umpleți cada până la 3-5 cm adâncime, și, înainte de a pune copilul în ea, atingeți apa cu cotul sau cu încheietura mâinii pentru a vă asigura că este caldă în mod plăcut și nu fierbinte.

Îngrijirea ombilicului

Cordonul ombilical este un fir vital de legătură a fătului cu mama. În timpul celor 9 luni din uter, copilul primeşte toţi factorii nutritivi prin vasele de sânge ale cordonului ombilical. La naştere conexiunea este tăiată deoarece nu mai e nevoie de ea.

Ceea ce rămâne din cordon este un bont cam de 2,5 cm lungime. Pe măsură ce bontul începe să se usuce şi să se separe, zona care rămâne se acoperă cu o piele subţire, se formează o cicatrice şi, de obicei, cordonul ombilical cade la 12-15 zile de la naştere.

În general, îngrijirea ombilicului este relativ uşoară. Mulţi doctori sfătuiesc părinţii să nu acopere zona, deoarece aceasta poate împiedica vindecarea. Zona din jurul cordonului ombilical trebuie menţinută uscată şi curată. Când schimbaţi scutecele, pliaţi vârful scutecului, astfel încât să nu acopere cordonul ombilical. Aceasta permite cordonului ombilical să rămână uscat şi împiedică iritaţia.

Unii doctori recomandă spălarea cu buretele până la căderea cordonului. Puteţi fi sfătuiţi să curăţaţi zona cu un tampon de vată înmuiat în apă. Ştergeţi uşor în jurul bazei cordonului pentru a păstra zona curată şi pentru a evita infectarea.

Este normal ca la câteva zile după căderea cordonului ombilical să existe o secreţie crustoasă sau sânge uscat. Până la vindecarea completă a ombilicului, infecţia, deşi rară, este posibilă, deoarece bacteriile pot intra în corp prin deschiderea respectivă. Dacă zona ombilicală este roşie sau nu există nici o secreţie, apelaţi la medicul.

Unii copii dezvoltă mici excrescenţe în acea zonă, numite granuloame ombilicale. Dacă bebeluşul dumneavoastră are granuloame, procesul vindecării este întârziat. Zona din jurul cordonului ombilical este de culoare roşu-închis sau roz, este umedă şi are o secreţie urât mirositoare.

La început, doctorul vă poate recomanda să curăţaţi zona de câteva ori pe zi cu alcool. Dacă persistă granuloamele, ombilicul poate fi închis (cauterizat) cu nitrat de argint.

Spălaţi faţa copilului cu o cârpă moale şi umedă, dar nu cu săpun. Folosiţi un tampon de vată bine înmuiat în apă, pentru a curăţa zona din jurul ochilor. Şamponul este necesar doar o dată sau de două ori pe săptămână. Folosiţi un şampon special pentru copii. Curăţaţi băşicuţele de pe scalp cu o pânză umezită. Nu turnaţi apă pe faţa copilului.

După ce faţa a fost spălată, săpuniţi restul corpului. Mulţi părinţi găsesc că este mai uşor să săpunească pielea cu mâna decât cu un prosop, deoarece ţin copilul cu cealaltă mână. Ultima zonă spălată va fi cel în care va fi pus scutecul. Dacă ombilicul nu este încă vindecat, va trebui să-l ştergeţi cu un tampon înmuiat în apă. Încercaţi să nu prelungiţi îmbăierea, deoarece copiii răcesc repede.

De cele mai multe ori nu sunt necesare vreo loţiune sau pudră. Bebeluşii au pielea delicată şi substanţele frumos mirositoare din loţiuni şi pudre pot să le irite pielea. Dacă pielea copilului este uscată, alegeţi o loţiune neparfumată. Dacă vă hotărâţi să folosiţi pudră, ţineţi-o departe de copil şi nu o direcţionaţi niciodată către el pentru că particulele pot să-i intre în plămâni. Mai bine luaţi în mână puţină pudră, stând departe de copil, şi apoi întindeţi uşor pudra.

Dacă zona pe care puneţi scutecul şi faţa sunt şterse meticulous, zilnic, copilul nu are nevoie de baie cu săpun decât o dată pe săptămână. Dacă vreţi să-l îmbăiaţi mai des, folosiţi doar apă simplă. Băile prea dese iarna tind să usuce pielea bebeluşului.

Îngrijirea ochilor şi a urechilor

În timpul îmbăierii copilului, spălaţi zona din jurul ochilo cu un prosop sau cu un tampon de vată înmuiat în apă. Nu folosiţi săpun sau altă soluţie de curăţat deoarece ar putea irita ochii delicaţi ai copilului.



Când îmbăiaţi nou-născutul, susţineţi-i capul şi trunchiul cu încheietura mâinii şi cu mâna, pentru a-i oferi siguranţă şi protecţie. Nu lăsaţi niciodată nesupravegheat copilul în baie, nici măcar pentru o clipă.

Ochii nou-născutului sunt permanent umeziţi de lacrimi secretate de glandele lacrimale. Mulţi nou-născuţi dezvoltă o uşoară iritaţie a ochilor la câteva zile de la naştere. Aceasta nu necesită vreun tratament. Dacă ochii bebeluşului sunt foarte roşii sau roz, e posibil să fie infectaţi, aşa că ar fi bine să chemaţi doctorul.

Unii nou-născuţi au o secreţie incoloră sau albă la unul dintre ochi şi se pot trezi cu ochiul afectat lipit. De obicei, lacrimile drenează în nas prin canalul lacrimal. La copil acest canal se blochează uşor, producând o abundenţă de lichid în ochi. Blocajul se rezolvă, de obicei, în primele luni.

Tratamentul constă doar în curăţarea ochiului cu un tampon de vată şi cu multă apă, sau, dacă blocajul persistă, medicul vă poate prescrie antibiotice. Dacă problemele continuă, puteţi apela la un consult oftalmologic.

Urechile copilului sunt şi ele uşor de îngrijit. Urechea externă este singura parte de care trebuie să aveţi grijă în timpul îmbăierii copilului. E de ajuns să spălaţi urechea cu o pânză umedă şi cu săpun neiritant. Nu vă preocupaţi de ceara din ureche. Ceara se formează în canalul auditiv ca protecţie şi se elimină de la sine. Nu încercaţi să îndepărtaţi ceara sau să introduceţi ceva în ureche pentru a o curăţa. Dacă o cantitate prea mare de ceară face imposibilă examinarea de către doctor a urechii copilului dumneavoastră, el va şti s-o îndepărteze cu un instrument special. Orice sângerare sau secreţie din urechea copilului trebuie comunicată medicului.

Tăierea unghiilor

Tăierea unghiilor unui copil – mai ales prima dată – poate fi o aventură. Alegeţi o pereche bună de foarfece. Ideal ar fi să aibă vârful curbat pentru a evita rănirea copilului când se răsuceşte. Forfecuţele de manichiură sunt de preferat. Unii părinţi preferă unghierele.

Tăiatul unghiilor bebeluşului în timp ce doarme este metoda cea mai convenabilă, deoarece copilul este liniştit. Altă variantă este de a cere ajutor şi a face treaba în doi. Cineva va ţine mâinile şi picioarele copilului în timp ce dumneavoastră tăiaţi unghiile.

Scutecele

Până când copilul va învăţa să folosească toaleta veţi schimba multe scutece. În general, nu s-a descoperit că scutecele de pânză sau de unică folosinţă ar produce o mai mare incidenţă a eritemului de scutec. Dar fiecare copil este diferit şi copilul dumnavoastră poate reacţiona mai bine la un anumit tip de scutec faţă de altul.

Când schimbaţi scutecul unui copil care a avut scaun, folosiţi un tampon de unică folosinţă, un prosop cu săpun şi apă pentru a curăţa minuţios zona respectivă. O fetiţă va fi ştearsă din faţă către în spate, pentru a evita pătrunderea bacteriilor din scaun în uretră.

Scutecele de unică folosinţă

Scutecele de unică folosinţă sunt preferate de mulţi părinţi din cauza comodităţii lor. Un scutec de unică folosinţă este uşor de manipulat chiar şi de cei mai neexperimentaţi părinţi. Acest tip de scutec este deja pliat şi fixat în jurul bebeluşului cu o bandă adezivă sau cu arici.

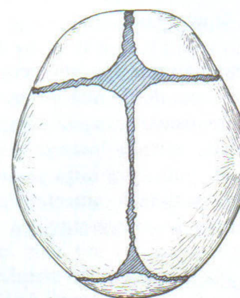
Scutecele de unică folosinţă sunt convenabile, dar, în general, şi mai scumpe. Un alt dezavantaj este că vă umplu coşul de gunoi şi ridică probleme cu privire la

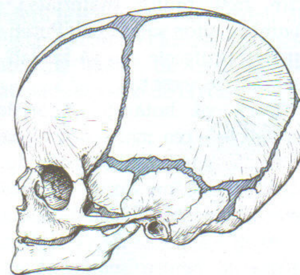
Zonele moi

Fiecare copil se naşte cu zone moi (fontanele) în creştetul capului. În timpul naşterii sunt necesare pentru capul relativ mare al copilului care coboară în canalul de naştere, mai strâmt. Pentru aceasta, capul trebuie să se acomodeze la acest spaţiu mic. Un craniu complet format nu ar putea face aceasta. Aşadar, oasele craniului nu sunt bine unite şi copiii au zone în partea superioară a craniului în care oasele nu sunt lipite între ele.

Mărimea fontanelelor variază. În general, cu cât sunt mai mari, cu atât trece mai mult timp ca să se închidă. La unii bebeluşi, oasele se unesc după aproximativ 9 luni de la naştere. La alţii, procesul durează 2 ani. Media este de 12-18 luni.

Părinţii sunt preocupaţi în mod deosebit de zonele moi. Unele mame se tem să şamponeze capul copilului ca să nu-i afecteze creierul. De fapt, creierul bebeluşului este bine protejat de o manipulare obişnuită printr-o membrană groasă, de sub zonele moi. Părinţii nu au de ce să se teamă că ar putea face rău doar atingând creştetul capului copilului.

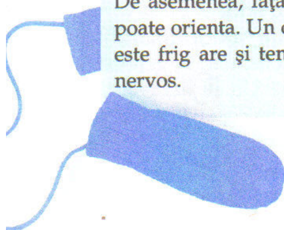




Craniul subţire al copilului este alcătuit din mai multe oase diferite. În primul sau al doilea an de viaţă, aceste oase se unesc pentru a forma o masă protectoare unică. Până atunci există zone moi (fontanele) la principalele joncţiuni ale oaselor.

Copilul dumneavoastră este îmbrăcat suficient de gros?

Cum puteţi şti dacă bebeluşul dumneavoastră are nevoie să fie îmbrăcat mai gros? Nu vă luaţi după căldura mâinilor lui. Mâinile nu sunt un bun indiciu al căldurii unui copil, deoarece pot fi reci şi dacă restul corpului este cald. Picioarele, braţele şi gâtul sunt indicatori mai buni. De asemenea, faţa copilului vă poate orienta. Un copil căruia îi este frig are şi tendinţa de a fi nervos.



resurse naturale speciale pentru a fi fabricate. Pe de altă parte, unii argumentează că apa, enrgia şi resursele folosite pentru a produce, a spăla şi a usca scutecele din pânză le face pe acestea la fel de dăunătoare pentru mediu.

Scutecele din pânză

Scutecele din pânză pot fi făcute din mai multe materiale, ca bumbac, tifon sau flanel. Puteţi să spălaţi scutecele sau să apelaţi la servicii de acest tip.

Dacă vă hotărâţi să spălaţi scutecele – cea mai economicoasă metodă – cumpăraţi cel puţin două duzini dacă nu doriţi să obosiţi maşina de spălat folosind-o zilnic.

Aveţi nevoie de o găleată acoperită pentru scutece, parţial umplută cu apă, pentru a pune scutecele folosite în ea. Aruncaţi fecalele în WC şi clătiţi scutecul înainte de a-l pune în găleată. Scutecele trebuie spălate la maşină cu săpun (sau cu detergent) neiritant şi clătite de 2-3 ori. Clătirea este foarte importantă. Un scutec cu săpun rezidual poate irita pielea bebeluşului.

Dacă apelaţi la un serviciu pentru scutece, acesta vă va lăsa la uşă scutece curate şi le va lua pe cele folosite, colectate într-un container. Puteţi compara costul serviciului de scutece cu acela al scutecelor de unică folosinţă. Diferenţa poate fi mică. Dacă bebeluşul dumneavoastră va fi primit într-o creşă, interesaţi-vă dacă vă dau voie cu scutece din pânză.

Dacă folosiţi astfel de scutece, puteţi cumpăra căptuşeală de unică folosinţă pentru scutece, care vă va ajuta să feriţi de umezeală copilul şi să scăpaţi mai uşor de fecale înainte de a spăla scutecele. Puteţi găsi şi folii impermeabile din nylon cu închizători cu arici pentru a fixa scutecul.

Dacă utilizaţi ace de siguranţă pentru scutece, strecuraţi două degete între copil şi scutec, pentru a evita să-l înţepaţi. Uneori e util să daţi cu săpun acul de siguranţă, ca să alunece mai uşor prin scutec.

Îmbrăcămintea

Confortul şi avantajele ar trebui să fie cele mai importante caracteristici ale garderobei unui nou-născut. În general, nou-născutul are nevoie de încă un rând de haine în afara celui pe care-l poartă. Asiguraţi-vă că materialul este moale, plăcut la atingere şi suficient de lejer pentru ca să se poată mişca în el fără a fi jenat. Pentru comoditatea dumneavoastră şi a copilului, îmbrăcămintea ar trebui să fie uşor de pus şi de scos. Verificaţi dacă este sigură, mai ales pijamaua să fie rezistentă la foc.

Când alcătuiţi garderoba copilului dumneavoastră, ţineţi minte să cumpăraţi mărimi mai mari decât vârsta lui. Cei mai mulţi nou-născuţi pot îmbrăca uşor haine pentru vârsta de 3 luni. Mulţi copii de 6 luni sunt suficient de dezvoltaţi pentru a purta haine pentru 9 luni, chiar pentru 12 luni. Din aceleaşi motive, nu strângeţi haine de o singură mărime. Părinţii care cumpără prea multe haine pot rămâne cu îmbrăcăminte nefolosită.

Cămăşile de noapte şi pantalonii

În primele 2-3 luni este adesea mai uşor să îmbrăcaţi copilul la fel ziua şi noaptea. Cămăşile de noapte tricotate şi pantalonaşii făcuţi din material moale sau bumbac sunt perfecţi atât pentru orele de somn, cât şi pentru cele în care este treaz. Deoarece mulţi bebeluşi efectiv trăiesc în aceste haine, s-ar putea să aveţi nevoie de mai multe exemplare din fiecare.

O dată ce copilul începe să se deplaseze, veţi vrea, probabil, să-l îmbrăcaţi mai degrabă pentru joacă decât pentru somn. Pantalonii, salopetele cu fermoar de-a lungul piciorului, ciorapii împletiţi şi bluzele tricotate sunt de preferat.

Dacă afară e cald şi soare un şort şi un tricou sunt indicate.

Lenjeria de corp

Cămăşile de piele cu fermoar sunt, în general, uşor de folosit la un copil foarte mic. Exceptând cazul în care vremea este prea rece, o cămaşă de piele subţire şi cu mânecă scurtă este adesea potrivită.

Şosetele

Folosiţi şosete când hainele copilului dumneavoastră nu acoperă şi picioarele. Ghetuţele, chiar drăguţe, nu sunt necesare şi, adesea, nu se potrivesc. Pantofii nu sunt de folos până când copilul nu începe să meargă.

Puloverele

Pe timp rece veţi vedea că bebeluşul are nevoie de un pulovăr peste cămaşa de piele pentru mai multă căldură. Dacă vă îmbrăcaţi copilul într-un pulovăr, asiguraţi-vă că este suficient de lejer la gât şi că toţi nasturii sunt bine cusuţi.

Hainele de exterior

Un impermeabil, o jachetă sau un palton sunt folositoare în cazul în care copilul va fi scos afară pe vreme rece. Mai e utilă şi o căciuliţă călduroasă. Paltonul sau jacheta trebuie să fie uşoare, iar paltonul trebuie să aibă un şliţ între picioare pentru a permite curelelelor de la scaunul de maşină pentru copil să fie prinse. Vara folosiţi o pălărie cu bor pentru a acoperi faţa copilului dumneavoastră dacă stă în soare mai mult timp.

Lenjeria de pat

Lenjeria de pat include cearşafuri neinflambile şi potrivite pentru pătuţ şi o saltea matlasată, pentru protecţie. Păturile pătuţului vor fi din bumbac sau din polyester. Păturile din bumbac nu sunt la fel de călduroase ca plăpumile, dar pot înfăşura bine copilul ca să nu arunce plapuma.

Normele de protecţie în vigoare contra sindromului de moarte subită a sugarului (SIDS) recomandă să nu aşezaţi copilul pe burtă ca să doarmă. De asemenea, evitaţi să-l culcaţi pe blană, paturi cu apă sau pe straturi groase de plăpumi şi aşternuturi. Jucăriile din pluş vor fi puse departe de pătuţ. Copiii îmbrăcaţi în cămăşi de piele şi pijamale nu prea au nevoie de pături. Studiile au arătat că incidenţa SIDS scade dacă se iau aceste precauţii. Vezi pag. 172 pentru mai multe informaţii despre SIDS.

Scaunele pentru copii şi scaunele de maşină pentru copii

Locurile sigure în care puteţi lăsa pentru puţin timp copilul cât sunteţi acasă sunt pătuţul, o pătură aşezată pe podea sau într-un scaun pentru copii. Cel mai sigur loc în care puteţi aşeza copilul în timpul unei călătorii cu maşina este un scaun de maşină pentru copii.

Scaunele pentru copii

Scaunele pentru copii sunt scaune din plastic, înclinate, utile pentru a transporta un copil dintr-un loc în altul. Acest scaun este un loc bun în care să vă puneţi bebeluşul când aveţi mâinile ocupate. Dacă vă hotărâţi să folosiţi un scaun pentru copii, asiguraţi-vă că puteţi prinde bine copilul în el. Ţineţi scaunul pe podea sau pe o masă joasă. Sunt de ajuns câteva răsuciri uşoare ale copilului pentru ca scaunul să se mişte de undeva de sus, izbind copilul de podea. Indiferent ce scaun aţi cumpăra, urmăriţi să aibă o bază suficient de largă pentru a nu se răsturna atunci când copilul este mai active. Unele scaune de maşină pentru copii pot fi folosite şi ca scaune obişnuite pentru copii, dar nu toate scaunele pentru copii respectă standardele de siguranţă în maşină.

Scaunele de maşină pentru copii

Nu cu mult timp în urmă, părinţii considerau că locul cel mai sigur pentru un copil în timpul unei călătoriii cu maşina este în braţele cuiva. Astăzi ştim că un copil ţinut în braţe de cineva este în mare pericol de a fi rănit sau ucis dacă survine un accident auto.

În SUA se impune prin lege ca bebeluşii să stea în maşină în scaune de maşină sigure special făcute pentru ei. Dacă vă pregătiţi să primiţi copilul acasă, un scaun sigur va fi unul dintre cele mai importante achiziţii. Copilul dumneavoastră n-ar trebui să părăsească spitalul fără un scaun de maşină pentru copii. De fapt, multe spitale nici nu permit părinţilor să ia acasă copilul dacă nu au un scaun sigur. Multe spitale sau organizaţii civile închiriază sau vând scaune de siguranţă părinţilor nou-născuţilor.

Un scaun de siguranţă este proiectat să împrăştie forţa de impact asupra întregului corp al copilului şi să menţină pe loc copilul, pentru a nu fi aruncat din maşină sau lovit de ceva dinăuntru. Deşi nimeni nu poate prevedea efectele unui accident, şansele de supravieţuire ale unui copil, chiar în cazul unui accident grav, sunt mai mari dacă un scaun de siguranţă este folosit corect.

Două tipuri de scaune de siguranţă sunt potrivite pentru un nou-născut: un scaun de siguranţă pentru copil şi un scaun de maşină convertibil.

Scaunele de siguranţă pentru copii

Scaunele de siguranţă pentru copii sunt proiectate pentru copii cu o greutate mai mică de 9 kg. Sunt echipate cu 3 sau 5 hamuri. Cele 3 hamuri se leagă între picioarele copilului, iar cele 5 hamuri vin de fiecare parte a coapselor şi peste fiecare umăr, pentru a se prinde într-o buclă sub picioare.

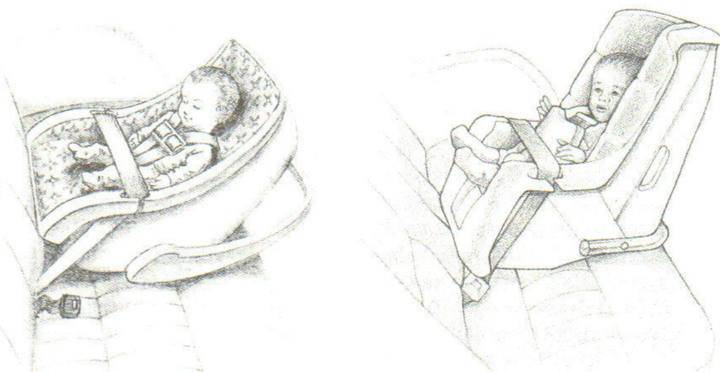
Deoarece scaunele cu 5 hamuri ajută chiar şi copiii mai mici să stea confortabil în maşină, oferă mai multă stabilitate decât cele cu 3 hamuri.

Scaunul ar trebui instalat pe unul din locurile din spate, cu faţa copilului către spatele maşinii. Poziţia aceasta este foarte importantă deoarece în timpul unei ciocniri, spatele – cea mai puternică parte a corpului copilului – absoarbe şocul. Citiţi atât cartea de instrucţiuni a maşinii dumneavoastră cât şi instrucţiunile de folosire a scaunului de siguranţă, pentru a găsi cea mai bună poziţie.

Scaunele de maşină convertibile

Un scaun convertibil pentru maşină poate fi folosit de la naştere până când greutatea copilului atinge limita superioară a greutăţii pentru un scaun de maşină. Acest scaun poate fi transformat prin înclinare, dintr-o poziţie lăsată pe spate într-una ridicată drept sau într-una aplecată în faţă pentru un copil care are cel puţin 1 an şi cântăreşte mai mult de 9 kg.

Când cumpăraţi un scaun de maşină convertibil, asiguraţi-vă că îndeplineşte toate standardele în vigoare pentru vehicule. Scaunele fabricate înainte de 1981 nu mai satisfac standardele cerute.



Scaunele de siguranţă pentru copil (stânga) se potrivesc cel mai bine nou-născuţilor dar scaunele de maşină convertibile (dreapta) pot fi utilizate pe termen lung.

Indiferent ce tip de scaun doriţi, el nu va asigura protecţia optimă dacă nu este folosit corect. Iată câteva sfaturi cu privire la utilizarea corectă a scaunelor de maşină:

- Instalaţi scaunul pe locurile din spate ale maşinii, de preferat central. Strângeţi bine centura scaunului în jurul scaunului vehiculului.
- Ajustaţi hamurile astfel încât să permită lejeritate şi legaţi toate părţile hamurilor.
- Dacă scaunul are în partea de sus o curea de ancorare, asiguraţi-vă că este prinsă.
- Nu instalaţi scaunul de maşină pe un scaun echipat cu air bag.
- Folosiţi întotdeauna scaunul de maşină. Chiar dacă mergeţi doar puţin cu maşina, să nu vă închipuiţi că bebeluşul dumneavoastră este în siguranţă dacă nu este fixat bine în scaun.

Siguranţa în casă

A face cât mai sigură casa pentru copilul dumneavoastră este deosebit de important în primele luni, când copilul nu are simţul pericolului. Copilul dumneavoastră este predispus la a se lovi în casă după ce începe să meargă de-a buşilea. Depinde de dumneavoastră cât de sigur este ambientul copilului.

Vopseaua cu plumb

Generaţii la rând, plumbul a fost folosit pentru a căptuşi conductele şi pentru a vopsi. Era folosit şi în tipografie sau pentru greutăţi la cercevelele ferestrelor, precum şi în multe produse. Multe case vechi erau vopsite cu vopsele pe bază de plumb.

Astăzi ştim că plumbul este otrăvitor. Ingerat – chiar şi sub formă de aşchii de lemn vopsite cu plumb sau de apă contaminată din conductele de plumb – plumbul se poate acumula în măduva oaselor copilului, în nervi şi muşchi. Vopselele pe bază de plumb se estimează în prezent a fi în 24 de milioane de case din S.U.A., în care trăiesc 4,4 milioane de copii cu vârste mai mici de 6 ani.

În multe cazuri, intoxicaţia cu plumb nu produce nici un simptom, dar uneori determină iritabilitate, scădere în greutate, lentoare, vărsături, constipaţie sau dureri abdominale. Dacă suspectaţi o intoxicaţie cu plumb la copilul dumneavoastră, chemaţi doctorul. Un examen de sânge poate determina concentraţia plumbului în sângele copilului dumneavoastră. În cazul în care copilul dumneavoastră este intoxicat cu plumb, doctorul vă poate recomanda o schimbare de mediu, dietă sau medicaţie.

Cea mai bună metodă preventivă este să cercetaţi casa pentru a găsi eventualele surse de plumb şi să le eliminaţi. Casele mai vechi trebuie inspectate pentru a determina dacă vreuna dintre conducte este din plumb. De asemenea, fiţi atenţi la vechile jucării sau podoabe din plumb, sau la greutăţile pentru pescuit sau pentru perdele. Nu lăsaţi copiii să se joace cu ele. Nu depozitaţi sucuri în vase din ceramică pentru că este posibil ca smalţul să fie pe bază de plumb.

Pătuţul

Din 1974, guvernul SUA a cerut ca spaţiile dintre barele pătuţului să nu fie mai mari de 6 cm. Această precauţie este importantă deoarece împiedică un copil să scoată capul printre bare. Dacă folosiţi un pătuţ vechi, asiguraţi-vă că barele sunt depărtate în conformitate cu această prevedere. Asiguraţi-vă şi că salteaua se potriveşte bine în pătuţ, deoarece se ştie că bebeluşii au tendinţa de a-şi prinde capul în spaţiul dintre pătuţ şi saltea, ceea ce le poate bloca respiraţia.

Aveţi grijă ca jucăriile din pătuţ să fie moi, fără muchii tăioase care ar putea răni copilul. Verificaţi animalele împăiate care ar avea părţi ce ar putea ajunge în gura copilului dumneavoastră şi să-l sufoce.

Pe măsură ce copilul creşte şi începe să tragă de marginile pătuţului, aveţi grijă ca aceste margini să fie la maximum de înălţime şi că salteaua este în cea mai joasă poziţie. Marginea patului ar trebui ridicată cel puţin la înălţimea pieptului copilului. Îndepărtaţi suprafeţele bogat matlasate pe care ar sta copilul dumneavoastră, permiţându-i să alunece peste

Cum să protejaţi copilul în casă

Copilul dumneavoastră se poate lovi în casă când începe să meargă de-a buşilea. E de ajuns o clipă ca să dea de bucluc, deci este important să fiţi atenţi şi să luaţi câteva măsuri de siguranţă în plus.

- Niciodată nu lăsaţi copilul nesupravegheat în pat sau la masă ori în baie.
- Dacă aveţi scări în casă, asiguraţi-vă uşi de protecţie la baza şi la capătul tuturor scărilor.
- Acoperiţi prizele electrice nefolosite cu măşti.
- Ţineţi mânerele jaluzelelor la un nivel la care el nu poate ajunge.
- Aveţi grijă ca toate soluţiile de curăţat, insecticidele şi medicamentele sunt depozitate bine, undeva unde copilul nu poate ajunge. Dacă nu aveţi un raft înalt sau un dulap, puteţi cumpăra încuietori, care să facă dificilă pentru copil deschiderea dulapului.
- Ţineţi departe de copil pungile de plastic. Îl pot cu uşurinţă sufoca.
- Evitaţi opărirea prin scăderea temperaturii apei încălzite din casa dumneavoastră.
- Ţineţi ceainicele şi oalele pe ochiurile din spate ale aragazului, dacă este posibil.
- Nu beţi băuturi fierbinţi cum ar fi cafeaua sau nu mâncaţi mâncăruri fierbinţi, ca supa, când ţineţi în braţe copilul.
- Verificaţi plantele din casă. Informaţi-vă despre plantele toxice din casă sau din apropierea ei şi asiguraţi-vă că nu sunt accesibile copilului dumneavoastră.



marginea patului. Pentru a evita sufocarea, nu înşiraţi jucării de-a lungul marginii pătuţului.

Jucăriile

Totdeauna fiţi atenţi la jucăriile care ar putea fi riscante. Nu-i daţi copilului jucării care conţin mici piese ce ar putea fi înghiţite. Ţineţi departe de copil orice e făcut din materiale friabile. Evitaţi jucăriile cu muchii sau cu nasturi atârnaţi.

Cea mai mare parte a companiilor producătoare de jucării indică pe ambalaj vârsta căreia îi este destinată o anumită jucărie. Dacă alegeţi de la o mare companie producătoare jucării potrivite pentru vârsta nou-născutului, vă veţi simţi mai în siguranţă. Chiar şi aşa, examinaţi jucăria personal, pentru a vă convinge că nimic n-ar putea răni copilul.

Leagănele, balansoarele şi premergătoarele

Leagănele, balansoarele şi premergătoarele au fost proiectate să crească mobilitatea copilului, lăsându-i pe părinţi să se ocupe de altele. Dar ele nu corespund acestei intenţii. Toate aceste „jucării" cer directă şi atentă supraveghere deoarece pot fi periculoase.

Pe la 4 luni, copilul dumneavoastră probabil este mai înalt decât un balansoar pentru copii. Un copil care se poate legăna, poate alerga şi-şi poate schimba poziţia, se poate da şi într-un balansoar. Leagănele care atârnă deasupra unei uşi ar trebui plasate astfel încât degetele de la picioare ale copilului aproape să atingă podeaua. Un copil într-un leagăn va fi mereu supravegheat. Se pot produce răniri dacă leagănul cade sau dacă-şi prinde degetele între leagăn şi tocul uşii.

Premergătoarele au provocat nenumărate răniri şi nu ar trebui folosite. Sunt deosebit de periculoase deoarece folosirea lor poate duce la accidente grave, cum ar fi o cădere de pe scări. Mulţi părinţi folosesc uşile de siguranţă pentru scări pentru a evita aceste căderi, dar uşile pot fi uitate deschise în timpul unei zile încărcate.

Părinţii cred adesea că folosirea premergătorului va grăbi dezvoltarea mersului la copil, dar aceasta pur şi simplu nu este adevărat. De fapt, utilizarea unui premergător adesea îi răpeşte copilului din timpul de a merge de-a buşilea şi de a învăţa să meargă singur.

Stările şi problemele frecvente

Ca părinte al unui nou-născut vă veţi îngrijora zi şi noapte de sănătatea copilullui dumneavoastră. Puteţi avea nelămuriri cu privire la petele de pe pielea copilului sau să vă îngrijoraţi dacă plânge prea mult. Semnele de la naştere şi plânsul excesiv sunt două probleme de care puteţi întreba medicul. Alte probleme comune de sănătate sunt: regurgitaţia, dentiţia, febra, infecţiile urechii, diareea şi constipaţia.

Semnele de la naştere

Semnele de la naştere sunt frecvente la nou-născuţi. Cele mai multe sunt inofensive şi nu necesită tratament. Mai cunoscute sunt petele de somon şi hemangioamele.

Petele de somon

Adesea numite „ciupituri de barză" sau „sărutul îngerilor", petele de somon sunt pete mici, roz deschis, plate, care apar la 30-50% dintre nou-născuţi. Ele sunt colecţii de mici vase de sânge (capilare) de la suprafaţa pielii. Apărând mai frecvent pe pleoape, buza superioară, zona dintre sprâncene şi ceafă, petele de somon sunt mai vizibile în timpul acceselor de plâns sau la schimbări de temperatură. Petele de somon adesea par mai strălucitoare la copiii de câteve luni şi pălesc pe la 1 an. Cele de pe ceafă adesea persistă, dar, de obicei, nu se mai observă când copilul creşte.

Hemangioamele

Hemangioamele sunt tumori necanceroase (benigne) alcătuite din vase de sânge nou formate. Caracteristic pentru ele este că sunt leziuni de un roşu strălucitor, proeminente şi strict delimitate, care pot apărea oriunde pe corp.

Nevul vascular

De obicei apare pe faţă, scalp, spate sau torace, dar poate fi pe orice parte a corpului. Mai frecvente la fete, hemangioamele zmeurii sunt rareori prezente la naştere, dar apar adesea în primele 2 luni de viaţă. Cele mai multe cresc rapid, apoi rămân la o dimensiune fixă şi, în final, încep să dispară. De obicei nu se recomandă nici un tratament şi sunt mai vizibile pe la 9 ani. Dezvoltarea unor astfel de semne pe faţă necesită o observare mai atentă pentru un eventual tratament. Unii copii rămân cu o decolorare sau o încreţitură a pielii după ce semnul dispare.

Hemangioamele cavernoase

Hemangioamele cavernoase sunt mai profund situate în piele decât acelea zmeurii. Tipic, ele sunt o masă buretoasă roşie-albăstruie alcătuită din ţesut plin cu sânge. Evoluţia acestui tip de leziune este dificil de prezis. Unele dispar de la sine. În funcţie de localizarea şi de mărimea leziunii, uneori o medicaţie cortizonică sau tratamentul cu laser ajută în tratarea lor.

Hemangiomul capilar

Acesta este un hemangiom plat care constă în capilare dilatate. Apare adesea pe faţă. Mărimea lui variază. Uneori pote fi afectată jumătate din suprafaţa corpului. Nu dispare. Terapia cu laser a devenit tratamentul de elecţie, dar are mai mult succes la copiii mai mari şi la adulţi.

Erupţiile

Erupţiile sunt frecvente în copilărie. Marea majoritate nu sunt serioase şi pot fi tratate la domiciliu. Dar o erupţie poate un semn de boală infecţioasă ca varicela sau rujeola. Duceţi-vă copilul să fie examinat de un doctor dacă erupţia este purpurie, crustoasă şi secretantă sau are băşicuţe. La fel, dacă erupţia este însoţită de febră.

Eritemul de scutec

Cei mai mulţi copii dezvoltă eritem de scutec la un anumit moment. Eritemul de scutec poate avea multe cauze. Clasicul eritem de scutec este reacţia pielii sensibile a nou-născutului la contactul cu umezeala şi factorii iritanţi. Aceste erupţii adesea dispar în două zile, după expunere la aer şi după o schimbare mai frecventă a scutecelor.

Dacă bebeluşul dumneavoastră are eritem de scutec, schimbaţi-i scutecul mai des şi spălaţi uşor pielea de fiecare dată când faceţi aceasta. Pentru a-l curăţa, folosiţi apă din abundenţă, mai puţin iritantă decât alte soluţii de curăţare. Dacă folosiţi folii din plastic peste scutecul bebeluşului, renunţaţi la ele până când eritemul dispare. Vaselină, pastă cu oxid de zinc sau cremă lubrifiantă pot fi aplicate pe suprafaţa erupţiei de câteva ori pe zi. Erupţiile uşoare nu necesită unguente decât dacă pielea este uscată şi crăpată. Terciul de porumb sau pudra de talc nu ar trebui folosite deoarece pot agrava.

Dacă erupţia este deosebit de persistentă şi severă, o cremă cu hidrocortizon 0,5-1% poate fi utilizată câteva zile. Pentru eritemul de scutec persistent, mulţi doctori recomandă înlăturarea scutecului şi expunerea cât mai des la aer a zonei afectate. Dacă eritemul nu se ameliorează, poate fi o infecţie fungică. Infecţia poate apărea pe fese şi organele genitale sub formă de pete roşu aprins, care se unesc pentru a forma o zonă roşie cu o margine curbă. Acest tip de erupţie poate fi tratat cu o cremă antifungică sau un unguent şi prin expunere la aer.

Dacă erupţia este atât de severă încât perturbă somnul copilului, dacă are o culoare roşu aprins, intensă, dacă produce febră, dacă dă băşicuţe sau coşuri, sau colectează puroi, apelaţi la medic.

Dermatita seboreică

Aceasta este o problemă frecventă, care survine la orice vârstă, dar mai ales în copilărie şi în adolescenţă. Începe adesea în prima lună de viaţă şi poate continua până la sfârşitul primului an. Cauza ei este necunoscută.

Atunci când copilul are dermatită seboreică veţi vedea întâi nişte pete uscate, solzoase pe scalp, care dau o aparenţă murdară. O crustă groasă, galbenă se formează deasupra solzilor. Veţi observa câteva pete crustoase în jurul marginii părului, sprâncenelor, nasului şi în spatele urechilor. Uneori erupţia afectează întregul corp.

De obicei, are o evoluţie mai scurtă decât multe alte erupţii şi răspunde la tratament simplu. Fără tratament poate dura mai mult de câteva luni.

Evitaţi să spălaţi frecvent părul copilului cu şampon special. O dată pe săptămână este suficient. După săpunire, masaţi scalpul cu cruste cu o periuţă de dinţi moale timp de câteva minute. Dacă scalpul este foarte crustos, puteţi să-l frecaţi cu ulei mineral sau cu ulei pentru copii, cu o oră înainte de a şampona. Dacă erupţia este roşie şi iritată, aplicaţi o cremă cu 0,5% hidrocortizon, disponibilă fără prescripţie medicală, o dată pe săptămână. Folosiţi un şampon antimătreaţă, şi el poate vindeca. Dacă e un caz persistent va fi rezolvat de medic.

Eritemul salivar

Mulţi copii dezvoltă o erupţie pe obraji şi pe bărbie. Eritemul, produs de contactul cu mâncarea şi de regurgitarea conţinutului stomacului, apare şi dispare. Singurul tratament cerut este curăţarea pielii după hrănire. De asemenea poate ajuta plasarea unui scutec sub faţa copilului când aţipeşte, pentru a absorbi saliva sau materiile regurgitate.

Eritemul la căldură

Căldura produce umflături mici şi roz pe piele, şi adesea apare şi în partea superioară a spatelui. Este rezultatul blocării glandelor sudoripare. Tipic, apare la vreme foarte caldă şi umedă, deşi un copil care este prea gros îmbrăcat poate face oricând eritem la căldură.

Tratamentul presupune lăsarea pielii să se usuce singură şi îmbrăcare acopilului doar cu atâtea haine câte îi trebuie. Clătirea cu apă rece, de asemenea poate ajuta.

Eczema infantilă

Eczema infantilă (dermatita atopică) este o erupţie aspră, foarte roşie, în pete, de obicei asociată cu o piele foarte uscată şi sensibilă. Cele mai comune zone pentru eczemă sunt obrajii şi fruntea. Afecţiunea se poate extinde la gât şi în spatele urechii.

Eczema apare mai des la copiii din familii cu istoric de alergie. Aceşti copii au tendinţa de a dezvolta mai târziu astm şi alergii sezoniere. Dacă are eczemă infantilă, puteţi observa la copilul dumneavoastră mai întâi nişte pete roşu-deschis sau roz-bronzate, de piele aspră, crustoasă. Petele devin apoi roşii (vezi ilustraţia color, pag. 436). Copilul poate părea agitat sau nervos din cauza mâncărimii. Uneori, erupţia începe să supureze şi să facă o crustă deasupra. Poate urma infectarea pielii.

La unii copii, erupţia poate fi urmarea dietei sau a schimbării formulei de lapte artificial. Uneori, factorul incriminat poate fi un detergent de rufe, un articol din lână sau transpiraţia excesivă la călduri foarte mari. Rareori, eczema poate fi un simptom al unei boli serioase. Adesea cauza este dificil de identificat.

Principala complicaţie a eczemei este infectarea leziunii. Copiii cu eczemă nu trebuie să fie în preajma persoanelor cu bube dulci (herpes simplex).

Pentru a scădea riscul ca bacteriile să intre în deschiderile pielii tăiaţi cât mai scurt unghiile copilului. Dacă bebeluşul suportă, o pereche de mănuşi cu un deget, de purtat mai ales în timpul somnului, perioadă în care scărpinatul este cel mai frecvent, poate împiedica, pe viitor, afectarea şi infecţia pielii.

Evitaţi temperaturile extreme. Cei mai mulţi copii cu eczemă se simt mai bine într-un ambient blând, cu umiditate medie, deoarece transpiraţia le poate agrava erupţia. Evitaţi hainele de lână şi nu aşezaţi copilul pe un covor de lână. Faceţi-i baie cât mai rar şi folosiţi uleiuri de baie pentru lubrifierea pielii uscate. Dacă eczema este severă, medicul poate recomanda folosirea unor bandaje înmuiate într-o soluţie specială, pentru a alina roşeaţa şi mâncărimea.

Loţiuni şi creme cu corticosteroizi pot fi aplicate după înlăturarea bandajului. Antihistaminicele sunt adesea eficiente pentru a stăpâni mâncărimea. Dacă leziunile copilului dumneavoastră se infectează, pot fi necesare antibiotice orale sau locale. Cei mai mulţi copii au eczemă infantilă pe la 3-5 ani.

Miliaria

Miliaria sunt umflături mici, albe sau chiste pe faţa nou-născutului, care seamănă cu nişte coşuri. Peste 50% din nou-născuţi au aceste mici pete.

Pe la 2 luni porii blocaţi ai pielii se deschid şi dispar. Umflăturile sunt inofensive şi nu necesită tratament.

Acneea infantilă

Aproximativ 1/3 din copii fac acnee, mai ales după a treia săptămână de viaţă. Cauza se pare că sunt hormonii materni care traversează placenta înainte de naştere.

Prezenţa acneei poate fi deranjantă, dar este temporară. La unii copii, acneea dispare în câteva săptămâni. La alţii persistă mai bine de 6 luni. În general nu este necesar nici un tratament în afara spălării cu multă apă şi cu un săpun neiritant.

Aftele

Afta este o infecţie fungică blândă a gurii, care se prezintă ca pete albicioase. Petele pot fi pe limbă sau la baza gurii şi fixate pe partea internă a obrajilor. Dacă petele albe nu dispar la o frecare uşoară cu un tampon de vată, copilul dumneavoastră poate avea afte. Consultaţi doctorul.

Aftele la nou-născuţii sănătoşi în general trec singure, dar tratamentul cu un medicamnet antifungic poate grăbi procesul, mai ales dacă aftele sunt extinse. De asemenea, o mamă care alăptează are nevoie de tratament dacă mameloanele sunt dureroase.

O cremă antifungică poate fi necesară pentru a trata eritemul de scutec ce poate însoţi aftele. Deoarece fungii cresc bine pe o piele caldă şi umedă, expunerea la aer a zonelor afectate va fi benefică atât pentru copil cât şi pentru mamele cu afte.



O hernie ombilicală este produsă de neînchiderea inelului muscular din jurul ombilicului. Rezultă o umflătură moale care poate proemina tot mai mult în timpul tusei, efortului şi plânsului.

Hernia ombilicală

Un copil cu hernie ombilicală are o umflătură moale de ţesut în jurul buricului (ombilic), care poate proemina şi mai mult atunci când copilul plânge, strănută sau se încordează. Este produsă de neînchiderea inelului muscular din jurul ombilicului. Ca urmare, o parte din intestinul subţire alunecă prin deschiderea ombilicală lărgită.

O hernie ombilicală apare mai frecvent la copiii de culoare şi la cei cu greutate mică la naştere. Diferit de celelalte hernii, hernia ombilicală nu se asociază cu alte pericole. Cele mai multe hernii ombilicale dispar pe la vârsta de 1 an. Chirurgia este rareori necesară, exceptând cazul în care se lărgeşte tot mai mult şi nu se vindecă până la 5 ani sau produce obstrucţie intestinală.

Regurgitaţia şi vărsăturile

Regurgitaţia nu este un motiv de îngrijorare, dar vărsăturile pot fi.

Regurgitaţia

Copiii regurgitează adesea după o masă. Regurgitaţia înseamnă, în general, a da afară o cantitate mică de lapte din gură. Aceasta nu trebuie confundată cu vărsăturile, în timpul cărora o parte din conţinutul stomacului copilului este eliminată forţat pe gură.

Un nou-născut poate regurgita după fiecare masă, iar altul poate regurgita când şi când. Motivul pentru care copilul regurgitează nu este în întregime înţeles, dar se pare că este în legătură cu sistemul digestiv imatur. Spre deosebire de un copil mai mare sau un adult, muşchii dintre esofagul copilului şi partea de sus a stomacului nu sunt încă adaptaţi să ţină hrana în stomac. Aşa că orice mişcare, chiar una uşoară, cum ar fi aşezarea jos a copilului, poate duce la regurgitarea laptelui.

Regurgitaţia face mizerie părinţilor, dar rareori înseamnă ceva serios. De regulă, se rezolvă când copilul împlineşte 6 luni - 1 an. Eliminarea de gaze după fiecare masă este importantă şi poate reduce regurgitaţia. Chiar dacă vă ia ceva timp, ajutaţi-l să elimine gazele după fiecare masă.

Imediat după masă, unii copii se simt mai bine dacă stau drept într-un scaun pentru copii. Alţii regurgitează mai puţin dacă sunt aşezaţi pe o parte. Încercaţi să vedeţi dacă există o poziţie în care copilul dumneavoastră se simte mai bine. Dacă bebeluşul dumneavoastră regurgitează în mod firesc, problema va continua orice veţi face. Dacă pare sănătos şi creşte în greutate, nu e nici un motiv de îngrijorare.

Vărsăturile

Vărsăturile pot fi rezultatul intoleranţei la lapte sau un semn al altei boli. Anunţaţi doctorul dacă bebeluşul varsă, dar cât timp pare sănătos şi ia în greutate, probabil nu aveţi nici un motiv să vă alarmaţi.

Un nou-născut poate vomita mucus, adesea cu striuri de sânge, la câteva ore de la naştere. În general, este sânge de la mamă pe care copilul l-a înghiţit în timpul sarcinii, ceea ce este normal. De obicei, aceste vărsături dispar după ce mănâncă de câteva ori. Dacă ele continuă, poate fi vorba despre o obstrucţie a esofagului sau a intestinului, care vor necesita o examinare ulterioară.

Sindromul copilului zgâlţâit

Sindromul copilului zgâlţâit este o formă serioasă de abuz care poate cauza lovituri severe la cap, chiar moarte. Este produs de o zgâlţâire puternică a nou-născutului sau a copilului.

Adesea, victimele acestui sindrom sunt mai mici de 2 ani, dar poate apărea şi la copii mai mari de 5 ani. Abuzul este adesea comis de un părinte furios sau de un îngrijitor care zgâlţâie copilul în încercarea de a-i opri plânsul sau drept pedeapsă. Sindromul copilului zgâlţâit nu apare în urma unui ţopăit sau dintr-o joacă.

Dacă nou-născutul are diaree persistentă, chemaţi doctorul. Dacă are doar o formă uşoară de diaree, s-ar putea să fie nevoie să schimbaţi frecvenţa sau cantitatea meselor copilului. Lăsaţi copilul să sugă, dar nu vă miraţi că mănâncă mai puţin decât de obicei. Uneori, o soluţie preparată contra deshidratării poate fi soluţia pe termen scurt. Dacă diareea este mai severă sau doctorul consideră că într-adevăr copilul este deshidratat, poate fi necesară spitalizarea.

Dacă bebeluşul dumneavoastră continuă să elimine sânge în vomă sau varsă permanent, consultaţi cât mai repede un doctor.

Scaunele moi sau diareea

Scaunul nou-născutului alăptat este, de obicei, păstos. Dacă mama foloseşte laxative sau mănâncă hrană laxativă, scaunele pot deveni chiar şi mai moi. Bebeluşii hrăniţi artificial, în general au scaune mai tari decât cei alăptaţi.

Dacă bebeluşul are diaree în prima lună, aceasta poate fi produsă de o infecţie. Scaunul poate fi verzui şi apos, iar cheagurile de lapte, găsite de obicei în scaunul unui nou-născut alăptat, vor lipsi. Poate avea şi un miros neplăcut.

Constipaţia

Nu vă îngrijoraţi dacă bebeluşul dumneavoastră nu are un scaun sau dacă trec mai multe zile fără să aibă scaun. Consistenţa scaunului indică o constipaţie, nu frecvenţa scaunelor. Un copil care are scaune tari, ca nişte alice, este constipat.

Dacă bebeluşul devine constipat, aceasta se poate datora faptului că a băut sau a mâncat ceva neadecvat. Constipaţia apare rar la copiii alăptaţi, dar, dacă apare, încercaţi să-i daţi să sugă mai des. La copiii hrăniţi artificial, cantitatea mare de zahăr sau de lichid din formula de lapte artificial poate ameliora problema. Fierul din formulă de obicei nu determină constipaţie.

Când constipaţia apare de la naştere, s-ar putea ca medicul să vrea să examineze rectul pentru a se convinge că nu există nici o obstrucţie sau anomalie congenitală. Constipaţia cronică indică rareori alte probleme, cum ar fi hipotiroidismul.

Insuficienţa creşterii în greutate

Bebeluşii suferă o scădere dramatică în greutate în primele zile sau luni de viaţă. Cea mai frecventă cauză a lentei creşteri în greutate este cantitatea prea mică de lapte pe care o sug. Dacă alăptaţi, pediatrul sau specialistul în probleme de lactaţie pot să vă sugereze schimbări utile în tehnica de alăptare sau în ritmul ei. Dacă vă hrăniţi artificial copilul, o schimbare a formulei de lapte sau o creştere a numărului de mese poate rezolva problema. Uneori, lipsa creşterii în greutate indică probleme medicale care necesită investigaţii ulterioare.

Dentiţia

Este probabil ca primul dinte să-i apară copilului dumneavoastră pe la 5-9 luni. Cei mai mulţi copii au la vârsta de 1 an 6 - 8 dinţi.

Mulţi copii trec uşor peste această perioadă. Singurele simptome sunt salivaţia abundentă şi dorinţa de nestăpânit de a muşca lucruri. Pentru alţii procesul este foarte incomod, cu agitaţie ziua şi stare bolnăvicioasă. Se poate ca bebeluşul dumneavoastră să-şi sugă degetul mai mult decât înainte, să-şi frece gingiile şi să-şi piardă pentru o vreme pofta de mâncare. Dacă se numără printre cei cu astfel de probleme, încercaţi următoarele metode pentru copilul dumneavoastră:

- Dacă vă lasă, masaţi-i gingiile umflate timp de câteva minute, eventual cu o bucăţică de gheaţă. Unii copii, voit sau nu, pot să vă muşte degetele pentru a-şi alina durerea.
- Daţi-i copilului un aşa-numit inel pentru dantură, rece. Puteţi să-i daţi nişte gheaţă sau o bucăţică dintr-o banană îngheţată pentru a o roade. Niciodată nu puneţi un inel de dantură în jurul gâtului copilului deoarece se poate produce strangularea.
- Nu folosiţi loţiuni sau unguente pentru durere. Nu numai că nu sunt folositoare, dar conţin benzocaină, o substanţă care poate amorţi gâtul şi produce sufocare. Multe dintre aceste produse au gust amar, aşa că bebeluşul dumneavoastră va refuza să le ia.
- Dacă este agitat, folosiţi Acetaminofen (Tylenol) câteva zile.

Febra

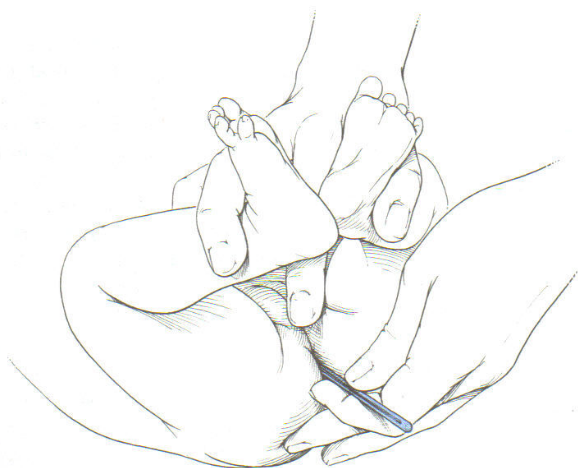
Febra la copil este definită ca o temperatură rectală mai mare de 38 C. Febra este răspunsul organismului la infecţie. Reţineţi că în primele luni de viaţă, mai ales la copiii prematuri, o infecţie poate să nu provoace febră. Important este cum se manifestă copilul dumenavoastră. Dacă este mai agitat decât de obicei, chemaţi doctorul. De asemenea, apelaţi la doctor dacă febra este însoţită de o erupţie.

Convulsiile febrile

O convulsie febrilă apare ca rezultat al activităţii anormale a celulelor nervoase. De obicei, un copil în convulsii devine brusc inconştient, cu mâini şi picioare rigide. După câteva secunde, membrele şi faţa încep să se contracte ritmic.

Majoritatea convulsiilor din copilărie sunt produse de febră şi sunt numite convulsii febrile. Când convulsiile sunt frecvente şi fără legătură cu febra, se spune despre copil că are o criză comiţială.

O convulsie febrilă apare cel mai adesea la copii cu vârste de 6 luni-4 ani, care fac brusc febră. Uneori, o convulsie febrilă este primul indiciu de boală. Convulsiile febrile apar la aproximativ 4% dintre copiii mai mici de 4 ani. Mulţi copii nu repetă episodul convulsiv. Convulsiile febrile, de obicei sunt scurte – mai puţin de 5 minute. Se credea cândva că unui copil care are convulsii febrile îi poate fi afectat creierul. Aceasta se produce rareori. Convulsiile pot



Când luaţi temperatura nou-născutului cu un termometru rectal, introduceţi-l la aproximativ 2,5 cm şi lăsaţi-l acolo 3 minute. Nu daţi niciodată drumul termometrului când se află în interiorul copilului.

? Întrebare şi răspuns

Să-i dau copilului meu o tetină?

Este o problemă controversată. Unii doctori sunt total împotriva administrării tetinei. Alţii cred că utilizarea ei moderată poate ajuta copiii care se liniştesc sugând. Copiii care-şi sug pumnii, degetele sau degetul mare se pot calma astfel.

Tetinele nu trebuie introduse la copiii alăptaţi până nu s-a stabilizat programul meselor.

Dacă-i daţi copilului o tetină, iată cele mai importante lucruri pe care trebuie să le ştiţi pentru utilizarea ei corectă:

- Nu i-o puneţi în gură ori de câte ori deschide gura.
- Urmăriţi să-l faceţi să adoarmă fără tetină.
- Renunţaţi la tetină când copilul suge mai puţin, de obicei pe la vârsta de 12-15 luni.

să-i sperie pe părinţi, dar, de cele mai multe ori, copilul este bine după aceea. Dacă bebeluşul dumneavoastră cu febră are convulsii, trebuie să urmaţi aceşti paşi pentru a-l ajuta să nu se rănească în timpul convulsiei:

- Aşezaţi-l pe burtă, nu pe spate.
- Îndepărtaţi de copil orice obiect tare sau ascuţit.
- Desfaceţi-i hainele prea strânse.
- Nu-i împiedicaţi mişcările, nu interveniţi asupra lor.
- Nu încercaţi să puneţi nimic în gura copilului.
- După convulsie, când copilul este treaz, chemaţi doctorul. Dacă nu-l puteţi contacta, duceţi copilul la camera de gardă din spital.

Colicile

Bebeluşul care are colici este unul sănătos şi bine hrănit, dar cu perioade de plâns – de obicei cam la aceeaşi oră ziua şi, mai ales, seara – care pot dura de la câteva minute până la 2 ore. Colica apare cu aceeaşi frecvenţă la ambele sexe, la primii născuţi şi la ceilalţi, la copiii alăptaţi şi la cei hrăniţi artificial.

Sunt multe teorii cu privire la ceea ce determină colica, dar cauzele ei rămân necunoscute. Crizele colicative încep, de obicei, la câteva săptămâni de la naştere şi dispar în a treia sau a patra lună. Copilul nu poate fi alinat mai mult de câteva clipe, prin nici o metodă. Plânsul are impact asupra relaţiei părinte-copil şi este o potenţială sursă de probleme familiale. Un copil cu colici are risc mai mare de a fi abuzat deoarece părinţii depăşiţi de situaţie îşi pot revărsa frustrarea şi furia asupra copilului plângăcios.

Dacă bebeluşul dumneavoastră are colici, câteva săptămâni de plâns pot părea o eternitate. Dacă nu puteţi opri accesele de plâns prin metodele obişnuite de consolare, va trebui să vă schimbaţi tactica şi să urmăriţi să găsiţi o cale de a face faţă săptămânilor de colici. Iată câteva sugestii:

- Legănaţi copilul cu mişcări de du-te vino, ca într-un hamac.
- Încercaţi să amortizaţi zgomotele. De exemplu, un aspirator, un uscător de păr, un radio sau altele de acest fel când legănaţi copilul.
- Plimbaţi-vă cu maşina.
- Puneţi copilul care plânge în cărucior şi faceţi o plimbare scurtă.
- Lăsaţi-vă copilul în grija cuiva ca să puteţi dormi sau ca să ieşiţi din casă.
- Dacă nu puteţi face nimic din toate acestea, lăsaţi jos copilul 5-10 minute şi faceţi pe loc nişte mişcări de extensie sau nişte exerciţii dinamice pentru a vă reenergiza.

Chiar dacă încercările dumneavoastră de a linişti copilul pot fi fără succes, el tot are nevoie de prezenţa dumneavoastră. În plus, susţinerea din partea soţului, familiei şi prietenilor este esenţială în această perioadă.

Dacă vă este teamă că e bolnav sau dacă dumneavoastră sau cei care au grijă de copil simţiţi că nu vă veţi mai putea stăpâni nervii din cauza plânsului excesiv al copilului, duceţi copilul la cabinetul medical sau la camera de urgenţă a spitalului din zonă.

Probleme de somn

Pleoapele care se lasă, frecatul ochilor şi agitaţia de nepotolit sunt semnele obişnuite ale oboselii la copil. Mulţi copii plâng la culcare, dar, lăsaţi singuri, se liniştesc. De obicei trec aproximativ 20 de minute în care copilul se agită înainte de a adormi.

Sindromul de moarte subită a sugarului

Sindromul de moarte subită a sugarului (SIDS) este decesul brusc şi inexplicabil al unui copil aparent sănătos. Uneori, copilul e răcit uşor, de puţină vreme. Dar adesea nu este aşa, nu este nici un semn că ar fi ceva în neregulă cu privire la sănătatea copilului.

SIDS survine rareori înainte de 2 săptămâni sau după vârsta de 6 luni, iar maximul de incidenţă este la 2-3 luni. Anual, aproape 3000 de bebeluşi din SUA mor de SIDS. Sunt mai multe cazurile de băieţi, iar sindromul pare a fi mai frecvent în sezonul rece.

Cercetătorii care au studiat acest sindrom paradoxal au descoperit că mulţi dintre aceşti copii nu erau chiar atât de sănătoşi pe cât păreau. Anumite descoperiri actuale arată că aceşti copii cu SIDS pot avea anomalii cardiace şi de sistem nervos mai greu de depistat.

Deşi cauza rămâne incertă, doctorii ştiu acum că unii copii au risc mai mare de SIDS decât alţii, deşi unii copii care nu sunt în această grupă de risc crescut pot muri din cauza acestui sindrom. Printre cei cu risc mare sunt prematurii cu greutate mică la naştere, copiii din părinţi fumători sau drogaţi, copiii care au fraţi ce au decedat de SIDS, copiii cu stop respirator care au fost resuscitaţi şi copiii cu scor Apgar mic.

Unele situaţii asociate cu risc mare de SIDS sunt controlabile de către dumneavoastră. Totuşi, urmarea acestor recomandări poate reduce riscul:

Poziţia de somn

În primele 6 luni copilul trebuie pus să doarmă pe spate, nu pe burtă. La vârsta la care copilul se mişcă în pătuţ în timp ce doarme, părinţii sunt preocupaţi cu privire la menţinerea poziţiei de somn pe spate. Totuşi, la această vârstă la care copilul învaţă să se răsucească din spate în faţă şi invers, riscul de SIDS este mai mic.

Următorii paşi vă pot ajuta să vă învăţaţi copilul cum să se culce şi cum să adoarmă la loc după ce se scoală:

- Puneţi copilul în pat când moţăie, dar încă este treaz. Un copil care de obicei adoarme în braţele cuiva se poate scula noaptea şi să nu mai poată adormi dacă nu e ţinut în braţe.
- Când copilul are nevoie de mângâiere sau de hrană noaptea, folosiţi o voce blândă şi un limbaj subtil al corpului pentru a-l face să înţeleagă că este noapte, nu vreme de joacă. Fiţi serioasă şi plictisitoare. Daţi-i de înţeles copilului că nu este momentul pentru activităţi distractive ca mers, rostogolit şi joacă.
- Respectaţi-vă obiceiurile de somn. Când vă treziţi noaptea vă ia câteva minute ca să vă găsiţi o poziţie confortabilă şi să adormiţi. La fel este şi cu bebeluşul dumneavoastră. Spre deosebire de dumneavoastră, unul dintre cele mai relaxante mecanisme pe care le are la dispoziţie copilul este plânsul. E de aşteptat ca bebeluşul dumneavoastră să plângă de câteva ori înainte de a încerca să adoarmă la loc.
- Verificaţi dacă se simte confortabil şi în siguranţă. Dacă pătuţul şi zona din jurul lui sunt sigure nu este cazul să vă neliniştiţi cu privire la protecţia lui de îndată ce-l auziţi plângând.
- Stabiliţi un ritual înainte de culcare – o scădere gradată a activităţilor zilei. S-ar putea să vreţi să închideţi televizorul şi să faceţi linişte vreo 30 de minute înainte de a duce la culcare copilul.

Infecţiile urechilor

Infecţiile urechilor (otită medie) sunt printre cele mai frecvente boli ale nou-născuţilor şi copiilor mici. 7 din 10 copii vor avea cel puţin o infecţie a urechiii medii până la vârsta de 3 ani. Deşi infecţiile urechii apar la 1/3 dintre aceşti copii, cei mai mulţi copii încetează de a mai avea infecţii auriculare multiple la vârsta şcolarizării.

Infecţiile auriculare apar adesea după o răceală care duce la acumularea de fluid în spatele timpanului. Colecţia de fluid este un mediu ideal pentru bacterii sau virusuri care produc infecţia. Pe lângă durere sau presiune şi senzaţie de blocare a urechii, unii copii devin iritabili, îşi pierd pofta de mâncare sau fac febră. Unora le poate scădea temporar auzul, dar cele mai multe infecţii ale urechii nu dau pierdere definitivă de auz.

Majoritatea infecţiilor auriculare se vindecă de la sine, fără antibiotice. Dar medicul vă poate prescrie antibotice dacă infecţia este severă sau dacă există infecţii repetate ale urechiii. În cazul în care copilul nu răspunde la antibiotice, doctorul vă poate recomanda inserţia unui tub de dren în timpan care să ajute la evacuarea fluidului.

Probleme speciale

Cei mai mulţi copii se nasc bine dezvoltaţi, sănătoşi şi gata să fie luaţi acasă. Din nefericire, alţi copii nu urmează acelaşi tipic. Nou-născuţii care necesită îngrijire specială sunt cei cu traume la naştere, cu afecţiuni congenitale sau dificultăţi respiratorii şi copii din mame dependente de droguri.

Copilul prematur

Un copil născut prematur nu a avut timp pentru o dezvoltare adecvată a sistemelor corpului, esenţiale pentru viaţă. Copiii prematuri necesită monitorizare şi asistarea medicală a unor funcţii vitale.

Unii copii au probleme medicale care impun să doarmă pe burtă. Dacă medicul recomandă aceasta, este bine să-i urmaţi sfatul. Reţineţi că nu s-a descoperit că somnul pe burtă ar fi o cauză de SIDS. Este doar unul dintre factorii care pot creşte riscul acestui sindrom.

Lenjeria de pat

Copiii trebuie să doarmă pe saltele tari. Evitaţi matlasările groase şi pufoase sub copilul dumneavoastră, cum ar fi blana de miel sau plăpumile. Aşternuturile moi pot face copilul să se scufunde şi să respire dificil.

Dieta

Alăptarea poate reduce riscul de SIDS.

Fumatul pasiv

Evitaţi fumatul în ambientul copilului. Această măsură este importantă în primul an de viaţă, ca şi în perioada sarcinii.

Temperatura camerei

Copilul nu are nevoie de un ambient mai cald decât vă trebuie dumneavoastră. Dacă temperatura în casă este confortabilă pentru dumneavoastră, va fi şi pentru copil.

Monitorizarea electronică

Monitorizarea electronică a ritmului cardiac şi respiraţiei poate fi utilă la anumiţi copii cu risc de SIDS. Nu este sigur încă dacă monitorizarea electronică are vreo valoare protectivă. Au fost copii care au murit brusc chiar şi în timpul monitorizării. Dacă se apelează la monitorizarea electronică, se cere o pregătire specială a celor care au grijă de copil.

Un copil prematur se defineşte ca un copil născut înainte de 37 de săptămâni de sarcină. Cuvântul „prematur” poate să-i îngrijoreze pe uniii părinţi deoarece, până nu demult, rata supravieţuirii copiilor prematuri era mult mai mică decât a celor născuţi la termen. Oricum, recentele progrese în îngrijirea prematurilor cu greutate mică au îmbunătăţtit mult şansele de supravieţuire.

Factorii de risc

Mulţi factori contribuie la prematuritate. Femeile subnutrite, anemice, care nu au fost deloc sau de puţine ori la consult prenatal, sunt predispuse să nască prematur. Un istoric de infertilitate, de născuţi morţi sau de alte naşteri premature poate creşte şansa de naştere prematură, ca şi sarcina la adolescente şi fumatul în timpul sarcinii.

Adesea stimulul pentru o naştere prematură poate fi unul dintre următorii: desprinderea prematură de placentă, anomaliile uterine sau un cervix care este prea slab ca să susţină greutatea fătului ce se dezvoltă. În plus, infecţiile severe de tract urinar pot duce la o sarcină prematură. Pentru a reduce riscul de sarcină prematură, apelaţi din timp şi regulat la consultul prenatal.

Travaliul prematur

Dacă intraţi într-un travaliu prematur, deciziile implicate în încercarea de a opri travaliul sunt complexe. Doctorul va evalua sănătatea dumneavoastră, sănătatea copilului, felul în care funcţionează placenta şi cervixul, şi în ce stadiu al sarcinii vă aflaţi.

După ce va lua în considerare toţi aceşti factori, el va decide dacă se poate opri travaliul prematur şi ce eforturi sunt necesare. Măsurile ar include repausul la pat, perfuziile intravenoase şi medicamentele pentru a opri travaliul prematur. Puteţi primi şi antibiotice contra riscului de infecţie, atât al dumneavoastră cât şi al copilului.

Copiii născuţi după 23 de săptămâni de gestaţie au şanse de supravieţuire fără resuscitare la naştere. Ca o regulă, cu cât copilul stă mai mult în uter, cu atât este mai bine dotat pentru a putea face faţă afară complicaţiilor febrile şi fără probleme pe termen lung.

Dacă vi s-au rupt membranele, o probă de lichid amniotic poate arăta maturitatea plămânilor copilului şi indica prezenţa eventuală a infecţiei în lichidul amniotic. Dacă membranele nu s-au rupt, lichidul amniotic poate fi colectat pentru un test de amniocenteză. Dacă plămâniii copilului dumneavoastră nu sunt suficient de maturi, vi se vor da corticosteroizi pentru a grăbi maturarea lor înainte de naştere.

Complicaţii

Una dintre cele mai serioase complicaţii ale naşterii premature este nedezvoltarea plămânilor. Un copil cu probleme respiratorii poate necesita respiraţie asistată cu ajutorul unui ventilator care este plasat mai jos de căile respiratorii (trahee). Scopul este de a menţine normal nivelul oxigenului din sânge, ca şi circulaţia sangvină şi aportul nutritiv din sânge, până când plămânii copilului se maturează.

Alte probleme asociate cu sarcina prematură sunt cele cardiace, hemoragiile în creier, pneumonia, concentraţia scăzută a zahărului în sânge (hipoglicemia), anemia şi infecţia.

Grăsimea corporală foarte scăzută asociată cu o piele imatură, împiedică un copil prematur să-şi menţină normală temperatura. Copiii născuţi prematur sunt duşi în unităţi speciale, unde sunt plasaţi sub dispozitive speciale de încălzire sau în incubatoare pentru a fi ajutaţi să-şi menţină normală temperatura corpului.

Hrănirea

Copiii prematuri necesită adesea, la început, alimentaţie intravenoasă. Aceasta se numeşte nutriţie total parenterală (TPN), utilizată până când starea nou-născutului este mai stabilă şi este pregătit să înceapă alăptarea sau hrănirea artificială. Mulţi copii prematuri nu şi-au dezvoltat reflexul de sugere sau sunt prea slabi ca să sugă. Aceşti copii pot fi hrăniţi printr-un tub introdus prin gură în stomac. După aceste câteva prime mese, copilul începe să sugă la sân sau din biberon. Anticorpii din laptele matern sunt foarte importanţi la copiii prematuri.

Legătura afectivă

Tendinţa actuală în secţiile de nou-născuţi este de a implica tot mai mult părinţii. Părinţii sunt încurajaţi să petreacă mult timp cu copilul lor, să-l atingă şi să-l mângâie, chiar dacă tuburile, firele şi alte instalaţii pot face dificilă alintarea lui. Practic, părinţii sunt îndemnaţi să-şi hrănească bebeluşul şi să schimbe un scutec. Unii părinţi aduc cărţi şi îi citesc copilului sau îi cântă.

Traumatismele la naştere

Un traumatism natal este o traumă suferită de copil în timpul travaliului şi naşterii. Adesea trauma apare în pofida excelentei îngrijiri obstetricale.

Anumite situaţii fac posibilă trauma la naştere. Prematuritatea, o poziţie fetală anormală, sarcina prelungită, un făt anormal de mare şi un pelvis matern prea mic sunt câteva dintre condiţiile care cresc riscul de traumatism natal.

Forcepsul este adesea asociat cu traumatismele natale. Forcepsul se foloseşte pentru a asista naşterile pelvine. Traumatismele de la forceps sunt adesea minore, incluzând zgârieturi ale feţei şi ale scalpului. Adesea, naşterea cu forceps este cea mai sigură metodă de a termina un travaliu care poate ameninţa viaţa sau sănătatea mamei sau a copilului.

O altă tehnică pentru a asista naşterile dificile este extracţia cu vacuum. În această metodă este plasată pe capul copilului o bonetă din plastic sau din cauciuc, în timp ce acesta se află în canalul de naştere. Doctorul aspiră cu o pompă şi trage uşor cu un instrument pentru a ajuta ieşirea copilului prin canalul de naştere. Noile metode care evită aspirarea excesivă pot proteja copilul de traume.



După deplasarea în jos prin canalul de naştere, un nou-născut poate dezvolta o umflătură a scalpului (stânga). Umflătura nu este dureroasă şi, de obicei, dispare în câteva zile, când capul copilului îşi recapătă forma normală (dreapta).

Câteva traumatisme frecvente:

Edemul scalpului

Umflarea ţesutului capului (caput succedaneum) survine din cauza presiunii asupra capului atunci când acesta îşi croieşte drum prin canalul de naştere. Umflătura dispare, de obicei, după câteva zile şi capul copilului revine curând la forma normală.

Cefalhematomul

Cefalhematomul (sânge sub scalp) este produsă de o uşoară sângerare. Umflătura este, de obicei, vizibilă doar la câteva ore de la naştere. Acest tip de contuzie se rezolvă adesea în primele 2-3 luni. Rareori este necesar tratament.

Fractura de claviculă

Fractura de claviculă este cea mai frecventă traumă osoasă în timpul travaliului şi naşterii, mai ales în naşterea dificilă a umărului. Un copil cu această traumă îşi mişcă foarte puţin braţul de partea afectată. Clavicula se vindecă surprinzător de repede la copil. De obicei, singurul tratament necesar constă în ameliorarea durerii.

Dizlocarea septului nazal

Dizlocarea septului nazal, cartilajul dintre orificiile nazale, îi dă nasului un aspect asimetric şi turtit. Copilul poate avea dificultăţi în alimentare şi unele probleme când respiră pe nas. Multe nasuri turtite se rezolvă spontan. Aplatizarea mai severă necesită o procedură minoră de repoziţionare a septului dislocat.

Paralizia de nerv facial

Presiunea asupra nervului facial în timpul travaliului poate produce reducerea până la dispariţie a mişcărilor muşchilor faciali ai copilului. Afecţiunea poate afecta chiar o jumătate a feţei copilului. Când copilul plânge, partea afectată a feţei nu se mişcă, iar gura este trasă într-o parte. Ochiul pe partea afectată nu se poate închide, iar colţul gurii cade. De obicei, însănătoşirea este rapidă şi completă.

Problemele respiratorii

La naştere, un copil trebuie să-şi umfle rapid cu aer plămânii şi, în acelaşi timp, să şi-i cureţe de fluid. Totodată, copilul are nevoie să-şi intensifice circulaţia în plămâni.

Un nou-născut trebuie să respire fără ca plămânii să colapseze de fiecare dată când expiră. Mulţi dintre copiii născuţi la termen pot face aceasta deoarece plămânii au avut timp să se dezvolte şi să acumuleze destulă substanţă lichidă numită surfactant. Surfactantul ajută la scăderea tensiuniii superficiale şi împiedică tendinţa la colaps a spaţiilor mici de aer din plămâni. Totuşi, mulţi copii prematuri şi chiar unii dintre copiii născuţi la termen au probleme respiratorii deoarece plămânilor lor le lipseşte iniţial surfactantul.

Problemele respiratorii la nou-născuţi sunt:

Sindromul de detresă respiratorie

Sindromul de detresă respiratorie (SDR) se caracterizează printr-o respiraţie dificilă, respiraţie care este aspră şi neregulată, cu mormăit, mişcări ale aripilor nasului şi, posibil, o culoare albastru-închis a pielii. SDR este un diagnostic corelat strict cu lipsa surfactantului. Severitatea SDR depinde de vârsta gestaţională a copilului şi de greutatea la naştere. Cu cât copilul este mai mic şi prematur, cu atât mai mare este riscul de a avea SDR. Afecţiunea este rareori prezentă la copiii născuţi la termen. Băieţii sunt mai afectaţi decât fetele, iar copiii albi mai mult decât cei de culoare.

În general, SDR se observă la câteva minute de la naştere. La unii copii detresa la naştere este atât de severă încât necesită resuscitare. Examenele de sânge şi radiologice pentru plămâni pot stabili diagnosticul.

Când copilul dumneavoastră se naşte cu SDR, va avea nevoie să fie dus într-o secţie de terapie intensivă, unde semnele lui vitale să fie monitorizate permanent. Hrana şi lichidele le va primi intravenos. Mulţi copii în situaţia aceasta au nevoie de respiraţie asistată. Un tub respirator ataşat la un ventilator poate fi introdus prin gura copilului în trahee, pentru a ajuta respiraţia. Unii copii sunt ajutaţi cu un tub în nas sau cu o mască pe faţă pentru a menţine continuu o presiune pozitivă în căile respiratorii.

Copiilor cu SDR sever li se poate administra surfactant direct în plămâni. Alte medicamente utilizate la copiii cu SDR sunt diureticele pentru a creşte producţia de urină şi a elibera organismul de lichidele în plus, cortizoni pentru a reduce inflamaţia în plămâni, bronhodilatatoare pentru a scădea wheezing-ul şi Teofilină sau cafeină pentru a stimula respiraţia.

Scopul în îngrijirea copiilor cu sindrom de detresă respiratorie

este de a ţine departe complicaţiile până când plămânul se va dezvolta. Graţie secţiilor speciale de neonatologie şi medicilor neonatologi, asistentelor medicale şi terapeuţilor pe probleme respiratorii, rata mortalităţii la copiii cu SDR a scăzut constant.

Tahipneea tranzitorie

Tahipneea tranzitorie este o formă de detresă respiratorie care apare după o naştere pelvină obişnuită sau după o cezariană, atât la prematur cât şi la copilul la termen.

Copiii născuţi cu această formă de detresă adesea nu au nici un alt semn de boală în afara unei respiraţii rapide, superficiale. La unii copii, pielea poate avea o nuanţă albăstruie care se poate ameliora cu mici cantităţi de oxigen inhalat.

Diferit de copiii cu SDR, aceşti copii rareori arată grav bolnavi şi cei mai mulţi îşi revin în 3 zile. Tratamentul poate include administrare de oxigen până la ameliorarea respiraţiei, adesea în primele 12-24 de ore. Dacă respiră prea des pentru a fi hrănit oral, va fi necesară hrănirea intravenoasă. De obicei, nici un alt tratament nu este necesar.

Pneumotoraxul

Orice copil se naşte cu plămâni colapsaţi. Unul dintre miracolele naşterii este că, numai după câteva sufluri, plămânii se umflă şi copilul începe să respire. Oricum, sunt necesare variaţii presionale importante pentru a umfla plămânii pentru prima dată.

Uneori, plămânii chiar nu se umflă şi diferenţele de presiune pot produce o afecţiune numită pneumotorax, în care se rup sacii cu aer (alveolele) din micuţii plămâni.

Aceste rupturi permit aerului să se scurgă în spaţiile dintre membranele subţiri care acoperă plămânii (pleură) şi peretele interior al toracelui. Această arie este numită spaţiu pleural. Dacă o cantitate mică de aer se scurge, copilul va avea o respiraţie mai puţin amplă, rapidă şi mormăitoare şi, probabil, un pat unghial şi buze albăstrui (cianoză). Dacă se scurge o cantitate mare de aer, copilul poate dezvolta brusc probleme respiratorii severe.

Pneumotoraxul poate fi foarte serios dacă un plămân colapsează brusc, dar, în cele mai multe cazuri, scurgerea de aer este mică şi aerul se resoarbe singur. Uneori, nu este necesar nici un tratament specific. Pneumotoraxul poate fi tratat administrându-i copilului un plus de oxigen pentru a respira câteva ore. În cazuri severe de pneumotorax, aerul care s-a scurs în piept poate fi eliminat printr-un tub introdus în spaţiul dintre coaste (peretele toracic) şi plămân.

Displazia bronhopulmonară

Dificultăţile respiratorii asociate naşterii premature, în general se ameliorează în zile sau săptămâni. Copiii prematuri care încă mai necesită ajutor prin ventilaţie sau suplimentare de oxigen după o lună se consideră că au displazie bronhopulmonară (BPD).

Semnele şi simptomele BPD sunt respiraţia rapidă, wheezingul, tusea şi coloraţia albăstruie a patului unghial şi a buzelor (cianoză). BPD este adesea suspectat la copiii cu SDR care nu se vindecă repede.

Copiii cu BPD au nevoie de mai mult oxigen pe o perioadă mai mare de timp şi mulţi dintre ei necesită câteva medicamente. Majoritatea se vindecă încet în câteva luni.

Abstinenţa medicamentoasă

Copilul unei mame care a luat frecvent medicamente ce dezvoltă dependenţă pe durata sarcinii poate evolua spre sindrom de abstinenţă la naştere. Medicamentele care pot produce abstinenţă la copii sunt narcoticele (heroină, morfină, betadonă), barbituricele (mai ales fenobarbital), analgezice, tranchilizantele, sedativele, amfetaminele şi Fenciclidina (PCP).

Copilul poate manifesta iritabilitate, plâns ascuţit, probleme de somn şi de nutriţie, diaree, vărsături şi convulsii. Dacă mama este dependentă de barbiturice, sindromul de abstinenţă la copil poate să nu apară până în a 7-a – a 10-a zi de la naştere. Copilul poate avea şi risc crescut de afecţiuni datorate unei creşteri intrauterine deficitare.

Dacă simptomele de abstinenţă sunt uşoare, ele pot fi tratate prin asigurarea unui ambient liniştit, confortabil, cu schimbarea scutecelor, mângâieri şi mese dese. Dacă simptomele sunt severe, sunt necesare medicamente. Se utilizează cele mai mici doze de medicament care alină simptomele. După ce nou-născutul nu mai are simptome câteva zile, doza se scade treptat.

Bolile sistemului nervos central

Sistemul nervos central constă din creier şi măduva spinării. Cele 3 afecţiuni congenitale importante ale sistemului nervos central sunt: spina bifida, hidrocefalia şi paralizia cerebrală.

Spina bifida

Spina bifida este un defect de formare a unei porţiuni a coloanei vertebrale şi ţesuturilor din jur. Acest defect poate apărea la orice nivel, dar este mai frecvent la baza spatelui. Aproximativ 1 din 1000 de nou-născuţi din SUA au spina bifida.

Copiii născuţi cu spina bifida au o umflătură a membranelor care învelesc coloana vertebrală (mielomeningocel), care produce o scădere a controlului neurologic al picioarelor, vezicii urinare şi intestinului.

Chirurgia este necesară imediat după naştere. Spatele copilului este închis pentru a scădea riscul de infecţii şi pentru a menţine funcţia coloanei vertebrale. Pot fi necesare şi alte intervenţii chirurgicale, precum şi alte forme de tratament din cauza hidrocefaliei şi paraliziei produse eventual de spina bifida.

Unii copii cu spina bifida pot avea dificultăţi de învăţare, dar o intervenţie timpurie poate ajuta în

pregătirea lor pentru şcoală. Alţi copii pot avea probleme cu mobilitatea şi să aibă nevoie de cârje, brasarde sau scaune cu rotile.

Hidrocefalia

Hidrocefalia este o acumulare excesivă de lichid în creier din cauza dezechilibrului dintre producţia de lichid cefalorahidian (LCR) şi capacitatea sa de absorbţie. Uneori cauza este un blocaj al căilor de scurgere normală a lichidului. Hidrocefalia la copilul mic duce la mărirea capului. Poate afecta 1 din 500 de copii.

Cel mai evident semn al hidrocefalieie congenitale este un cap anormal de mare. Dacă fătul are capul atât de mare încât naşterea vaginală este imposibilă, se indică cezariană. În unele cazuri, capul copilului poate fi normal la naştere, dar creşte apoi anormal de repede.

Hidrocefalia poate fi depistată în timpul unei ecografii prenatale, dar, adesea, este descoperit imediat după naştere sau în primii ani. Tomografia computerizată (CT) sau rezonanţa magnetică nucleară (RMN) sunt utile pentru a diferenţia hidrocefalia de alte afecţiuni şi pentru a găsi cauza.

Scopul tratamentului este de a stabili echilibrul între producerea şi absorbţia lichidului cefalorahidian. Adesea medicaţia este eficienă, dar hidrocefalia necesită de multe ori şi plasarea chirurgicală a unui sistem de shunt, care direcţionează LCR din interiorul creierului spre o altă zonă a corpului în care poate fi uşor absorbit. Shunt-urile adesea salvează viaţa. Pot surveni complicaţii cum ar fi defectul mecanic al shunt-ului sau infecţiile.

Deşi hidrocefalia comportă riscuri atât pentru dezvoltarea cognitivă cât şi pentru cea fizică, cu ajutorul tratamentului medical, mulţi copii pot trăi normal, doar cu anumite limitări.

Paralizia cerebrală

Paralizia cerebrală este una dintre cele mai frecvente probleme cronice de sănătate la copii. Se referă la anomaliile centrului motor produse de traumatisme ale creierului copilului la începutul dezvoltării sale. Traumatismul poate surveni imediat înainte de naştere sau în timpul ei, ori în primele luni de la naştere.

În fiecare an, aproximativ 8000 de copii din SUA sunt diagnosticaţi cu paralizie cerebrală. Există multe cauze ale paraliziei cerebrale: circulaţia anormală a sângelui în ţesutul cerebral, creşterea şi dezvoltarea anormale ale creierului în prima parte a sarcinii, traumatismele creierului în timpul travaliului sau naşterii, infecţia în creier sau în vecinătatea lui sau hemoragia din creier. Adesea nu există nici o cauză evidentă.

Paralizia cerebrală nu este ameninţătoare de viaţă, dar necesită îngrijire pe termen lung. Nu există tratament pentru paralizia cerebrală, dar, în unele cazuri, chirurgia poate reduce spasticitatea şi deformările care rezultă. Tratamentul cuprinde câteva tehnici: dispozitive cum ar fi brasardele şi premergătoarele, pentru a creşte mobilitatea, educaţie specială pentru a compensa dificultăţile motorii ale copilului şi orice probleme de învăţare, precum şi exerciţii făcute din timp, de întindere, pentru a ajuta muşchii să rămână funcţionali şi a evita contractura. O contractură scurtează muşchii sau relaxează ţesuturile, făcând dificilă flectarea în zona muşchilor afectaţi.

Paralizia cerebrală se clasifică în următoarele 4 categorii:

Paralizia cerebrală spastică

Paralizia cerebrală spastică este cel mai fecvent tip de paralizie cerebrală. Un copil cu paralizie cerebrală spastică are persistenţa anormală a câtorva reflexe de nou-născut. Un reflex hiperactiv de apucare îl face să ţină mâna strânsă tare în pumn. Pe măsură ce va creşte, membrele devin mai spastice şi mai rigide.

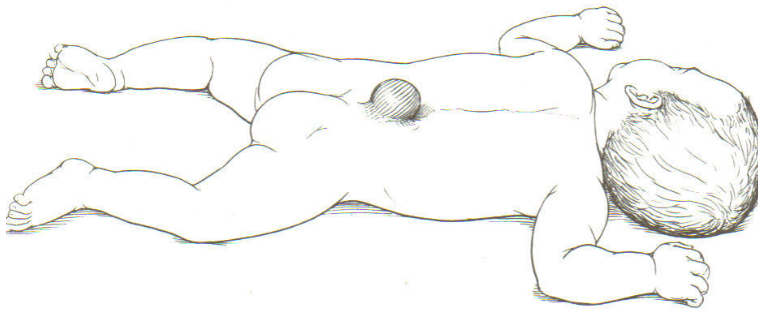
Toate membrele pot fi afectate (cvadriplegie spastică). Când survine aceasta, există şi un anumit grad de retard mental.

Mai dese sunt convulsiile. Când braţele sunt afectate mai puţin, starea este numită diplegie. Copiii cu diplegie pot deprinde o bună utilizare a mâinilor. Inteligenţa lor este anormală sau aproape normală, dar au unele dificultăţi în a desena şi a scrie.

Copiii cu paralizie doar pe o parte a corpului (hemiplegie spastică) tind să aibă inteligenţa normală, chiar dacă unii pot fi sub normal.

Paralizia cerebrală atetoidă

Paralizia cerebrală atetoidă (dischinetică) este caracterizată prin mişcări necontrolate, lente, de zbatere. Aceste mişcări anormale afectează, în general, mâinile, picioarele, braţele sau gambele şi, în multe cazuri, muşchii feţei şi ai limbii, producând grimase şi scurgere de salivă. Copiii cu această fromă de paralizie cerebrală pot avea şi probleme de



O pungă proeminentă de membrane acoperind coloana vertebrală (mielomeningocel) apare la nou-născuţii cu spina bifida.

coordonare a mişcărilor muşchilor necesari vorbirii. Paralizia cerebrală atetoidă afectează aproximativ 10-20% din copiii cu paralizie cerebrală.

Paralizia cerebrală ataxică

Paralizia cerebrală ataxică este rară. Ea afectează echilibrul şi percepţiile fine. Indivizii cu această formă de paralizie cerebrală au adesea o coordonare slabă şi merg clătinat, cu bază mare de sprijin, plasând picioarele la o distanţă exagerat de mare între ele. Pot avea, de asemenea, dificultăţi în mişcările de precizie sau rapide, ca scrisul sau încheiatul unui nasture.

Formele mixte

Este obişnuit la copiii cu paralizie cerebrală să existe mai mult de una dintre cele 3 forme amintite. Cea mai întâlnită combinaţie include spasticitatea şi mişcările atetoide.

Bolile congenitale cardiace

Aproximativ 1 din 125 de nou-născuţi are o boală congenitală cardiacă. Defectele cardiace se întind de la forme minore la forme severe, cele mai multe fiind uşoare. Riscul de a avea un copil cu boală cardiacă poate fi mai mare dacă dumneavoastră sau alţi membri ai familiei aveţi sau aţi avut un copil cu o boală congenitală.

Cauza exactă a bolii congenitale cardiace este rareori găsită. Defectele genetice şi anumite infecţii virale din timpul sarciniii pot fi cauze. Unele anomalii cromozomiale, ca acelea care produc sindromul Down, se asociază cu defectele cardiace. Infecţii ca pojărelul (rubeola) contractate de mamă în primele 2 luni de sarcină, de asemenea cresc riscul de defect congenital cardiac.

Datorită progreselor recente din chirurgia cardiacă, multe dintre defectele cardiace pot fi tratate cu succes.

Defectul septal ventricular

Defectul septal ventricular (DSV) este cea mai cunoscută malformaţie cardiacă, reprezentând 20 - 25% din totalul bolilor congenitale cardiace. Un copil cu această afecţiune are un orificiu între cavităţile de jos ale inimii sale (ventriculi), ceea ce produce o creştere a fluxului de sânge sub presiune mare către plămân.

Simptomele DSV depind de mărimea defectului. Problema ar fi descoperirea în timpul unui examne fizic de rutină, când doctorul detectează un suflu cardiac. Copiii născuţi cu defect mare dezvoltă hipertensiune pulmonară, se hrănesc dificil, transpiră puţin, fac infecţii pulmonare recurente şi insuficienţă cardiacă în primii ani de viaţă. Copiii cu defecte ventriculare mici pot să nu aibă nici un simptom. Defectul septal ventricular mic se poate închide singur, fără tratament.

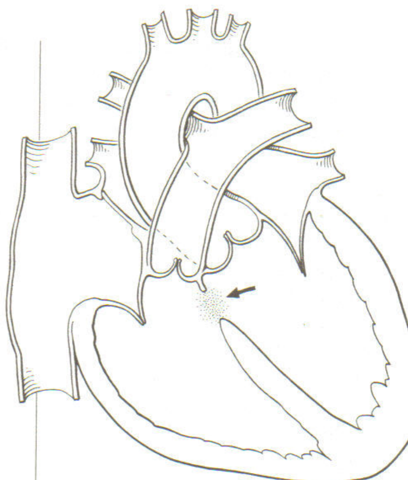
Tratamentul depinde de mărimea defectului. Dacă medicamentele nu dau rezultate, trebuie făcută o operaţie de închidere a defectului înainte de vârsta de 1 an.

Defectul septal atrial

Defectul septal atrial (DSA) este un orificiu în partea de sus a inimii, între cele două cavităţi (atrii), care produce un flux anormal de sânge. E mai frecventă la copiii de sex feminin decât la cei de sex masculin şi adesea apare la copiii cu sindrom Down. DSA reprezintă 8-13% din totalul bolilor congenitale cardiace. Copiii cu această afecţiune adesea nu au nici un simptom. Închiderea chirurgicală este tratamentul recomandat. Aceasta se face pe la vârsta de 4 ani.

Persistenţa canalului arterial

Canalul arterial este un vas care pleacă din artera pulmonară spre aortă când copilul este în uter. Acesta se închide în mod normal imediat după naştere. Dacă nu, sângele circulă între artera pulmonară şi aortă. Persistenţa canalului arterial (PCA) reprezintă cam 6-11% din bolile congenitale cardiace.



O deschidere nedorită între 2 cavităţi ale inimii – defect septal ventricular (vezi săgeata) – permite sângelui să circule sub presiune mare spre plămân. În multe cazuri, defectul se rezolvă de la sine, dar în anumite situaţii se impune corectarea chirurgicală.

La prematuri, canalul arterial nu se închide spontan. PCA apare mai des la copiii de sex feminin, la copiii născuţi la mare altitudine şi la copii din mame care au avut pojărel (rubeolă) în primele luni de sarcină.

Când canalul arterial este mic, adesea nu este prezent nici un simptom. Un canal arterial mare produce suflu cardiac, hipertensiune pulmonară şi deficit de creştere. La copilul prematur, canalul se închide de la sine în săptămâni sau luni. La copiii ale căror canale arteriale rămân deschise poate fi necesară chirurgia. Aceasta se practică pe la vârsta de 1-2 ani.

Coarctaţia de aortă

Coarctaţia de aortă duce la o presiune mare a sângelui deasupra obstrucţiei. Iniţial nu este evident nici un simptom. Obstrucţiile semnificative vor fi rezolvate chirurgical înainte de vârsta de 6 ani. În cazurile severe, chirurgia poate fi necesară mai devreme.

Stenoza aortică

Stenoza aortică reprezintă îngustarea valvei prin care sângele părăseşte inima pentru a intra în aortă. Stenoza severă, care se poate asocia cu dificultăţile respiratorii, este, în general, depistată în copilărie. Stenoza mică sau moderată poate să nu prezinte nici un simptom important, dar, în timpul unui examen fizic de rutină, doctorul poate detecta un suflu cardiac. Afecţiunea este mai frecventă la sexul masculin.

Chirurgia este necesară în tratarea stenozei severe. Copiii cu obstrucţie mică sau moderată trebuie să fie periodic examinaţi din cauza posibilităţii de creştere a obstrucţiei.

Tetralogia Fallot

Tetralogia Fallot constă în: defect septal ventricular larg, obstrucţia fluxului de sânge din ventriculul drept către arterele plămânului (arterele pulmonare) şi o modificare a poziţiei aortei în dreapta inimii. În plus, ventriculul drept este mărit. Rezultă o scădere a fluxului de sânge în plămân.

Principalul semn al afecţiunii este o tentă albăstruie a pielii (cianoză). Manifestările tetralogiei Fallot apar lent în timpul primului an de viaţă. Uneori, problema este vizibilă la naştere.

Scopul tratamentului este furnizarea unui flux crescut de sânge spre plămâni. O operaţie pe inimă este tratamentul uzual o dată ce copilul a mai crescut, dar uneori se impune chiar mai devreme.

Stenoza pulmonară

Stenoza pulmonară este o obstrucţie a fluxului de sânge de la inimă către artera pulmonară. Obstrucţia mică sau moderată poate să nu producă simptome. Un nou-născut cu o obstrucţie severă are o tentă albăstruie a pielii şi prezintă semne de insuficienţă cardiacă. În cazuri severe, insuficienţa cardiacă de tip congestiv poate surveni în prima lună de viaţă. Copiii cu obstrucţie mică spre moderată pot duce o viaţă normală, dar ar trebui urmăriţi regulat de doctor. Cei cu stenoză mai severă pot necesita o procedură de deschidere a valvei.

Transpoziţia marilor vase

Transpoziţia marilor vase este o afecţiune complexă în care două artere care pleacă de la inimă sunt inversate. Sângele care vine spre inimă din corp este pompat înapoi în corp fără a trece prin plămâni. Copiii cu această boală sunt adesea de culoare albastru-închis (cianoză severă) şi au nevoie de îngrijire medicală imediată. Există anumite proceduri chirurgicale pentru a trata problema.

Bolile congenitale digestive şi respiratorii

Există multe boli congenitale ale tractului digestiv, unele dintre ele putând produce obstrucţia parţială sau completă a tranzitului intestinal sau scaunului. Cele mai cunoscute obstrucţii cuprind prima parte a intestinului subţire (duoden) sau partea de jos a tractului gastrointestinal (rect şi anus).

Stenoza pilorică

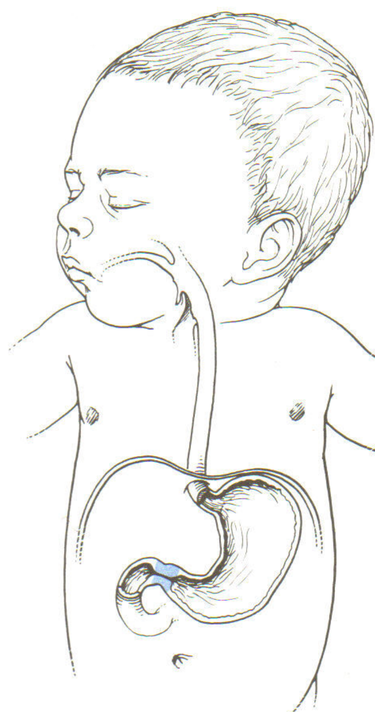
Stenoza pilorică este o îngustare a pilorului, o deschidere a stomacului prin care hrana şi alte componente intră în intestinul subţire. Deşi nu se cunoaşte cauza exactă, frecvenţa în familie a acestei boli poate fi un factor în dezvoltarea ei. Stenoza pilorică apare mai des la sexul masculin, afectând aproximativ 1 din 4000 de copii.

Când copilul dumneavoastră are stenoză pilorică, simptomele încep, de obicei, în a doua sau a treia săptămână de viaţă. Semnele şi simptomele de început sunt regurgitarea şi posibilele vărsături, uneori vărsături explozive. După ce semnele şi simptomele s-au manifestat timp de aproximativ o săptămână, copilul începe să vomite mai puternic (vărsături în jet). Rareori, voma va conţine sânge. Vărsăturile apar în timpul mesei sau imediat după, dar pot să dureze ore. După ce varsă, copilul este frământat şi vrea din nou să mănânce.

Un copil cu stenoză pilorică are scaune foarte reduse cantitativ, deoarece puţină hrană ajunge în intestin. Copilul poate scădea în greutate şi să devină deshidratat. Ochii pot părea înfundaţi şi obrajiii ridaţi. Copiii cu stenoză pilorică par agitaţi, dar nu au dureri mari.

Stenoza pilorică de obicei poate fi diagnosticată pe baza istoricului de hrănire a copilului şi prin identificarea unei mase pilorice la examinarea abdomenului. De obicei se face un examen ecografic. Afecţiunea necesită, de obicei, o operaţie urmată de rehidratare prin perfuzie intravenoasă. La 6 ore după operaţie copiii pot primi oral hrană.

Cantitatea de hrană este crescută gradat. Mulţi copii pot



Stenoza pilorică este o îngustarea deschiderii stomacului (pilor) prin care conţinutul stomacului trece în intestinul subţire. Afecţiunea necesită, în general, tratament chirurgical.

merge acasă după aproximativ 2 zile de la operaţie. O altă opţiune poate fi una nechirurgicală constând în dilatarea endoscopică cu balon. Prognosticul pentru un copil cu stenoză pilorică este, în general, foarte bun, depinzând de cât de precoce este pus diagnosticul şi de starea generală a copilului.

Atrezia esofagiană

Dacă un copil se naşte cu atrezie esofagiană, tubul care merge din gât către stomac (esofagul) nu este normal conectat. Această afecţiune se poate asocia cu alte boli, care adesea implică tubul care porneşte din laringe către plămâni (trahee).

Semnele şi simptomele atreziei esofagiene se observă adesea după naştere. Copilul poate avea o cantitate neobişnuit de mare de secreţii, care vin din gură, ori poate să se înece, să tuşească sau să se coloreze în albastru când încearcă să mănânce. Copiii cu o astfel de boală au nevoie de tratamentul chirurgical. Dacă segmentul nedezvoltat este scurt, trebuie reparat imediat. Dacă segmentul este lung, se va aştepta ca esofagul să crească, înainte de a încerca vreo reparaţie. În acest scop, se plasează temporar un tub prin peretele abdominal în stomac pentru hrănire.

Atrezia biliară

Atrezia biliară constă din obstrucţia canalelor bliare. Afectează aproximativ 1 din 15000 de nou-născuţi. Copiii cu atrezie biliară au o incidenţă crescută de alte anomalii abdominale. Scaunele sunt palide până la alb şi ficatul poate fi mărit.

Dacă un copil are atrezie biliară doctorul poate recomanda o procedură numită operaţia Kasai, care conectează ficatul la intestinul subţire, ocolind ductele malformate. Copiii cu atrezie biliară au adesea inflamaţie persistentă a ficatului chiar după intervenţia chirurgicală. Unii pot, în final, să necesite transplant de ficat.

Atrezia intestinală

Atrezia intestinală presupune o obstrucţie a intestinului, care poate apărea oriunde în intestin. O obstrucţie înaltă este localizată chiar lângă deschiderea stomacului sau în partea superioară a intestinului subţire. Produce vărsături, care tind să persiste chiar când mesele sunt rărite. Un copil cu obstrucţie în partea inferioară a intestinului subţire sau în colon poate avea abdomenul destins, adesea acompaniat, mai târziu, de vărsături. Vărsăturile cu material galben-verzui (bila) trebuie întotdeauna investigate de doctor.

Un copil cu obstrucţie intestinală, în general, nu are scaune, deşi scaunele de meconiu pot apărea în primele zile de viaţă dacă obstrucţia este plasată în partea superioară a intestinului subţire.O obstrucţie poate fi completă sau parţială. Când copilul are o obstrucţie parţală, simptomele pot să nu apară imediat.

Tratamentul depinde de tipul de obstrucţie. O obstrucţie completă necesită prompt chirurgie pentru a evita complicaţiile severe. O obstrucţie parţială poate şi ea necesita chirurgie, dar o obstrucţie minoră poate să nu aibă nevoie de intervenţie chirurgicală. Cu un diagnostic prompt şi un tratament corect, cei mai mulţi copii se vindecă total de atrezie intestinală.

Boala Hirschprung

Un copil născut cu boala Hirschprung va dezvolta gradat un colon anormal de mare (dilatat). Această boală, numită şi megacolon congenital se datorează unei incapacităţi a muşchilor colonului de a împinge scaunul prin anus. Boala Hirschprung reprezintă aproximativ 25% din obstrucţiile intestinale la nou-născuţi.

Semnele precoce sunt încetinirea sau incapacitatea de a elimina scaunul meconial sau de a avea scaun, vărsăturile şi distensia abdominală. După examenul rectal, copilul poate avea scaune abundente. Deshidratarea şi scăderea în greutate sunt, de asemenea, obişnuite. Mulţi copii cu boala Hirschprung au alternativ constipaţie şi diaree.

Tratamentul pentru boala Hirschprung începe, în general, cu o operaţie în care se face o deschidere în partea exterioară a abdomenului (colostomă) pentru ca scaunul să fie eliminat într-un recipient. Este o măsură temporară. Deschiderea este închisă printr-o altă operaţie în cursul căreia porţiunea anormală a colonului este îndepărtată – în general când copilul este la vârsta de 12-18 luni – şi colonul este cusut la loc. Tratamentul este foarte eficient pentru reluarea scaunelor normale, deşi episoadele continue de constipaţie sau de diaree pot reprezenta uneori o problemă.

Imperforaţia de anus

Bolile congenitale ale anusului şi ale rectului sunt obişnuite, reprezentând 1 din 500 de cazuri. Copiii născuţi cu probleme anale sau rectale au o incidenţă mai mare de alte defecte congenitale, cum ar fi tulburările de tract urinar.

Un copil născut cu o imperforaţie de anus are deschiderea canalului anal obstruată, ceea ce împiedică trecerea scaunului. Imperforaţia de anus este uneori evidentă la o examinare sau poate fi suspectată la un copil care nu elimină scaunul de meconiu în primele zile de la naştere.

Tratamentul depinde de localizarea obstrucţiei. Dacă deschiderea anală este doar îngustată, se poate folosi un instrument pentru a dilata deschiderea. Adesea necesită intervenţie chirurgicală. Cu cât este mai înaltă obstrucţia, cu atât are nevoie de o intervenţie chirurgicală mai amplă. Unii copii necesită reconstrucţia completă a anusului. Alţii au nevoie doar de o deschidere temporară în afara corpului (colostomă) în primele 6-12 luni de viaţă.

Copiii cu obstrucţie anală joasă, în general se simt bine după intervenţia chirurgicală şi capătă un control intestinal normal. Când obstrucţia este înaltă, poate exista eliminare involuntară de scaun.

Hernia diafragmatică

Hernia diafragmatică apare când există o deschidere care permite unei părţi a conţinutului abdominal să treacă în cavitatea toracică. În cazurile severe, întregul stomac şi mare parte din intestine pot deplasa inima şi plămânii.

Această afecţiune este, în general, ameninţătoare de viaţă la puţin timp de la naştere şi necesită intervenţie chirurgicală de urgenţă. O formă rară de hernie diafragmatică, cu apariţie târzie, poate fi suspectată la un copil care are vărsături, dureri colicative severe, disconfort după masă şi constipaţie. Foarte rar, boala produce doar simptome minime şi este descoperită incidental la un examen radiologic de rutină.

Omfalocelul şi gastroschizisul

În timpul dezvoltării fetale normale, organele abdominale se dezvoltă iniţial în afara cavităţii abdominla şi apoi se mută în abdomen într-o anumită ordine. Atât în omfalocel cât şi în gastroschizis, unul sau mai multe organe abdominale (intestin, stomac, ficat, splină) rămân în afara abdomenului la naştere.

Când organele se află într-un înveliş protector de ţesut care proemină prin ombilic, afecţiunea se numeşte omfalocel. Când protruzionează printr-o deschidere mai sus de ombilic, se numeşte gastroschizis. În acest caz, organele nu mai sunt protejate printr-un înveliş şi pot fi serios afectate. În ambele cazuri, trebuie intervenit imediat şi vindecarea poate fi lentă.

Bolile genetice

Faptul că bebeluşul dumneavoastră se naşte sănătos sau cu o boală genetică este determinat de interacţiunea genelor copilului (fragmente de ADN) cu mediul în care se dezvoltă. Genele determină multe dintre caracteristicile copilului, caracteristici care se transmit de la o generaţie la alta. De obicei, aceasta se produce inevitabil. Uneori survin schimbări neaşteptate numite alteraţii (mutaţii) sau sunt moştenite de la un părinte.

Deşi majoritatea cauzelor alteraţiilor genetice sunt necunoscute, diverşii agenţi de mediu ca radiaţiile, virusurile şi substantele chimice sunt printre factorii care au fost identificaţi. Pentru mai multe informaţii cu privire la genetică vezi cap. 18, „Genetica şi bolile".

Emfizemul congenital

Emfizemul congenital (emfizemul infantil) apare când o porţiune de plămân nu se dezvoltă normal. Aerul intră în plămânii unui copil, dar la ieşirea lui există dificultăţi. Partea afectată a plămânului devine hiperinflată şi aerul se poate strecura afară, în spaţiile din jurul plămânilor. În cele mai multe cazuri doar un lob este afectat, de obicei lobul superior.

Emfizemul congenital lobar este aproape întotdeauna depistat în cursul celei de-a doua săptămâni de viaţă. Semnele şi simptomele sunt: reducerea amplitudinii respiratorii, cu wheezing şi o tentă albăstruie a patului unghial şi a buzelor (cianoză). În majoritatea cazurilor, nu se identifică nici o cauză. Plămânii copilului e posibil să nu se fi dezvoltat complet sau ceva să fi obstrucţionat calea respiratorie. O radiografie de torace arată hiperinflaţia lobului afectat şi poate evidenţia un blocaj al unei căi respiratorii. Dacă simptomele sunt severe, poate fi necesară înlăturarea lobului afectat.

Alte boli congenitale

Unii copii se nasc cu o boală congenitală care nu este evidentă fizic. De exemplu, trăsături ca: urechi mici, faţă turtită şi ochi orientaţi oblic în sus sunt caracteristicile unui copil cu sindrom Down.

Sindromul Down

Sindromul Down rezultă dintr-un surplus de material genetic de la cromozomul cu numărul 21, care creează 3 variante ale acestui cromozom în loc de două în mod normal. Sindromul Down este cea mai cunoscută boală cromozomială. Se estiemază că 1 din 800 până la 1000 de copii se nasc cu această boală.

Şansa ca o femeie să dea naştere unui copil cu sindrom Down creşte cu vârsta. La femeile de 25 de ani riscul de a avea un copil cu acest sindrom este de 1 din 1 250. La femeile de 35 de ani riscul este de 1 la 400, iar la cele de 40 de ani este de 1 din 100.

Un copil născut cu sindrom Down poate avea anumite caracteristici distincte cum ar fi: cap mic, urechi mici, faţă turtită şi ochi orientaţi oblic în sus. Degetele copilului sunt adesea relativ scurte şi mâinile au, în multe cazuri, o singură linie în palmă.

Copiii născuţi cu sindrom Down pot fi iniţial de înălţime normală, dar apoi cresc încet şi rămân mici. Au întârziri în dezvoltare, care pot merge de la medie până la severă. De asemenea, au un risc crescut de boli congenitale cardiace şi gastrointestinale.

Copiii cu sindrom Down au risc mare de probleme ca infecţiile respiratorii, tulburări de vedere, funcţie tiroidiană scăzută şi leucemie.

Nu există tratament specific pentru sindromul Down. Bolile de inimă sau de alt tip care se asociază pot fi tratate cu succes prin chirurgie. Mulţi copii cu sindrom Down sunt fericiţi, afectuoşi şi sociabili. Mulţi dintre ei merg la şcoală, învaţă să scrie şi să citească, îşi găsesc o slujbă şi, eventual, duc o viaţă independentă sau semiindependentă.

Bolile extremităţilor superioare

Uneori un copil se naşte cu mâini, braţe sau degete în plus, lipsă sau deformate.

Absenţa parţială sau totală a extremităţilor superioare

Un copil se poate naşte fără o parte a unui deget sau, în cazuri rare, poate lipsi întregul membru superior. Oricât de trist ar fi pentru părinţi, copilul se poate, totuşi, descurca. Ca şi la adulţii cărora le lipsesc membre, se pot folosi proteze, pentru nou-născuţi şi copiii mici. O proteză poate fi montată de îndată ce copilul cu un singur membru superior poate sta în şezut. Mulţi copii evoluează foarte bine astfel, fără nici un tratament ulterior.

Polidactilismul

Polidactilismul este prezenţa în plus a unui deget sau unor degete, mai frecvent un deget mic sau mare în plus. Afecţiunea este mai frecventă la bebeluşii de culoare. Adesea degetul în plus constă doar din piele şi un şanţ moale şi poate fi uşor îndepărtat. Dacă degetul suplimentar conţine os sau cartilaj, înlăturarea poate necesita tot intervenţie chirurgicală asupra acelei structuri şi se practică, de obicei, după câteva luni de viaţă.

Sindactilismul

Sindactilismul degetelor înseamnă o lipire a degetelor. Deoarece degetele au mărimi diferite, unirea degetelor nu se face liniar şi degetele sunt dificil de utilizat. Afecţiunea este corectată chirurgical. Fără chirurgie probabli copilul nu va reuşi să-şi folosească eficient mâinile.

Mâna în crosă de golf

Mâna în crosă de golf, o anomalie rară, se datorează absenţei osului antebraţului din dreptul degetului mare (radius) sau osului mai mare al antebraţului, de partea opusă (ulna). Tratamentul include întinderea ţesuturilor moi ale braţului în timpul copilăriei. Mai târziu este necesară o operaţie pentru repoziţionarea osului, dar păstrarea noii poziţii poate fi o problemă. Sunt necesare câteva intervenţii chirurgicale în copilărie. Copilul cu această afecţiune poate să aibă şi o incidenţă mai mare a problemelor cardiace şi sangvine.

Afecţiunile extremităţilor inferioare

Membrele inferioare ale unui nou-născut sunt proporţional mai lungi şi mai subţiri decât ale unui copil mai mare, iar articulaţiile gleznei şi ale piciorului sunt foarte flexibile. Adesea, membrele inferioare, deşi normale, pot să aibă o poziţie anormală.

Răsucirea piciorului înăuntru sau în afară

Sunt afecţiuni în care atât piciorul cât şi gamba sunt răsucite spre interior sau spre exterior. Starea este agravată dacă bebeluşul doarme pe burtă. Ambele situaţii sunt deformări poziţionale sau posturale care se rezolvă spontan pe măsură ce copilul creşte şi se dezvoltă. Tratamentul este rareori necesar.

Sindactilismul degetelor de la picior

Sindactilismul degetelor de la picior înseamnă o lipire a lor. Rareori reprezintă mai mult decât o problemă estetică. Cicatricele şi distorsiunile chirurgicale pot fi chiar mai vizibile decât degetele lipite. Spre deosebire de lipirea degetelor de la mână, degetele lipite de la picioare funcţionează normal.

Piciorul în crosă de golf

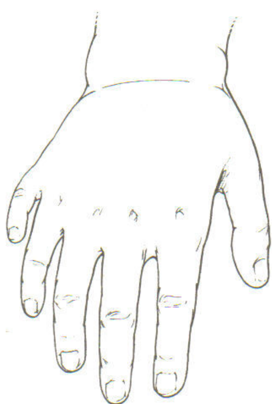
Piciorul în crosă de golf apare aproximativ la 1 din 700 de naşteri. Denumirea descrie anomalii severe ale membrului inferior în care acesta este modificat ca formă sau ca poziţie. În majoritatea cazurilor este răsucit spre interior sau spre exterior, are o curbură pronunţată, iar coapsa este răsucită spre interior. Aproape 50% dintre copiii cu picior în crosă de golf au anomalii la ambele picioare.

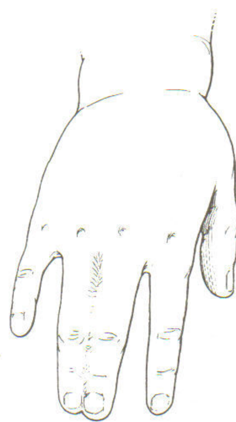
Tratamentul precoce este esenţial şi va începe imediat după naştere. Membrul inferior este aranjat în poziţie normală şi apoi ţinut în acea poziţie de un mulaj. Procesul se repetă la câteva zile în timpul primelor 2 săptămâni de tratament, apoi la 1-2 săptămâni. Dacă metoda are succes, pantofii ortopedici pot menţine această poziţie. Dacă metoda nu corectează problema, poate fi necesară o operaţie pe la vârsta de 4-18 luni.

Deşi poziţia corectată a piciorului în crosă de golf poate arăta relativ normal, membrul inferior nu va avea niciodată pe de-a-ntregul contururile normale, iar gamba va fi, în cele mai multe cazuri, mai subţire decât normal. Este necesar un tratament ortopedic în copilărie în cazul nou-născutului cu picior în crosă de golf.

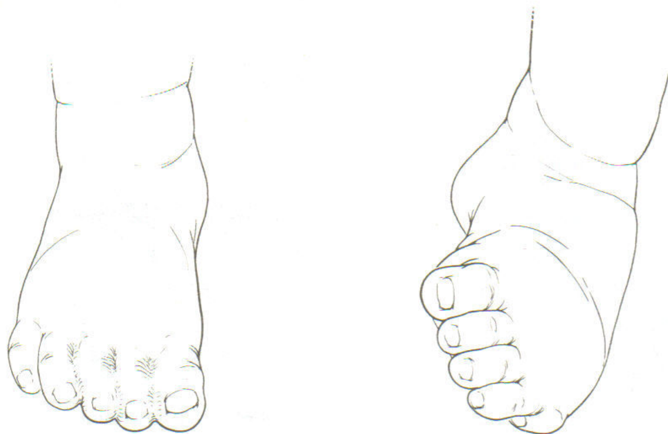
Polidactilismul

Polidactilismul face dificilă găsirea încălţămintei potrivite. De cele mai multe ori degetele în plus sunt îndepărtate chirurgical. Operaţia nu trebuie făcută până





Atât polidactilismul, o diformitate congenitală a mâinii în care nou-născutului are un deget în plus, cât şi sindactilismul, lipirea degetelor, pot fi tratate chirurgical în mod eficient.



Unirea degetelor de la picioare (sindactilism) este rareori mai mult decât o problemă estetică şi nu necesită tratament. Diferit de aceasta, piciorul în crosă de golf, în care membrul inferior este răsucit ca formă sau poziţie, necesită terapie imediat după naştere.

când structurile nu sunt suficient de mari pentru a fi uşor de operat, dar trebuie realizată înainte de a începe să meargă şi de a avea nevoie de încălţăminte.

Luxaţia congenitală de şold

Luxaţia congenitală de şold, cunoscută şi ca displazie congenitală de şold, este rezultatul dezvoltării anormale a articulaţiei şoldului. Afecţiunea pote fi depistată la prima examinare de la naştere sau în timpul primei săptămâni de viaţă.

Un nou-născut cu luxaţie congenitală este imobilizat cu ajutorul unei proteze sau unui dispozitiv elastic pentru a menţine capul osului coapsei (femur) în cavitatea coapsei (acetabul). Această afecţiune se poate trata eficient imediat după naştere sau la scurt timp după aceea.

Nanismul

Nanismul (displazia scheletală) poate să se datoreze unor anomalii scheletale, incluzând lungimea disproporţionată a membrelor şi trunchiului. Uneori, membrele copilului sunt scurte de la început . Pe măsură ce creşte, trunchiul devine şi el disproporţionat de scurt. Alte afecţiuni ar mai fi tulburările de auz şi probleme articulare. Nu există tratament pentru această afecţiune scheletală, dar multe dintre problemele asociate pot fi tratate.

Tratamentul pentru nanism presupune o combinaţie de tehnici ortopedice pentru mărirea mobilităţii şi capacităţilor copilului şi, dacă e posibil, pentru corectarea malformaţiilor membrelor şi coloanei vertebrale.

Sternul infundibular

Sternul infundibular (pectus excavatum) este o scobitură mare a osului peiptului (stern). Partea inferioară a osului este adâncită spre coloana vertebrală, iar pieptul arată ca o pâlnie sau ca şi cum ar fi scobit.

Aceasta este o probelmă congenitală, de obicei, deşi câteodată este determinată de rahitism sau de o obstrucţie cronică a căilor respiratorii. Unele boli musculare ereditare se asociază, de asemenea, cu această stare.

Bebeluşii şi copiii cu stern infundibular au adesea funcţie pulmonară normală. Doar rareori funcţia cardiacă poate fi afectată. În cazuri severe, cu anomalii clare cardiace şi respiratorii, se recomandă intervenţia chirurgicală. Candidaţii ideali pentru tratament sunt copiii cu vârste între 8 şi 12 ani. Succesul tratamentului se vădeşte prin dispariţia indentării respective. În cazuri uşoare sau moderate, chirurgia adesea nu este necesară, dar se poate practica din motive estetice.

Afecţiunile buzelor şi ale palatului

Buza de iepure şi palatul despicat sunt defecte distincte, native, care adesea apar împreună. Peste 5 000 de copii din SUA se nasc cu malformaţii de acest tip anual. Genetica pare a fi factorul determinant al buzei de iepure, cu sau fără despicare de palat, mai mult decât în cazul despicării de palat ca afecţiune independentă.

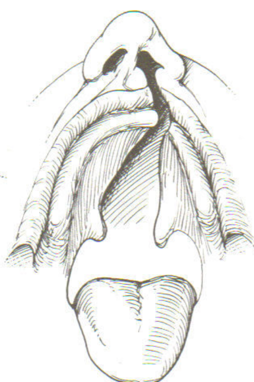
Un copil cu malformaţie de tip despicare, mai ales dacă e vorba doar de palat despicat, are o incidenţă mai mare de alte afecţiui, mai ales deficit de auz. Un copil născut cu buză de iepure are o fisură sau o deschidere alungită în locul în care buza de sus este discontinuă. Afecţiunea poate varia de la o simplă crestătură a buzei până la o completă separare ce se extinde până la nas. Dacă şi palatul este despicat, cerul gurii copilului nu s-a dezvoltat normal.

Fie că este vorba despre una dintre aceste stări sau de ambele,

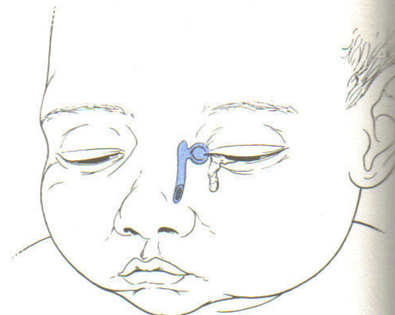


Sternul infundibular (pectus excavatum) este o indentare congenitală a pieptului. În cazuri severe produce probleme cardiace sau respiratorii. Cazurile uşoare, în general, nu necesită tratament.





Buza care este discontinuă se numeşte buză de iepure. Când cerul gurii nu este unit, este numit palat despicat. Aceste afecţiuni necesită corecţie chirurgicală.



Persistenţa lacrimilor sau o secreţie albă sau gălbuie pe obrazul copilului poate indica o obstrucţie de canal nazo-lacrimal.

problema imediată este cea hrănirii. Imediat după naştere, o proteză specială (obturator) poate fi montată deasupra palatului pentru ca astfel copilul să poată mânca. Deoarece bebeluşul creşte repede, dispozitivul trebuie înlocuit la câteva săptămâni.

Un copil cu buză de iepure este operat în mod obişnuit pentru închiderea buzei pe la vârsta de 1-2 luni. Frecvent, lărgirea nasului se asociază cu deformarea buzei. Închiderea buzei de iepure ajută la îngustarea bazei nasului. Operarea nasului este, de regulă, amânată până la adolescenţă. Cât de estetic arată după, depinde de severitatea malformaţiei, de absenţa infecţiei şi de priceperea chirurgului.

Un palat despicat este, de obicei, închis în timpul primului an de viaţă, pentru a permite dezvoltarea normală a vorbirii. Scopurile chirurgicale sunt de a face posibilă vorbirea normală a copilului şi reducerea regurgitării nazale. Dacă un copil nu este operat până pe la vârsta de 3 ani, o proteză poate ajuta la dezvoltarea vorbirii.

Complicaţiile buzei de iepure sau palatului despicat includ infecţiile urechii, scăderea auzului, carii nenumărate şi dinţi anormal poziţionaţi, care necesită o corecţie ortodontică. Unii copii continuă să aibă probleme chiar şi după intervenţia chirurgicală, din cauza problemelor muşchilor palatului.

Afecţiunile canalului lacrimal

Obstrucţia congenitală a canalului nazo-lacrimal duce la dezvoltarea incompletă a sistemului de drenare a lacrimilor. În mod normal, lacrimile şi secreţiile din ochi drenează în canalele lacrimale, care se varsă prin 2 mici deschideri din colţurile interne ale pleoapelor în cavitatea nazală. Dacă sistemul de drenaj este parţial sau complet obstruat, lacrimile nu pot drena din ochi în nas.

Afecţiunea este evidentă în primele zile sau săptămâni de la naştere. O răceală sau o expunere la vânt ori la temperaturi scăzute adesea agravează problema. Primul semn pe care-l văd părinţii este prezenţa lacrimilor în ochii copilului, aspectul variind de la o baltă de lacrimi la revărsarea lor pe obrajii copilului. Poate exista şi o secreţie albă sau gălbuie în colţurilor ochilor şi câteva cruste care lipesc ochii bebeluşului când doarme.

Uneori, copiii cu obstrucţie de canal nazo-lacrimal dezvoltă o inflamaţie în zona canalului, care devine umflată, roşie şi sensibilă. Starea afectează rareori ochii, chiar dacă persistă luni în şir.

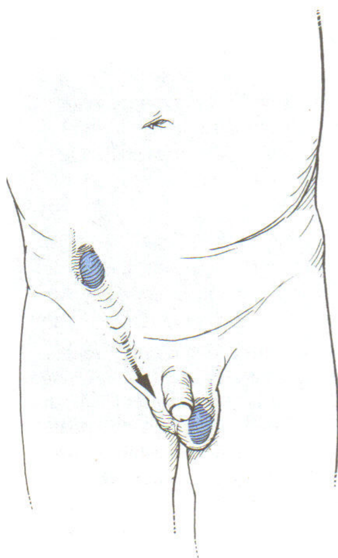
Tratamentul presupune, în principal, curăţarea pleoapelor copilului cu apă caldă şi masajul zonei dintre nas şi ochiul afectat de 2-3 ori pe zi. Pentru a împiedica infecţia se pot folosi picături sau unguente antibacteriene. Dacă starea persistă şi după 1 an, va fi necesară lărgirea chirurgicală (dilatarea) a canalului. Rareori este necesară inserţia unor tuburi sau o operaţie reconstructivă.

Afecţiunile aparatului genital masculin

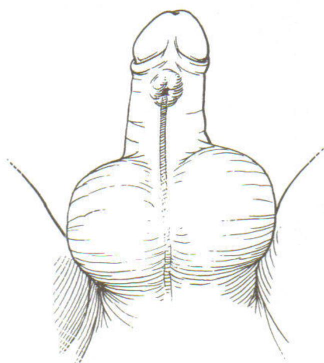
Scrotul unui nou-născut la termen este relativ mare. El poate să pară deosebit de umflat după o naştere în poziţie anormală. Scrotul nou-născuţilor cu pigmentări închise la culoare este mai intens colorat decât restul pielii în timpul copilăriei. Prepuţul acoperă în mod normal la nou-născut capătul penisului şi nu trebuie împins cu forţa înapoi. Nici una dintre aceste caracteristici nu constituie un motiv de alarmare. Unele afecţiuni genitale, touşi, necesită tratament.

Testiculul necoborât

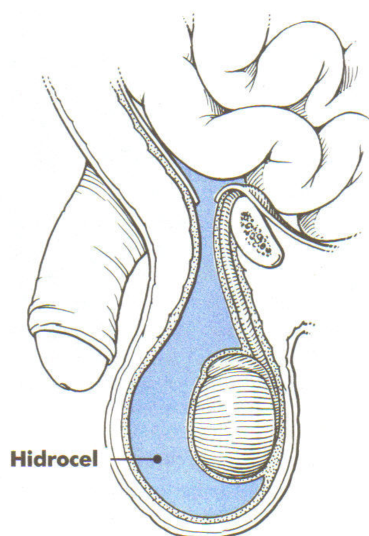
Testiculul necoborât reprezintă absenţa la naştere a unuia sau ambelor testicule în scrot. Testiculul poate fi în abdomen sau poate lipsi complet. Această din urmă situaţie este rară şi apare la copiii care au la naştere caractere sexuale incerte.



Dacă unul sau ambele testicule nu se deplasează în scrot, starea este numită testicul necoborât.



Hipospadiasul este o afecţiune în care orificiul uretral nu se află în poziţie normală la capătul penisului.



O problemă obişnuită la nou-născut este acumularea de fluid lângă testicul, numită hidrocel.

La aproximativ o lună după naştere, în mod normal, testiculele coboară dintr-o zonă situată lângă rinichi printr-o deschidere mică prin muşchi. Aproximativ 1 din 125 de băieţi au lipsă un testicul la naştere. Incidenţa testiculelor necoborâte este de până la 17% la prematuri şi până la 100% la copiii cu mai puţin de 900 g, deoarece testiculele nu coboară decât după 7 luni de gestaţie.

În multe cazuri, testiculele coboară în scrot în primele luni de viaţă, fără nici o intervenţie medicală. Uneori, se administrează hormoni pentru a aduce în poziţia normală testiculul necoborât. Dacă nu a coborât până la vârsta de 1 an, nu o va mai face singur şi situaţia va fi tratată chirurgical.

Intervenţia chirugicală este importantă şi pentru că adesea un băiat cu un testicul necoborât are hernie datorată neînchiderii normale a spaţiului dintre muşchiii abdominali. În asemenea cazuri, intestinele pot aluneca prin deschiderea musculară şi să rămână acolo. Adesea operaţia poate fi făcută în ambulator. Uneori, un testicul se micşorează atât de mult (atrofiere) încât se indică înlăturarea lui.

Netratat, un testicul necoborât poate să nu producă mai târziu spermă, deşi, dacă celălalt testicul funcţionează normal, se poate produce suficientă spermă pentru a asigura fertilitatea. Un băiat cu un testicul necoborât are, de asemenea, risc crescut de cancer testicular. Corectarea nu reduce acest risc, dar permite o mai bună examinare şi depistare din timp a dezvoltării unei tumori.

Hipospadias

Hipospadiasul survine la aproximativ 1 din 330 de nou-născuţi. În acest deficit congenital, orificiul uretral nu este în poziţie normală, lângă capătul penisului. În formele uşoare, orificiul este doar puţin deasupra glandului. În formele severe, poate fi mult posterior, ca şi scrotul. Cu cât este mai sever gradul de hipospadias, cu atât este mai mult curbat în jos penisul.

Hipospadiasul se tratează chirurgical. Nu trebuie făcută circumcizie, deoarece prepuţul este folosit în reconstrucţia chirurgicală. Cu cât este mai severă afecţiunea, cu atât este mai mare nevoie de intervenţie chirurgicală din cauza problemelor urinare şi sexuale. Dacă nu este corectată, băiatul nu va fi în stare să stea în picioare când urinează şi va avea dificultăţi legate de funcţia sexuală mai târziu. Un alt factor pentru a lua în considerare intervenţia chirurgicală îl constituie consecinţele psihologice ale malformaţiei genitale.

Mulţi urologi pediatri consideră că vârsta ideală pentru intervenţie la copil este în timpul primului an, înainte de a învăţa să folosească toaleta. O procedură chirurgicală poate deschide orificiul aproape de vârful penisului şi poate ajuta la întărirea penisului.

Hidrocelul

Hidrocelul este o acumulare de fluid în teaca din jurul testiculului. Hidrocelul apare la unul sau la ambele testicule. Afecţiunea este frecventă la nou-născuţi. Dacă testiculul poate fi examinat cu uşurinţă şi cantitatea de fluid rămâne neschimbată, tratamentul nu este necesar. Hidrocelele mici dispar, de obicei, în primul an.

Totuşi, dacă sacul îşi schimbă dimensiunile în timpul zilei, poate însemna că are contact direct cu cavitatea abdominală, ceea ce impune intervenţia chirurgicală.

Afecţiunile aparatului genital feminin

Modificările hormonale ale mamei înaintea naşterii pot produce schimbări la nivelul sânilor şi organelor genitale ale fiicei ei la naştere. Deşi aceste schimbări pot fi deranjante pentru noii părinţi, de obicei sunt temporare şi adesea nu necesită tratament.

Hipertrofia de clitoris

Clitorisul fetiţei nou-născute este adesea mărit, mai ales în caz de prematuritate, ca rezultat al modificărilor hormonale. Dimensiunile clitorisului scad după naştere. Dacă pare foarte mare, se pot face teste care să confirme sexul copilului.

Secreţia vaginală

Secreţia vaginală apare adesea la fetiţele nou-născute. În primele 3 săptămâni multe mame observă o secreţie groasă din vaginul copilului. Tratamentul nu este necesar.

Sângerarea vaginală

Sângerarea vaginală este la fetiţele nou-născute răspunsul la lipsa hormonului estrogen matern după naştere. Se manifestă sub forma a câtorva picături de sânge din vagin. Părinţii sunt deosebit de îngrijoraţi să găsească sânge pe scutec. Este o stare temporară.

Organe genitale ambigue

Organele genitale ambigue se referă la aspectul incert al caracterelor sexuale la copil. Uneori, o femeie cu ovare normale, care a fost expusă unui exces de hormoni masculini în uter, se naşte cu organe genitale asemănătoare cu ale bărbatului (pseudohermafroditism feminin). Un bărbat se poate naşte cu organe genitale feminine ambigue sau complete (psudohermafroditism masculin). Cauzele organelor genitale ambigue sunt: tumori, anomalii cromozomiale şi exces sau deficit de hormoni.

Când sexul unui nou-născut este incert, numai testarea şi evaluarea pot stabili diagnosticul corect, inclusiv sexul copilului. Organe genitale ambigue constituie o problemă serioasă, care are un impact deosebit asupra vieţii de mai târziu a copilului şi asupra sănătăţii lui emoţionale. Tratamentul poate include terapie hormonală şi chirurgie reconstructivă.

Afecţiunile mameloanelor

Rareori un copil se naşte cu unul sau mai multe mameloane (supranumerare). Mameloanele pot să fie însoţite sau nu de ţesut mamar şi se localizează, de obicei, în zona pieptului.

Uneori, mamelonul nu are areolă – pigmentare închisă la culoare, care înconjoară un mamelon. Afecţiunea apare în mod egal la femei şi la bărbaţi, şi se poate asocia cu probleme urinare.

Mameloanele supranumerare reprezintă rareori o problemă medicală, deşi pot răspunde la modificările hormonale care survin în timpul pubertăţii, menstruaţiei şi sarcinii. Când se produce aceasta, mameloanele se pot mări şi devin dureroase. Prezenţa unui al treilea sân poate fi o traumă emoţională. Cu toate acestea, un mamelon supranumerar prezintă acelaşi risc ca şi unul normal de a face boli ca mastită, abcese şi cancer. Dacă bebeluşul dumneavoastră are mameloane supranumerare, ele pot fi îndepărtate din motive estetice.

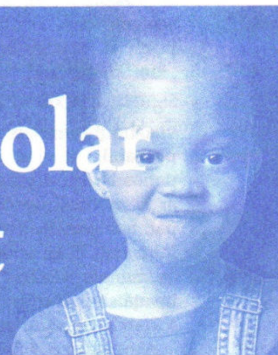
Un copil se poate naşte, de asemenea, fără un sân sau un mamelon. Adesea, muşchii de sub sân nu se dezvoltă nici ei. Când se produce aceasta, nu trebuie să se intervină la vârsta de nou-născut sau de copil mic. O operaţie poate fi făcută, din motive estetice, când copilul atinge pubertatea. ■

Sânii măriţi

Sânii măriţi apar la fete sau la băieţi în primele 2 săptămâni de viaţă din cauza cantităţii mari de hormoni materni care ajung la copil înaintea naşterii. Mărirea sânilor dispare, de obicei, în primele luni şi nu este un motiv de alarmare.

CAPITOLUL 13 PARTEA a II-a

Perioada de la preşcolar la preadolescent



Anii de până la adolescenţă sunt plini de emoţii şi de provocări. La vârsta preşcolară, copilul dumneavoastră poate să fie prins între dorinţa de „fac singur" şi tânjeala după siguranţa pe care numai dumneavoastră i-o puteţi oferi. Veţi fi, probabil, nelinştiţi în această perioadă din diverse motive cum ar fi: monştrii care se ascund sub pat, folosirea toaletei şi rivalităţile între fraţi. Dar vă veţi bucura, de asemenea, văzând cum copilul învaţă să comunice, să devină mai sociabil, mai sigur pe sine.

Aceşti ani pot fi plini de satisfacţii atât pentru dumneavoastră cât şi pentru copil, pe măsură ce îşi dezvoltă personalitatea, iar relaţiile dintre dumneavoastră şi el se întăresc.

În această perioadă se produc unele schimbări uimitoare în privinţa creşterii. De exemplu, copilul dumneavoastră de 2 ani, mândru să ştie 50 de cuvinte, devine copilul de 3 ani, care poate participa la o conversaţie. Fie că este vorba despre însuşirea limbajului sau despre a învăţa să se joace cu o jucărie nouă, preşcolarii sunt foarte hotărâţi să deprindă noi abilităţi.

În perioada şcolară – de când copilul începe şcoala şi până când devine adolescent – copilul va învăţa gradat să devină un cetăţean al lumii. Colegii şi profesorii au influenţă tot mai mare asupra copilului pe măsură ce acesta caută să devină tot mai independent de familie. Se vor lega mai multe relaţii în afara casei.

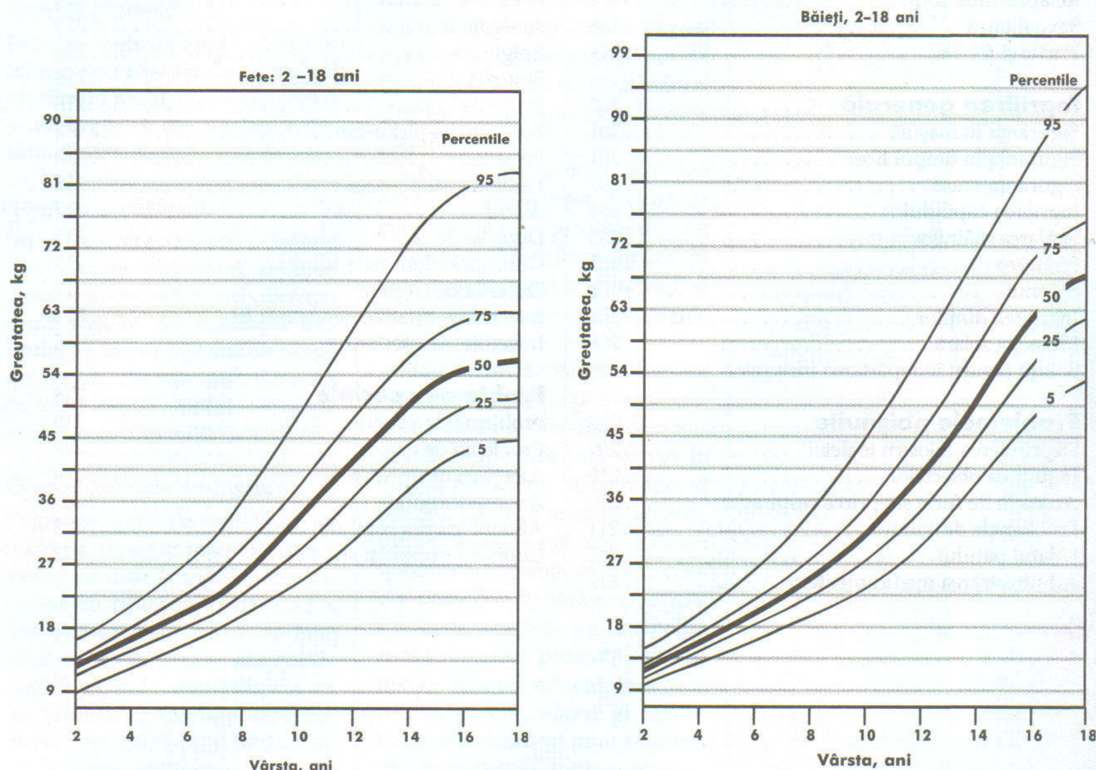
Vârsta de 6 ani marchează, în general, începutul educaţiei oficiale a copilului. Până atunci, mulţi copii vor fi fost deja la creşă sau la grădiniţă, dar începera şcolii va fi o experienţă cu totul nouă.

La şcoală, copilului i se cere să respecte regulile unei autorităţi exterioare şi să dedice mai mult timp efortului de a învăţa. Rămâne mai puţin timp pentru joacă sau pentru învăţarea distractivă a unor deprinderi, ca în perioada preşcolară.

La şcoală, copilului i se cere să respecte un progam strict. Noile reguli lărgesc cadrul limitat pe care l-aţi creat copilului în perioada preşcolară.

Ca şi copiii mai mici, cei de vârstă şcolară sunt, în general, sănătoşi, activi şi entuziaşti. Să nu

Medicul poate folosi grafice precum acestea pentru a urmări în timp creşterea copilului. Căutaţi vârsta copilului dumneavoastră la baza graficului şi greutatea sau înălţimea în partea stângă a graficului. Punctul în care se intersectează cele două linii arată cum este copilul dumneavoastră ca greutate şi înălţime comparativ cu alţii de vârsta lui.



vă surprindă dacă adesea vă este greu să le controlaţi energia şi exuberanţa. Dacă are un deficit de vedere sau de învăţare, acestea vor fi mai vizibile când copilul va începe şcoala.

A fi martorii achiziţiilor copilului dumneavoastră şi integrării lui în lume poate fi un motiv de mândrie pentru dumneavoastră. În acelaşi timp, aceste noi orizonturi pot produce nelinişte atât dumneavoastră cât şi copilului.

Pe măsură ce copilul se mişcă peste tot unde e ceva nou şi neobişnuit sau cu care dumneavoastră nu sunteţi de acord, puteţi constata o scădere a autorităţii dumneavoastră. Dar aveţi încă un rol crucial în ghidarea copilului dumneavoastră în aceşti ani de creştere.

Creşterea şi dezvoltarea

La vârsta preşcolară şi pe la sfârşitul preadolescenţei, pe măsură ce copilul se apropie de adolescenţă, apar schimbări rapide în creşterea şi dezvoltarea lui. În perioada de mijloc, schimbările sunt adesea lente şi stabile.

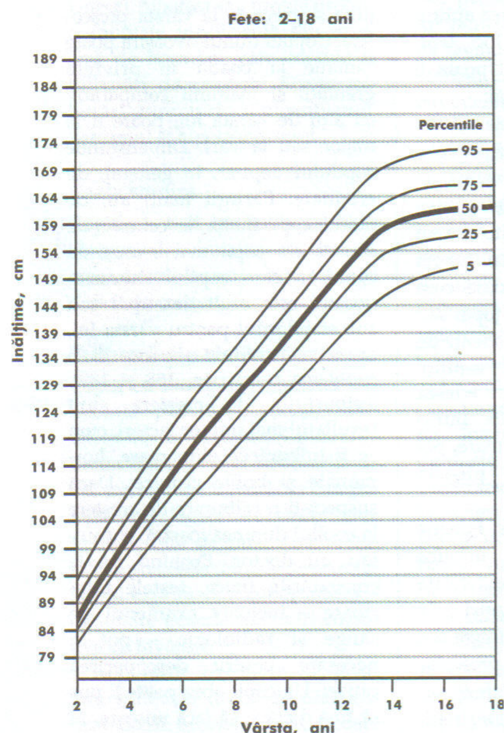
Schimbările normale

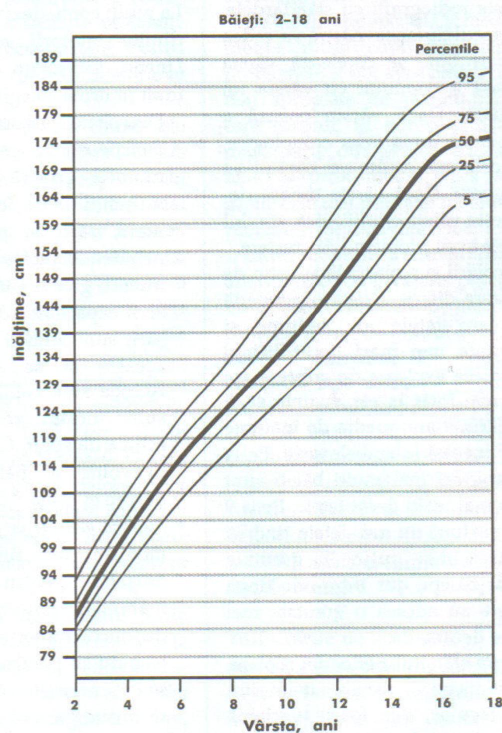
Creşterea rapidă în greutate în primii ani de viaţă ai copilului se accentuează pe la vârsta d e 2 ani. Schimbările fizice ale copilului dumneavoastră presupun trecerea de la corpul dolofan al bebeluşului la acela mai slab al preşcolarului.

Deşi fiica (fiul) dumneavoastră poate să nu aibă un vocabular bogat, îşi dezvoltă o mai mare abilitate de a înţelege vorbirea. Acest limbaj pasiv stă la baza exploziei vorbirii de la vârsta de 2-3 ani. În comunicarea copilului vor intra, pe la vârsta de 5 ani, şi scrisul şi cititul.

Pe măsură ce copilul se mişcă tot mai mult, siguranţa lui capătă o importanţă vitală. Preşcolarul va experimenta permanent, punând în gură, atingând, smulgând şi căţărându-se, pentru a-şi satisface orice curiozitate.

Între 6 şi 12 ani, copilul dumneavoastră va creşte în greutate aproximativ 3 kg pe an şi în înălţime aproximativ 6 cm anual. Creşterea capului copilului va încetini. Este perioada în care





creierul copilului ajunge aproape la mărimea celui adult.

Abilităţile motorii ale copilului devin mai rafinate la vârsta de 6-12 ani. În această perioadă, alergatul, săritul şi mişcările de aruncare se îmbunătăţesc continuu.

Dumneavoastră şi copilul vă puteţi amuza notând progresele pe un grafic al creşterii, acasă. Medicul vă poate şi el ajuta să urmăriţi înălţimea şi greutatea copilului. Anomaliile din graficul de creştere al copilului pot semnala din timp anumite boli serioase. De exemplu, când copilul are o boală cronică, greutatea rămâne adesea neschimbată sau scade, iar înălţimea poate să nu mai crească în ritmul de până atunci.

Dacă socotiţi că aveţi un copil prea mic sau prea înalt, puteţi să întrebaţi doctorul, care va face radiografii de mână şi de pumn pentru a determina dacă oasele copilului se dezvoltă în ritm normal (vârsta osoasă). Comparând aceste radiografii cu standardele, doctorul dumneavoastră va vedea cât de bine se corelează vârsta osoasă a copilului cu vârsta lui actuală. Dacă vârsta osoasă a rămas în urma celei cronologice, de cele mai multe ori copilul va recupera. Dacă vârsta osoasă depăşeşte vârsta cronologică, copilul poate avea probleme de creştere.

Şcolarii şi şcolăriţele au ritm de creştere diferit. Există o perioadă în care fetele au înălţime şi greutate mai mari decât băieţii deoarece explozia de creştere are loc mai întâi la ele. Înainte să fi împlinit 9 ani, media de înălţime este aceeaşi la ambele sexe. Pe la 13 ani, cei mai mulţi băieţi sunt deja mai înalţi decât fetele. Pe la 9 ani şi după 14 ani, fetele tind să crească mai puţin în greutate decât băieţii, dar între cele două vârste au adesea o greutate mai mare decât a lor.

Spre sfârşitul perioadei şcolare, copiii încep să crească într-un ritm spectaculos, dar foarte variabil. Această explozie de creştere a preadolescenţei este o parte a pubertăţii, o perioadă de modificări care vor transforma copilul într-un adult tânăr. Prima etapă a pubertăţii începe pe la 10 ani la fete şi 12 ani la băieţi. O discuţie privind creşterea şi dezvoltarea normală în perioada adolescenţei vezi la pag. 226.



Întârzierea dezvoltării psihomotorii

La mulţi copii, dezvoltarea aptitudinilor motorii are loc lent. Uneori, totuşi, un copil poate fi mult în urma colegilor săi.

Dezvoltarea psihomotorie include:

- *Funcţia motorie grosieră.* Funcţia motorie grosiră se referă la muşchiii mari folosiţi pentru mers, sărit şi ţopăit. Copiii neîndemânatici sau cu funcţii motorii grosiere întârziate, cum ar fi capacitatea de a ţopăi sau sări, sunt adesea conştienţi de aceasta şi se simt umiliţi. Aceştia sunt copiii care adesea sunt ultimii selectaţi într-o echipă de sport. Ca urmare, pot dezvolta o părere proastă despre ei înşişi.
- *Funcţia motorie de fineţe.* Funcţia motorie de fineţe implică muşchii pentru dexteritate manuală. Unele tipuri de disfuncţie motorie de fineţe pot face dificil pentru un preşcolar să deseneze sau să coloreze, ori să înveţe greu să-şi lege şireturile. Unii copii manifestă dificultăţi în coordonarea mână-ochi.

Din cauza problemelor lor cu aptitudinile motorii de fineţe, aceşti copii au adesea probleme când încep şcoala.

Cauza pentru întârzierea dezvoltării psihomotorii este, în general, necunoscută, deşi se poate moşteni. Dacă bănuiţi că există o întârziere în dezvoltarea psihomotorie a copilului dumneavoastră, discutaţi cu doctorul. Anumite teste pot stabili dacă este într-adevăr o problemă.

Dacă are o întârziere în aptitudinile motorii, copilul dumneavoastră poate rata o serie de acţiuni importante care constituie punctul de plecare în construirea respectului de sine. Ca părinţi, trebuie să păstraţi copilului autorespectul au poate avea de suferit. Cei mai mulţi copii chiar îşi revin şi nu au probleme mai târziu.

Tulburările de creştere

Copiii variază foarte mult în înălţime şi greutate la vârsta preşcolară. Copilul dumneavoastră poate rămâne la coadă în privinţa greutăţii şi înălţimii comparativ cu alţii de vârsta lui, poate fi la mijloc sau la vârf. Dimensiunile copilului depind, în general, de ereditate. Părinţii înalţi au, de obicei, copii înalţi, iar cei mici de statură au copii mai scunzi. În cazul în care copilul dumneavoastră este mult deasupra sau sub standardul pentru vârsta lui, atunci, într-adevăr, poate fi o problemă (vezi pag. 188 şi 189). Tulburările de creştere sunt rezultatul mai multor factori, cum ar fi tulburările alimentare, hormonale şi bolile cronice. Dacă suspectaţi o tulburare de creştere la copilul dumneavoastră, consultaţi un doctor. Pornind de la constatările fizice, testele ulterioare – inclusiv examenul de sânge şi radiologic – pot fi necesare pentru descoperirea cauzei. Un copil obez poate fi pus să ţină dietă şi să facă mişcare, în timp ce unul care este malnutrit, poate avea nevoie de suplimente

hipercalorice şi chiar de spitalizare. Administrarea unui hormon deficitar poate ajuta copiii cu tulburări de creştere datorate insuficienţei hormonale.

Tulburările nutritive

O hrănire bună contribuie la o creştere normală. Malnutriţia poate rezulta dintr-o hrană insuficientă, o dietă dezechilibrată, din probleme digestive, de absorbţie sau din alte afecţiuni.

În SUA şi în alte ţări dezvoltate, malnutriţia este rară. Cazuri severe de malnutriţie pot apărea când copilul are o boală cronică sau o tulburare cronică. Malnutriţia poate fi rezultatul unor boli ca fibroza chistică, în care aportul nutritiv este normal, dar nu şi absorbţia hranei. Cea mai cunoscută tulburare nutritivă la copiii din SUA este obezitatea.

Tulburările hormonale

Uneori, hipofiza sau tiroida produc o cantitate insuficientă sau excesivă de hormoni, care conduc la tulburări de creştere. Aceste tulburări rare includ gigantismul, nanismul şi hipotiroidismul.

Boala cronică

Copiii cu boli ca: bolile cardiace congenitale, insuficienţa renală cronică sau anemia pot avea şi deficit de creştere.

Tulburările de învăţare

Copiii cu inteligenţă normală sau ridicată pot avea, totuşi, mari dificultăţi în învăţare. Tulburările de învăţare nu sunt tulburările de vedere, de auz, tulburările emoţionale sau legate de capacitatea mintală. Mai degrabă sunt tulburări în procesele mintale de acumulare şi exprimare a cunoştinţelor – denumite generic tulburări cognitive de învăţare.

Tulburările cognitive de învăţare sunt mai dificil de diagnosticat decât problemele de vedere sau de auz şi adesea necesită consultarea unor specialişti ca: psihologi, specialişti pe probleme de dezvoltare şi comportament sau pediatri. Tulburările proceselor mintale pot include probleme de memorie, recunoaştere, fixarea atenţiei, scris, vorbit şi descifrarea cuvintelor scrise.

Sunt citate multe cauze ale tulburărilor de învăţare. Unele dintre ele îşi au originea în traumatismele de la naştere. Mai frecvent, totuşi, ele apar la copii normali ca sănătate şi inteligenţă. În unele cazuri este evidentă o tulburare a funcţiei creierului, deşi nici o afectare fizică a creierului nu a fost găsită.

Adesea, nu se descoperă nici o cauză specifică pentru tulburările de învăţare. Unii experţi în domeniu cred că în aceste situaţii tulburarea se poate datora unor întârzieri în dezvolatare sau unei lentori în procesele de maturizare. Băieţii sunt afectaţi mai frecvent decât fetele.

O tulburare de învăţare poate duce la eşec educaţional cronic şi la probleme majore sociale şi emoţionale. Deşi, uneori, copiii îşi depăşesc problemele de învăţare, aceasta se poate produce prea târziu pentru a mai putea împiedica limitarea severă de mai târziu cu privire la cunoştinţele acumulate şi la autorespect.

Cu o educaţie specială şi medicamente, mulţi copii pot depăşi problemele şi pot avea realizări cât mai apropiate de potenţialul de care dispun. Ei pot să-şi atingă mare parte din ţelurile educaţionale şi profesionale dacă sunt găsite cele mai potrivite metode de predare şi de motivare a lor.

Când copilul dumneavoastră are tulburări de învăţare, puteţi să nu deveniţi conştient de ele până când nu ajung de gradul al treilea sau al patrulea. O evaluare completă este esenţială pentru a depista tulburarea specifică şi căile de îmbunătăţire a educaţiei copilului dumneavoastră cât mai repede cu putinţă. Tulburările de vorbire, dislexia şi tulburările de deficit de atenţie/hiperactivitate (ADHD) sunt exemple de tulburări de învăţare.

Tulburările de vorbire

Perioada critică în dezvoltarea la copil a vorbirii şi limbajului este între 6 şi 24 de luni. Ocazionalele defecte de pronunţie sunt normale până pe la 7 ani, cât timp vorbirea

Factorii care afectează învăţarea

Capacitatea copilului de a învăţa depinde de procesele mintale care fac învăţarea posibilă. Dar starea generală a sănătăţii, confortul emoţional şi motivaţia sunt alţi factori importanţi. Factorii care interferează cu abilitatea copilului dumneavoastră de a învăţa sunt:

Boala

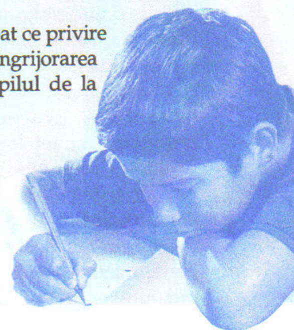
Boala poate face copilul obosit şi neatent. Aceasta poate interfera cu învăţarea, mai ales dacă boala este cronică.

Emoţiile

Dacă un copil este deprimat, îngrijorat sau preocupat ce privire la problemele de acasă, învăţatul are de suferit. Îngrijorarea sau visatul cu ochii deschişi la şcoală distrag copilul de la teme.

Motivaţia

Lipsa de motivaţie poate fi un impediment în învăţare. Copiii au nevoie să se simtă motivaţi să înveţe, pentru a-şi folosi din plin capacităţile.



Bâlbâiala

Bâlbâiala apare, de obicei, pe la vârsta de 2-3 ani, când copilul deprinde elementele de bază ale vorbirii. La unii copii, bâlbâiala apare la vârsta de 6-8 ani, când lecţiile de la şcoală presupun citirea cu voce tare şi recitarea, şi dispare adesea în adolescenţă. Uneori, chiar şi un copil mai mare poate avea această problemă.

Cele două caracteristici obişnuite ale bâlbâielii sunt: repetarea sunetelor, părţilor de cuvinte, cuvintelor întregi şi frazelor şi prelungirea sau întinderea sunetelor silabelor. Exemple de repetiţie sunt: b-b-b-baie, ta-ta-tata. Alt exemplu de alungire este p—isică.

Cauzele bâlbâielii sunt doar în parte înţelese. Unii factori pot menţine tensiunea muşchilor implicaţi în vorbire şi conduce astfel la bâlbâială. Stresul, oboseala sau emoţiile pot determina bâlbâiala. Bâlbâiala poate fi ereditară. Bâlbâiala nu se corelează, în general, cu inteligenţa sau cu vreo anomalie măsurabilă a creierului.

Bâlbâiala poate fi frecventă la copii. Aceste episoade dispar, de obicei, când vorbirea şi limbajul se dezvoltă şi nu este cazul să le daţi atenţie.

În situaţia în care copilul dumneavoastră se teme să vorbească, se luptă cu vorbirea sau începe să evite sunete, cuvinte sau chiar comunicarea, apelaţi la o evaluare profesională. Un logoped poate să vă ajute copilul să-şi amelioreze bâlbâiala prin reducerea tensiunii din limbă, buze şi maxilar. Un terapeut al vorbirii poate să vă înveţe tactici de eliminare a ticurilor verbale nenecesare, nedorite.

Ca părinţi, nu vă etichetaţi niciodată copilul ca fiind bâlbâit. Încercaţi să nu-l întrerupeţi, să nu manifestaţi nerăbdare sau să terminaţi propoziţiile în locul lui. Construiţi încrederea în sine a copilului programând conversaţii liniştite, între patru ochi, şi momente de lectură.

de tip conversaţional a copilului este uşor de înţeles. Aproape 5% dintre copii au tulburări de vorbire când intră în clasa I.

Semne şi simptome

- Incapacitate de a folosi sunetele vorbite
- Vorbire greu de înţeles
- Dezvoltare lentă a vorbirii
- Bâlbâială

La majoritatea copiilor cu tulburări de vorbire, originea problemei de vorbire este necunoscută şi nu s-a găsit nici o cauză fizică. Tipurile de tulburări de vorbire sunt: dificultatea de a articula, vorbirea bâlbâită şi problemele legate de voce.

Problemele de articulare se referă la înlocuirea unei litere cu o alta şi nepronunţarea începutului sau finalului cuvintelor. Bâlbâiala reprezintă dificultatea de a găsi cuvintele în curgerea lor firească. Problemele legate de voce sunt vocea prea moale, nazală sau vocea tare, bubuitoare.

Copilul dumneavoastră poate fi normal fizic, emoţional şi intelectual, dar să aibă o tulburare de vorbire datorată problemelor de prelucrare mintală a limbajului vorbit. Copilul dumneavoastră poate avea dificultăţi în a primi informaţii şi a le înţelege sensul. Propoziţiile pot să-i iasă fragmentate sau un cuvânt să fie înlocuit de altul. Ordinea corectă a sunetelor poate fi afectată. Copilul poate fi incapabil să facă diferenţa între două sunete sau poate avea probleme în a se concentra asupra conversaţiei, ignorând zgomotul de fond.

Tulburările de vorbire pot fi rezultatul unor afecţiuni ca: paralizie cerebrală, buză de iepure sau palat despicat, scădere de auz sau surditate, retard mintal, leziuni ale creierului sau autism.

Diagnostic

Dacă bănuiţi o tulburare de vorbire la copilul dumneavoastră, vorbiţi cu profesorul copilului sau cu doctorul. S-ar putea să fie nevoie să cereţi ajutorul unui specialist în probleme de pronunţie şi limbaj. Majoritatea sistemelor şcolare oferă aceste servicii.Un specialist în patologia vorbirii va testa vorbirea copilului. Se poate să utilizeze un test sub forma unui joc cu căşti pentru a verifica eventuala scădere a auzului sau surditatea la copil. În anumite cazuri, se poate face o evaluare completă fizică şi neurologică.

Cât de grave sunt tulburările de vorbire?

Cu ajutorul specialiştilor – şi părinţilor, acasă – mulţi copii cu tulburări de vorbire sunt în măsură să-şi îmbunătăţească foarte mult vorbirea, dar aceasta nu înseamnă că nu vor avea frustrări. Penalizarea socială poate fi prea mare pentru copil dacă este ironizat sau respins de alţi copii la şcoală. Diagnosticul precoce şi tratamentul sunt de dorit înainte ca frustrarea şi părerea proastă despre sine să devină problematice.

Dislexia

Dislexia este o tulburare specifică de învăţare, care iniţial afectează capacitatea copilului de a citi. Este cea mai cunoscută tulburare de învăţare la copii. Dislexia apare la copiii cu vedere şi putere de înţelegere normale. De obicei, copiii cu dislexie au vorbire normală, dar au adesea dificultăţi de a citi şi de a scrie. Tulburarea este o reducere a abilităţii creierului de a traduce literele în sunete corespondente.

Semnele obişnuite ale dislexiei sunt incapacitatea de a recunoaşte literele şi cuvintele pe o pagină tipărită şi o abilitate mult sub nivelul aşteptat de a citi. Deşi factorul cheie al incapacităţii de a citi nu este cunoscut, se pare că se poate corela cu o malformaţie a unor zone din creier legate de limbaj. Un istoric familial de tulburări de limbaj este adesea descoperit. Dislexia afectează mai frecvent băieţii decât fetele. 10-15% din copiii de vârstă şcolară au această tulburare specifică.

Dislexia se caracterizează inițial printr-o întârziere a vârstei la care copilul începe să citească. Cei mai mulți copii sunt pregătiți să citească pe la 6 ani. Copiii cu dislexie adesea nu pot însuși elementele de bază pentru a citi în clasa I sau chiar în a II-a. Deoarece un copil cu dislexie are dificultăți de interpretare a limbajului scris, cititul este greoi.

Starea se poate manifesta prin aceea că el încearcă să citească începând cu sfârșitul propoziției, fără a putea vedea și auzi asemănările și deosebirile literelor sau cuvintelor și fiind incapabil să pronunțe un cuvânt necunoscut. Copiii cu dislexie de obicei au dificultăți în a scrie.

Diagnostic

Deprinderea de a citi, care este mult sub nivelul așteptat la un copil de vârsta respectivă, este adesea semnul cheie al dislexiei. Diagnosticul se pune, în general, pe evaluarea factorilor medicali, cognitivi (văz și auz), educaționali și psihologici.

Se poate face o serie de teste psihologice specializate pentru a ajuta la diagnosticarea problemei. Un expert poate analiza procesul și calitatea abilității copilului de a citi. Rezultatele acestor teste sunt utilizate pentru a pune la punct tratamentul și pentru a urmări progresul copilului.

Pot fi cerute, de asemenea, examinarea completă a văzului, auzului și consultul neurologic, pentru a verifica dacă această capacitate scăzută de a citi a copilului nu se datorează altei afecțiuni. Dislexia poate varia de la forme relativ ușoare la cele severe.

Cât de gravă este dislexia?

Dacă aveți un copil cu incapacitate de a citi, veți putea descoperi că aceasta nu-i afectează învățarea la alte materii ca, de exemplu, aritmetica. Totuși, întrucât scrisul este o deprindere de bază la cea mai mare parte a materiilor școlare, un copil cu dislexie este foarte dezavantajat în mai toți anii de școală.

Netratată, tulburarea poate duce la o părere proastă despre sine, tulburări de comportament, delicvență, agresiune și izolare sau alienare față de prieteni, părinți și profesori.

Tratament

Deoarece nu se cunoaște metoda de a corecta disfuncția creierului care stă la bază, principala formă de tratament este, în general, educația specială. Testele psihologice îi vor ajuta pe profesorii copilului să pună la punct un program adecvat de predare. Mai importantă este instruirea sistematic realizată cu ajutorul unui specialist în probleme de citit, care folosește metode de predare atât vizuale cât și auditive.

Se utilizează, pentru a îmbunătăți cititul, tehnici care implică multe simțuri, auz, vedere și tact. De asemenea, este important să existe și o susținere emoțională și oportunități pentru dezvoltare și în alte activități decât cititul.

Dacă incapacitatea de a citi este severă, copilul dumneavoastră poate beneficia de sesiuni săptămânale de instruire individuală sau în grupuri mici. Progresul este lent și laborios.

Copiii cu forme ușoare pot să învețe să citească destul de bine pentru a-și termina școala și a fi în stare să citească ziare. Cei cu forme severe pot avea întotdeauna dificultăți cu cititul și să necesite învățarea de metode de a ocoli problemele de citit, cum ar fi audiind textul cărților înregistrat pe casetă.

Tulburarea de deficit de atenție/hiperactivitate

Tulburarea de deficit de atenție/hiperactivitate este o altă tulburare de învățare frecventă în copilărie. 3-5% din totalul copiilor sunt afectați de această stare. Ea începe, de obicei, în copilărie, și adesea continuă în adolescență și la vârsta maturității. Semnele și

Hiperactivitatea

Hiperactivitatea sau extrema agitație nu constituie un diagnostic sau o tulburare aparte. Mai degrabă este un comportament care adesea se asociază cu unele simptome ale tulburării de deficit de atenție/hiperactivitate (ADHD).

Copiii se schimbă ca ritm de activitate fizică. De obicei, copiii mici sunt activi. Unii puști sunt în mod firesc mai activi decât alții, iar băieții tind să fie mai activi decât fetele. Aceste diferențe de activitate sunt normale.

Totuși, un mic procent de copii, mai mult băieți decât fete, sunt excesiv de activi. Unii par a fi într-o continuă mișcare, iar alții sunt activi doar în anumite momente. Acești copii nu sunt neapărat mai puțin coordonați sau mai puțin inteligenți decât alții. Diferența constă în cât de organizată sau de țintită este activitatea lor și dacă pot fi opriți când este necesar sau la cerere.

Copiii hiperactivi tind să acționeze fără a lua în considerare consecințele, pedeapsa sau reacțiile altor persoane. Nu-și pot direcționa activitatea și este adesea dificil pentru părinți și pentru profesori s-o facă.

Contrar anumitor opinii, zahărul singur nu poate produce sau crește hiperactivitatea.



simptomele cheie ale ADHD sunt: dificultatea de a fi atent şi de a se concentra (neatenţia), dificultatea de a sta liniştit (hiperactivitatea) şi dificultatea de a-şi controla comportamnetul impulsiv (impulsivitatea).

Afecţiunea se mai numeşte şi tulburare de deficit de atenţie (ADD), sindrom hiperkinetic sau disfuncţie cerebrală minimă. Unii copii au ADD fără hiperactivitate.

Ca rezultat al acestei incapacităţi, copilul poate avea probleme cu învăţarea, urmarea instrucţiunilor şi memorarea informaţiilor. Abilitatea de a învăţa a copilului depinde de atenţie şi de memorarea lecţiilor şi informaţiilor anterioare.

Multe imagini, sunete, amintiri şi alţi stimuli pot interfera cu atenţia copilului. Ele pot tulbura atenţia oricărui copil. Majoritatea copiilor de vârstă şcolară au capacitatea de a-şi focaliza atenţia pe o anumită activitate şi de a ignora ceea ce i-ar putea distrage. La copiii cu ADHD această abilitate este nedezvoltată.

ADHD nu afectează neapărat inteligenţa copilului sau dezvoltarea lui timpurie. Poate fi evidentă doar mai târziu, când copilul dumneavoastră are tot mai mari dificultăţi cu învăţatul, după clasa a II-a sau a III-a, când a sta cuminte în clasă şi a fi atent devine tot mai important.

Diagnostic

Pentru a pune diagnosticul de ADHD medicul va dori să observe comportamentul copilului şi să facă un istoric detaliat al dezvoltării. Semnele şi simptomele precoce pot apărea în copilărie, incluzând probleme de hrănire, de somn şi agitaţie.

Examenele fizice şi neurologice pot fi recomandate pentru a identifica o tulburare senzorială sau neurologică. Copilul dumneavoastră poate fi văzut de specialişti pentru teste psihologice şi educaţionale.

Cât de gravă este ADHD?

ADHD este o problemă cronică şi poate continua în copilărie şi la maturitate. Poate afecta încrederea în sine a copilului şi autorespectul, poate atrage reacţii de respingere şi ridiculizare din partea altor copii şi poate produce eşecuri în studii şi în societate. Tratamentul poate ajuta copilul în privinţa învăţatului, controlului comportamental, relaţiilor de prietenie şi respectului de sine.

Faceţi-vă timp pentru dumneavoastră

Îngrijirea unui copil cu nevoi speciale vă poate lăsa puţin timp pentru restul familiei. Chiar şi cei mai devotaţi părinţi au nevoie de o pauză. Totuşi, din cauza cerinţelor speciale ale copilului dumneavoastră, s-ar putea să nu vreţi să-l lăsaţi singur sau cu un babysitter.

Multe state recunosc problema aceasta şi au deschise centre în care părinţii pot să-şi lase temporar copilul cu necesităţi speciale cu persoane cu experienţă în îngrijirea unor astfel de copii. Dacă această opţiune vă este la îndemână în zona în care locuiţi, profitaţi de avantajele ei.

Tratament

Copilul se poate să aibă nevoie de educaţie specială pentru a-l ajuta să înveţe. Unii copii cu ADHD au şi tulburări de comportament care necesită consiliere specializată a copiilor şi părinţilor. Această consiliere este asigurată adesea de către psihologi.

Tratamentul se poate concentra pe tehnici de schimbare a comportamentului şi de restructurare a programului de acasă şi de la şcoală. Evitarea hiperstimulării şi asigurarea stabilităţii pot fi eficiente în ameliorarea comportamentului nedorit. Răsplătirea comportamentului bun este, de asemenea, importantă.

Medicul poate prescrie medicamente care să ajute în focalizarea atenţiei copilului şi în scăderea hiperactivităţii. Medicamentele obişnuite sunt Dextroamfetamină (Dexaspan, Dexedrine) şi preparatele cu metilfenidat (Concerta, Ritalin).

La un copil hiperactiv, aceste medicamente pot, de asemenea să îmbunătăţească atenţia. Când medicaţia este prescrisă cu grijă, iar progresul copilului este urmărit îndeaproape de doctor, medicamentele pot fi luate fără nici o grijă, cât timp este nevoie, chiar ani în şir.

Unii copii au şi apetit alimentar redus, iritabilitate şi întârziere în creştere. În cazul în care copilul dumneavoastră prezintă vreunul dintre aceste semne sau simptome, discutaţi-le cu doctorul.

Tulburările mintale

Retardul mintal şi autismul sunt exemple de tulburări mintale la copii. Deşi aceste boli nu se pot vindeca, există metode de a ajuta părinţii şi copiii să se descurce.

Retardul mintal

Retardul mintal poate merge de la o încetineală uşoară care face din şcoală, pentru copil, o luptă, până la retardul sever care necesită permanentă îngrijire sau supraveghere a copilului.

Când copilul dumneavoastră are retard mintal, va învăţa greu deprinderile motorii şi limbajul. Îi vor lipsi şi abilităţile sociale şi maturitatea emoţională adecvate vârstei sale.

Retardul mintal poate fi cauzat de anomalii cromozomiale native ca sindromul Down sau fenilcetonuria (PKU). Alte cauze posibile sunt rubeola prenatală, toxoplasmoza şi consumul excesiv de alcool în timpul sarcinii.

Deosebirea retardului mintal de alte afecţiuni constă în faptul că aceşti copii cu retard mintal nu-i pot ajunge din urmă pe colegii lor, în dezvoltare, şi că problemele lor nu sunt tratabile, în general.

Având tulburări de învăţare, acest copil, de altfel obişnuit, poate rămâne în urmă într-un anumit stadiu de dezvoltare.

În timp şi cu ajutorul specialiştilor, acest copil poate avea şansa de a-i ajunge din urmă pe alţii din clasa lui. Unii copiii au imaturitate emoţională sau socială din cauza bolii mintale. Adesea, acestea pot fi tratate.

Cât de grav este retardul mintal?

Retardul mintal este, în general, evident înainte de 18 ani şi adesea cu mulţi ani înainte. Formele uşoare pot fi vizibile pentru prima dată când copilul începe şcoala.

Copiii cu retard uşor sunt capabili să înveţe deprinderi şcolare, dar sunt mai lenţi decât un copil de nivel mediu. Retardul mediu adesea nu este diagnosticat până când copilul nu începe şcoala, deoarece doar atunci este comparat cu un număr mare de alţi copii şi diferenţele de dezvoltare devin vizibile. Copiii cu forme uşoare de retard mintal sunt consideraţi handicapaţi educaţional-mintal.

Copiii cu retard mintal moderat pot învăţa singuri deprinderi ca îmbrăcatul şi utilizarea toaletei. Ei au abilităţi limitate pentru a beneficia de programele şcolare, dar au marele avantaj de a urma o şcoală şi pot învăţa să presteze slujbe simple în locuri supervizate.

Legislaţia federală garantează educaţia pentru toţi copiii cu handicap din SUA. Şcolile de stat au clase cu program special. Copilul dumneavoastră poate petrece o parte a zilei în clasă împreună cu alţi copii cu nevoi speciale şi să urmeze apoi o oră sau două cu copii care nu au handicap.

Copiii care au retard sever sau profund pot învăţa un număr de derpinderi de autoîngrijire, cum ar fi utilizarea toaletei, dar primesc permanentă supraveghere şi îngrijire. Aceşti copii au, adesea, aptitudini limitate de a comunica.

Tratament

În trecut, copiii cu retard mintal erau adesea instituţionalizaţi. Astăzi, majoritatea acestor copii trăiesc acasă sau în case speciale, în cadrul comunităţii lor.

Când copilul dumneavoastră are un handicap de dezvoltare, scopul tratamentului este de a ajuta copilul să-şi manifeste potenţialul personal, oricare ar fi acesta, şi de a-i permite să facă faţă, pe cât posibil, limitărilor.

Când diagnosticul de retard mintal este pus în copilărie, dumneavoastră şi copilul puteţi fi incluşi într-un program de stimulare sau într-un program de intervenţie precoce în copilărie. Asemenea programe oferă stimulare multisenzorială în încercarea de a facilita dezvoltarea emoţională, intelectuală şi fizică. Ele vă ajută să înţelegeţi mai multe despre capacităţile şi slăbiciunile copilului şi vă susţin în perioadele dificile emoţional.

Fiecare copil are nevoie de prieteni. În ciuda atitudinii generale vizavi de copiii cu handicap, colegii de clasă nu-i acceptă întotdeauna ca prieteni pe aceşti copii. Astfel, dumneavoastră, ca părinte, va trebui să vă asumaţi planificarea activităţilor sociale şi recreative pentru copilul dumneavoastră.

Organizaţiile pentru copiii cu handicap în dezvolatare pun la dispoziţie activităţi diverse, incluzând tabere de vară. Asemenea programe îl ajută pe copilul dumneavoastră să se simtă mai bine în situaţii sociale şi să-şi crescă independenţa.

Autismul

Autismul este o boală severă a copilăriei. Un copil autist poate reacţiona extrem de puţin faţă de alţi oameni. Poate comunica puţin, nu vrea să fie alintat şi chiar poate avea repulsie faţă de contactul fizic. Copiii autişti nu acceptă consolare când sunt supăraţi, nu-i imită, de obicei, pe adulţi, în acţiuni cum ar fi să spună la revedere, şi nu se angajează în interacţiuni sociale.

Un copil autist poate avea mişcări repetitive ale corpului, cum ar fi fluturarea din mâini, torsionarea mâinilor, răsucirea sau lovire a capului. Poate fi fascinat de părţile unui obiect cum ar fi roţile unei maşini. Copilul se poate supăra la cea mai mică schimbare în ambient şi poate deveni inexplicabil de insistent în stabilirea rutinei.

Autismul apare, de obicei, înainte de vârsta de 3 ani. Un copil autist poate să nu vorbească şi poate imita sunetele scoase de alţii. Poate avea dificultăţi în a denumi obiectele şi poate prezenta mimică şi gesturi bizare.

Autismul nu are doar o singură cauză. Şi, de asemenea, nu se poate nici vindeca, multe terapii şi intervenţii dezvoltându-se pentru a trata doar semnele şi simptomele sale. Cele mai eficiente tratamente folosesc o combinaţie de educaţie specială, terapie comportamentală şi medicaţie.

Personalitatea şi comportamentul

Dezvoltarea personalităţii copilului este la fel de importantă ca şi cea fizică. În perioada preşcolară pot apărea probleme care să afecteze modul în care se comportă copilul cu dumneavoastră şi cu alţii. Dezvoltarea lui psihologică şi socială progresează foarte rapid. Se produc schimbări impresionante în capacitatea sa de a raţiona, de a citi, de a acţiona moral, de a urma reguli în mod inteligent şi de a interacţiona cu adulţii sau cu alţi copii. Multe schimbări pot fi surprinzătoare sau chiar şocante pentru dumneavoastră ca părinte, aşa încât e util să aveţi o înţelegere a cursului normal al evenimentelor.

Schimbările normale

Reţineţi că dezvoltarea comportamentului copilului nu respectă o schemă strictă. Fiecare copil este diferit şi se dezvoltă în conformitate cu propria schemă. Dacă bănuiţi vreo problemă legată de dezvoltarea copilului dumneavoastră, consultaţi doctorul.

În primii ani căutaţi compania copilului. Discutaţi cu el ceea ce-l interesează şi participaţi la activităţile lui, oricât de banale ar fi

Îmblânzirea încăpăţânării

La vârstă mică, în general, copiii trec printr-o perioadă în care „nu" este cuvântul favorit. Nu contează ce-i spuneţi copilului, de cele mai multe ori răspunsul va fi un „nu" repetat. „Vrei să stai în cadă?" vă întrebaţi fiica. „Nu", răspunde ea. „Atunci, vrei să ieşi din baie?" „Nu". Încăpăţânarea şi accesele de furie sunt părţi normale ale dezvoltării în copilărie. Deşi pare că vrea în mod intenţionat să vă provoace, copilul dumneavoastră, de fapt, nu face aceasta. Este doar un pas pe drumul lung spre independenţă. A trece prin această fază dificilă de dezvoltare necesită multă răbdare şi un simţ dezvoltat al umorului. Dacă sunteţi părintele unui copil aflat în această perioadă de încăpăţânare crasă, amintiţi-vă că orice părinte trece prin aceasta şi ajunge mai târziu să râdă de ea. Următoarele sfaturi vă pot ajuta să parcurgeţi mai lin această perioadă:

- Nu luaţi negativismul copilului dumneavoastră prea în serios sau prea personal.
- Nu pedepsiţi copilul fiindcă spune „nu".
- Daţi-i copilului posibilitatea să aleagă: „Vrei să-ţi iei pantalonii roşii sau verzi?". Lăsându-l să aleagă îi veţi da sentimentul libertăţii şi controlului şi-l veţi ajuta să coopereze. Fiţi atent să nu-i adresaţi întrebări cu o singură variantă de răspuns. De exemplu, la culcare, oferiţi-i posibilitatea să aleagă între a rămâne treaz şi a se culca, dacă nu vreţi să stea treaz.
- Lăsaţi-i copilului o pauză între activităţi. Dacă, de exemplu, copilul se distrează dar este timpul să plecaţi de la locul de joacă, lăsaţi-i un anumit timp: „Te mai poţi da pe tobogan de trei ori şi apoi mergem acasă".
- Lăsaţi-o mai uşor cu regulile. Copiii la această vârstă nu sunt dispuşi să urmeze o listă lungă de reguli de casă. Evitaţi să vă certaţi pe teme neimportante şi hotărâţi-vă care sunt bătăliile mai importante. Aveţi grijă ca interacţiunile de zi cu zi cu copilul dumneavoastră să fie mai degrabă pozitive decât negative.
- Evitaţi să spuneţi chiar dumneavoastră „nu". Este de dorit să fiţi văzută de copilul dumneavoastră ca o persoană agreabilă, drept cineva pe care poate imita.

ele. Căile de comunicare pe care le deschideţi în aceşti ani importanţi în formarea copilului se vor dovedi foarte valoroase în anii de mai târziu, când îl veţi ajuta în probleme de comportament şi de personalitate.

Imaginaţia

Preşcolarii trăiesc o parte a vieţii lor într-o lume bogată, imaginară, în care totul este posibil. Joaca în aceşti ani se învârte în jurul ideii de a pretinde. Adesea este dificil pentru un copil să ştie unde se termină simularea şi unde începe realitatea.

De exemplu, copilul dumneavoastră de 3 ani vă poate explica faptul că nu el v-a spart sticluţa cu parfum, ci un omuleţ verde cu o pălărie galbenă. El nu minte, în sensul obişnuit al cuvântului şi nu ar trebui să-l pedepsiţi sau să-l faceţi să se simtă vinovat pentru că din când în când inventează asemenea poveşti.

Totuşi, unii copii par a trăi în imaginaţie cea mai mare parte a zilei. În cazul în care copilul dumneavoastră petrece prea mult timp cu un prieten imaginar în care chiar crede, vă puteţi întreba dacă viaţa reală a copilului dumneavoastră este suficient de interesantă.



Un copil care trăieşte în lumea lui de vis poate avea nevoie să petreacă mai mult timp cu prietenii sau probabil că nu primeşte destulă atenţie din partea părinţilor.

Independenţa crescută

Independenţa crescută a copilului de vârstă şcolară poate fi în contrast puternic cu cerinţele lui din perioada preşcolară. Deşi poate părea uşor să-i permiteţi copilului dumneavoastră tot mai independent să se ocupe de sine, trebuie menţinută o relaţie deschisă şi plină de încredere dacă se doreşte continuarea ei mai târziu, în adolescenţă.

Deprinderile sociale

În perioada preşcolară, copilul tinde să nu se conformeze. Regulile sociale pot fi derutante pentru el. Copiilor le place să se identifice cu colegii lor şi încep să înţeleagă situaţiile sociale. Adesea ei pot să arate un conformism rigid, care-i face să îmbrăţişeze orice nouă normă socială pe care ajung să o înţeleagă. Se poate să observaţi cum copilul se bucură să aibă o anumită compulsiune, cum ar fi să nu păşească niciodată pe o crăpătură a trotuarului. Aceasta este o formă a copilului de a se prosti cu reguli arbitrare.

Suptul degetului mare sau al arătătorului

Toţi copiii au nevoie să sugă. Suptul degetului mare, al arătătorului sau al unui biberon este obişnuit şi ajută copiii să se liniştească. Pe la vârsta de 4 ani, ei vor renunţa la această practică, exceptând situaţia în care problema a devenit o luptă susţinută între părinte şi copil sau când a ajuns un obicei puternic înrădăcinat. Deoarece suptul degetului mare în timpul somnului este involuntar, el dispare când programul de somn al copilului dumneavoastră se schimbă.

Suptul degetului mare sau al arătătorului la copilul preşcolar sau la şcolar nu este o problemă serioasă. Totuşi, îl poate face să pară bebeluş, ceea ce-l poate expune ridiculizării din partea colegilor. În plus, suptul prelungit al degetului mare sau al arătătorului poate afecta alinierea corectă a dinţilor, făcând necesar mai târziu tratamentul ortodontic. În cazul în care copilul dumneavoastră e mai mic de 4 ani şi-şi suge degetul mare sau alte degete, încercaţi să ignoraţi aceasta şi să-i distrageţi atenţia. Nu-l pedepsiţi, nu-l certaţi şi nu-i trageţi mâna din gură. Aceste metode adesea nu fac decât să înrăutăţească problema.

La un preşcolar mai mare puteţi apela la vanitate. Arătaţi-i copilului dumneavoastră cum se încreţesc degetul mare sau arătătorul şi cum dinţii lor încep să fie mai proeminenţi. Atunci când prindeţi copilul sugând degetul, amintiţi-i cu blândeţe să înceteze şi răsplătiţi-l când vedeţi că nu mai face aşa.

Spre sfârşitul vârstei şcolare, cei mai mulţi copii devin mai flexibili cu privire la rolurile şi regulile sociale. Ei învaţă gradat să reconcilieze sistemele de valori în contradicţie, cum ar fi cele de acasă şi de la şcoală. Ei învaţă faptul că a face un compromis nu este neapărat un semn de slăbiciune.

Totuşi, ceva rigiditate se manifestă adesea. Copiii de 11-12 ani sunt de multe ori preocupaţi să acţioneze şi să se îmbrace la fel ca şi colegii lor şi să nu fie în afara curentului general.

Comportamentul moral

În perioada anilor de şcoală copiii învaţă despre comportamnetul moral – cum să distingă între bine şi rău. Copilul dumneavoastră trebuie să înveţe cum să-şi echilibreze necesităţile şi dorinţele cu cerinţele familiei, şcolii şi societăţii.

Puteţi ajuta copilul să-şi dezvolte simţul datoriei, reponsabilităţii şi realizării realiste. Încurajaţi-l să-şi asume un rol folositor în familie. Aceasta poate consta în încredinţarea unor treburi casnice, familiale, cum ar fi strângerea mesei. Dacă va realiza sarcinile care-i revin, va dezvolta încredere în puterile sale şi un simţ de răspundere cu privire la îndatoriri. Aceasta îi va întări convingerea că este o parte importantă a familiei.

A-i oferi un exemplu de comportament moral este, de asemenea, important. Este bună ideea de a limita şi de a supraveghea privitul la televizor pentru copilul dumneavoastră şi de a evita sau a reduce la minim expunerea lui la un comportament violent şi inadecvat sexual.

Dacă în mod sistematic îi veţi preciza ce comportament îi apreciaţi sau pedepsiţi şi-i explicaţi de ce faceţi aşa, copilul va putea mult mai bine să-şi dezvolte un control intern al acţiunilor morale – o conştiinţă. Sunt mai puţin de dorit măsurile externe de exercitare a controlului, care influenţează comportamentul prin frica de a fi prins sau de a nemulţumi părinţii.

Copiii care cred din suflet în valoarea lor tind să fie mai harnici, mai creativi şi să aibă mai mult succes la şcoală. De asemenea, rezistă mai bine presiunii de a se conforma colegilor lor, ceea ce este foarte important atunci când aceştia le cer să adopte un comportament autodistructiv.

Presiunea colegilor

Colegii şi fraţii joacă un rol important în integrarea în societate a copilului dumneavoastră. De la colegi şi de la fraţi copiii învaţă multe despre competiţie şi cooperare, ca şi despre conformism şi independenţă.

Influenţa altor copii poate rivaliza cu aceea a adulţilor sau o poate depăşi, în parte deoarece copiii se joacă împreună pe poziţii de egalitate. Le este uşor să se înţeleagă între ei. Opinia unui alt copil adesea oferă o alternativă la părerea general răspândită potrivit căreia copilul este obişnuit să asculte de părinţi.

Părinţii şi fraţii pot susţine lucruri diferite faţă de profesori şi colegii şi şcoală. Asemenea conflicte pot ridica probleme la copiii de vârstă şcolară, care râvnesc ca toată lumea să-i placă şi să-i accepte. Când standardele fraţilor şi colegilor intră în conflict cu cele ale adulţilor, copiii de vârstă şcolară sunt înclinaţi să-şi urmeze fraţii şi colegii.

Şcoala elementară este prima lume socială căreia trebuie să-i facă faţă cei mai mulţi copii, fără ajutorul direct la familiei. Ca şcolari, copiii devin membrii unui grup de colegi, noi valori sociale devin importante pentru ei, cum ar fi popularitatea şi rolul de lider. La această vârstă, copiii râvnesc să fie populari şi să nu fie lăsaţi în afara grupului.

Relaţiile între fraţi

Puţine lucruri sunt la fel de exasperante pentru părinţi precum ciondăneala permanentă între copiii lor. Deşi aceste conflicte fac părinţii să-şi dorească să fi avut doar un copil, certurile şi competiţia între fraţi sunt normale.

Problemele între fraţi includ competiţia între un nou-născut şi

Disponibilitatea de a împărţi cu alţii

Pe la vârsta de 3 ani, copiii învaţă conceptul de a împărţi cu alţii. Nu-l pedepsiţi pe copil fiindcă refuză să împartă cu alţii. Totuşi, încurajaţi-l în acest sens şi lăudaţi-l atunci când o face. Într-o anumită dispoziţie, copiii mici smulg jucăriile fraţilor sau ale altui copil care se joacă în apropiere. Dacă se petrece aceasta, luaţi înapoi jucăria de la copil şi restituiţi-o copilului care o folosea. Întotdeauna lăudaţi copilul când cere altuia o jucărie şi când o înapoiază la cerere.



un copil mic, agresiunea fizică şi cearta permanentă. Interesant este că în zilele în care nu se ceartă, copiii dumneavoastră sunt cei mai buni prieteni.

Rivalitatea între fraţi

O anumită rivalitate între fraţi este normală şi poate să-i ajute să interacţioneze onest cu alţi oameni. Nu trebuie să vă îngrijoraţi dacă, eventual, copiii dumneavoastră rivalizează între ei, brutal şi certăreţ. În pofida fricţiunilor, fraţii mai mari, adesea, contribuie mult la educarea, socializarea şi susţinerea fraţilor mici. Adesea, rivalitatea deschisă dispare spre finalul anilor de şcoală.

Uneori, totuşi, neînţelegerile dintre fraţi pot fi serioase. Dacă este aşa, s-ar putea să fie necesar să ţineţi un consiliu de familie ca să realizaţi cum a început problema şi cum poate fi oprită. Cauza ascunsă a antagonismului poate fi o problemă familială, cum ar fi o tensiune între soţi. Fără a realiza aceasta, părinţi pot pune copiii în situaţia de a ţine partea unuia sau altuia în conflictul dintre mamă şi tată, iar fraţii să reacţioneze în concordanţă cu simpatiile lor.

Naşterea unui frate poate face un copil de vârstă şcolară să simtă că i-a fost uzurpat locul din familie. Faţă de un preşcolar, un copil de vârstă şcolară este, de obicei, mai în măsură să-şi controleze gelozia faţă de nou-născut. Totuşi, şcolarul dumneavoastră poate acuza că i se acordă mai puţină atenţie decât înainte.

Este bine să fiţi receptivi la nevoile copilului dumneavoastră de vârstă şcolară şi să vă rezervaţi puţin timp în doi. Copiii de vârstă şcolară adesea se bucură să se joace şi să îngrijească de noul „lor" copil. Dacă încă vă mai faceţi griji cu privire la copilul dumneavoastră, vorbiţi cu doctorul lui.

Bătaia

Copiilor trebuie să li se spună că nu au voie să se lovească, cu pumnii sau cu picioarele, sau să se muşte unul pe altul. Când se bat, separaţi-i imediat. Trimiteţi-i în camere diferite pentru câteva minute pentru a se linişti.

Certurile

Ajutaţi copiii să înveţe cum că pună capăt certurilor dintre ei. Când se ceartă, încercaţi să nu vă amestecaţi, chiar dacă aceasta înseamnă că trebuie să mergeţi în altă cameră. Dacă vă implică în discuţia lor, ajutaţi-i să clarifice problema – dar lăsaţi-i pe ei să găsească soluţia. Când copiii sfârşesc cearta, lăudaţi-i. Evitaţi să daţi dovadă de favoritism.

Sexualitatea

Copilul dumneavoastră preşcolar are o curiozitate sexuală naturală care se manifestă în multe moduri. La vârsta şcolară, copilul va continua să-şi definească sexualitatea. Procesul acesta este o parte vitală a muncii mai ample de descoperire şi de înţelegere a propriei identităţi. Copilul dumneavoastră poate face, de asemenea, primele încercări pentru a explora activitatea sexuală, pe la sfârşitul acestei perioade. Răspundeţi direct şi simplu la întrebările lui despre sex. Folosiţi un limbaj anatomic corect.

Preşcolarul

Este normal pentru copii să-şi exploreze corpul şi să facă orice să se simtă bine. Autostimularea este una dintre căile în care se manifestă curiozitatea sexuală naturală a copilului. În general, băieţii trag de penis, iar fetiţele îşi freacă organele genitale externe.

Masturbarea ocazională este normală şi nu constituie un motiv de îngrijorare. Un copil se stimulează singur pur şi simplu pentru că se simte bine. Unii copii se masturbează deoarece sunt nefericiţi sau trăiesc şi reacţionează la circumstanţe stresante.

În cazul în care copilul se masturbează, încercaţi să nu vă neliniştiţi. Nu înseamnă că va deveni promiscuu sau că va avea mai târziu devieri sexuale. Nu este dăunător fizic, nici nu produce probleme emoţionale decât dacă un părinte hiperreacţionează şi-i inoculează ideea că sexul este murdar şi înspăimântător.

Deoarece este dificil de oprit un copil să se masturbeze, este mai bine ca pur şi simplu să acceptaţi aceasta. Totuşi, va fi nevoie să-i explicaţi copilului faptul că, dacă este normal să se masturbeze în intimitatea unui dormitor sau unei băi, în alte locuri nu este bine. Atunci când copilul începe să se masturbeze într-un context social, încercaţi să-i distrageţi atenţia. Dacă nu izbutiţi, luaţi-l deoparte, într-un dormitor sau într-o baie.

Pe lângă autostimulare, mulţi preşcolari sunt curioşi cu privire la corpul părinţilor lor. Un copil mic poate vrea să atingă sânii mamei sau penisul tatălui. Un alt copil poate fi găsit pe jumătate dezbrăcat, jucându-se de-a doctorul cu copilul unui vecin. Aceste comportamente sunt normale.

Feriţi-vă să vă manifestaţi şocaţi sau furioşi. În loc de aceasta, accentuaţi faptul că unele lucruri

sunt intime şi că, deşi este firesc pentru el să se atingă singur, nu este bine pentru alţii, chiar prieteni, să-l atingă în acelaşi mod, chiar dacă este vorba despre prietenie, exceptând un consult la doctor. Apoi insistaţi pe faptul că nici un alt adult nu are voie să-l atingă acolo.

Copilul de vârstă şcolară

Cei mai mulţi copii de vârstă şcolară sunt deja capabili să înţeleagă rolurile sexuale distincte pe care societatea le consideră adecvate bărbaţilor şi femeilor.

Probabil că veţi dori ca şi copilul dumneavoastră să exprime toate aspectele personalităţii sale, masculine şi feminine. Totuşi, veţi constata cât de des sunt zădărnicite eforturile dumneavoastră de multitudinea neliniştitoare a presiunilor sexuale care vin din partea colegilor de şcoală, profesorilor, televiziunii sau altor mijloace media şi societăţii în general.

În pofida atitudinii dumneavoastră, copilul de vârstă şcolară poate alege să nu îmbrăţişeze rolul atribuit sexului lui. O fată poate fi etichetată drept băieţoasă, iar un băiat drept molâu. Societatea şi familia se poate să impună mai mult băieţilor decât fetelor să se conformeze strict rolului sexului lor. În general, atitudinea masculină a fetelor este mai uşor tolerată decât cea feminină a băieţilor.

Dacă vă îngrijorează faptul că băiatul dumneavoastră de vârstă şcolară arată prea mult interes în a se juca cu păpuşile sau a îmbrăca haine de fată, este mai bine să-l descurajaţi cu blândeţe şi să nu vă arătaţi îngrijorarea. Fiţi convinşi că mulţi băieţi manifestă grade diferite de masculinitate când cresc. Sexualitatea şi rolurile sexuale nu sunt statice. Ele continuă să evolueze în copilărie, adolescenţă şi chiar la vârsta adultă.

Cei mai mulţi copii de vârstă şcolară îşi concentrează atenţia asupra colegilor lor de acelaşi sex. Mulţi chiar manifestă pasiune pentru colegi de acelaşi sex. Totuşi, este normal pentru ei să exploreze din când în când sexul opus. Curiozitatea şi incapacitatea de a înţelege tabuurile sociale sunt, de obicei, motivele pentru care se joacă de-a doctorul.

În timpul anilor de şcoală cei mai mulţi copii continuă să se joace din când în când cu organele lor sexuale, aşa cum au făcut în prima copilărie şi în perioada preşcolară. Masturbarea, în general, nu trebuie să fie un motiv de îngrijorare.

Începutul pubertăţii este o ocazie bună pentru a-l educa în privinţa dezvoltării sexuale, indiferent că aţi făcut sau nu deja aceasta. Puteţi ajuta copilul să fie pregătit pentru cascada de schimbări prin care va trece în următorii ani corpul lui. Scopul este ca el să întâmpine această schimbare fără ruşinea sau anxietatea că acestea se produc prea repede sau prea încet.

În anii mai târzii de şcolarizare, copiii sunt dornici să se conformeze. Obsesia de a fi „normal" coincide cu perioada în care dezvoltarea corpului lor se deosebeşte de cea a colegilor săi. Chiar copiii care sunt la nivel mediu de creştere fizică simt adesea că se dezvoltă prea lent sau prea rapid. Puteţi să daţi asigurări copilului că se află în limitele normale ale dezvoltării.

Nu vă îngrijoraţi dacă pubertatea copilului dumneavoastră începe puţin mai devreme sau mai târziu decât cea a colegilor lui. Aceasta nu este o problemă medicală. Totuşi, copilul dumneavoastră se simte penibil şi conştient de diferenţele faţă de nivelul mediu. Fiţi receptivi la aceste stări ale lui.

În acelaşi timp, asiguraţi-vă că se simte bine. E util să vă repetaţi că orice copil, inclusiv copilul dumneavoastră şi oricare dintre colegii lui, merg pe acelaşi drum spre maturitate şi că fiecăruia îi ia un anumit timp să ajungă acolo.

Fricile şi fobiile

Pe măsură ce creşte, în mod inevitabil, copilul va avea anumite frici, care se vor schimba cu vârsta şi care pot fi chiar necesare pentru dezvoltarea fizică.

Fricile sunt în legătură cu percepere unei ameninţări prezente sau doar posibile. Frica este necesară pentru supravieţuire. De exemplu, frica de un câine care latră sau mârâie este normală. Copilul percepe o ameninţare reală şţi este firesc să se sperie şi să încerce să evite pericolul.

Totuşi, un copil care continuă să fie terifiat de cockerul spaniol prietenos, care dă din coadă, al vecinilor, are o frică iraţională sau o fobie.

Fricile variază de la copil la copil, dar unele apar mai frecvent la anumite grupe de vârstă. De exemplu, unii copii sunt speriaţi de baie. Există frica de a nu aluneca în apă sau de a nu-i intra

? **Întrebare şi răspuns**

Când este cel mai bun moment să-i vorbiţi copilului dumneavoastră despre berze şi albine?

Copilul preşcolar poate fi prea mic pentru a înţelege felul în care apar copiii, dar nu este prea mic pentru a învăţa despre atingerile necuviincioase. Explicaţi-i copilului dumneavoastră că este normal să se atingă atunci când este în intimitate, dar nu este normal ca alţii, inclusiv familia şi prietenii, să-l atingă în acest fel, decât în situaţii speciale, cum ar fi când este examinat de doctor. Un moment bun pentru a începe să vorbiţi despre chestiunile sexuale este când copilul începe şcoala. Schimbările puberale încep, în general, pe la vârsta de 11 ani. Înainte de această vârstă, copilul dumneavoastră ar trebui să ştie despre:

- numele şi funcţiile organelor sexuale feminine şi masculine
- pubertate
- ciclul şi sarcina.

Bătăuşul de la şcoală

Agresiunea nu ajută nimănui. Bătăuşii sunt predispuşi şi altor probleme de comportament şi faptelor penale, mai târziu. Ei sunt adesea deprimaţi, fără încredere în sine şi lipsesc de la şcoală. Dintr-un raport al Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii reiese că 30% dintre copiii din clasele a VI-a - a X-a au cauzat agresiuni, au fost agresaţi sau ambele.]

Copiii care se necăjesc unii pe alţii şi au disputele lor nu intră în această categorie. Agresiunea se produce atunci când necăjirea şi confruntările sunt făcute special pentru a răni sau a perturba, se repetă în timp, victimizează un copil mai puţin puternic sau include insulte, ameninţări şi răspândirea de zvonuri.

Iată câteva sugestii pentru a face faţă acestui fenomen:

- Învăţaţi-vă copilul să anunţe cazurile de agresiune.
- Întrebaţi-l dacă îl necăjeşte cineva şi dacă se joacă singur în pauză.
- Învăţaţi-l să fie sigur pe el în ceea ce face deoarece agresorii caută victime ce par slabe.
- Implicaţi-vă copilul în activităţi care ajută la creşterea încrederii în sine, cum ar fi teatrul, muzica sau sportul.
- Cereţi să vă întâlniţi cu profesorii şi cu părinţii copilului agresor.
- Cereţi o supraveghere mai bună la şcoală.
- Informaţi-vă dacă şcoala în care învaţă copilul dumneavoastră are o politică fermă faţă de agresiune. Dacă nu, discutaţi cu dirigintele şi cu directorul şcolii posibilitatea de a pune la punct aşa ceva – ar reduce riscul pentru copilul dumneavoastră de a deveni victimă sau agresor.



săpun în ochi. Preşcolarii se pot teme de străini. Separarea de părinţi este o altă frică des întâlnită. Cu cât copilul creşte, fricile se schimbă şi pot fi legate de întuneric, de monştri, de a fi singur sau de moarte.

Când copilul dumneavoastră trece printr-un moment de frică, încercaţi să-l susţineţi şi să-l încurajaţi. Nu-l forţaţi să se confrunte cu obiectul fricii. Încercarea de a face un copil care se teme de animale să mângâie un câine poate doar complica situaţia.

Liniştirea sub formă de îmbrăţişare sau de sărut poate fi un medicament puternic pentru copilul care se teme de întuneric. O lumină aprinsă noaptea ajută adesea.

Fiţi creativi în căutarea soluţiei la această problemă. Dacă, de exemplu, fiul dumneavoastră de 3 ani este înspăimântat de monştri care pândesc în casa întunecată, începeţi o căutare nocturnă a monştrilor. În fiecare noapte, la culcare, scotociţi camera împreună în căutarea monstrului. Odată ce fiul dumneavoastră s-a asigurat că nu există nici un monstru, va fi de acord să meargă la culcare. Peste câteva săptămâni nu va mai fi nevoie să căutaţi monstrul.

Aceasta indică o perioadă în care imaginarul pare real. De asemenea, puteţi să încredinţaţi unui urs de pluş responsabilitatea de a sta treaz toată noaptea pentru a ţine departe monştrii. Dimineaţă, lăudaţi-l pentru treaba bine făcută.

Când copilul îşi învinge măcar o mică parte din frică, lăudaţi-l. Multe frici se rezolvă în timp. Cele care nu dispar sau care deranjează copilul sau familia necesită consiliere.

Fobia şcolară

Fobia şcolară – evitarea şcolii sau refuzul de a merge la şcoală – poate fi o modalitate de a reacţiona la stresul foarte mare şi la situaţiile pe care copilul nu le poate controla. Fobia şcolară este adesea o tulburare anxioasă diferită de anxietate şi constă adesea dintr-un cumul de simptome fizice, care, în loc să se amelioreze, se agravează. Tulburarea este ereditară şi apare mai frecvent în primii ani de şcoală. Îi afectează în mod egal pe băieţi şi pe fete.

Când copilul dumneavoastră este fricos şi incapabil să facă faţă unei situaţii de la şcoală, el poate avea simptome ca: dureri de cap, de stomac, greaţă, ameţeală sau hiperventilaţie. Acestea sunt simptome asupra cărora copilul, adesea, nu poate avea nici un control. În multe cazuri, copilul nu ştie cu exactitate de ce se simte rău şi-i este dificil să explice anume ce îi produce disconfort.

Copilul poate să se teamă de eşec, de a fi bătut de un derbedeu de la şcoală sau de a fi tachinat. Uneori, copiii care şi-au pierdut un părinte prin deces sau divorţ pot să se teamă că atunci când sunt la şcoală pot să-l piardă şi pe celălalt.

Încurajarea de a lipsi de la şcoală sau chiar planificarea ei vor accentua simptomele fizice. Totuşi, dacă părinţii devin furioşi, anxietatea copilului va creşte, accentuând nivelul stresului şi agravând simptomele fizice.

Copilul dumneavoastră va trebui examinat de un doctor pentru a fi exclusă probabilitatea unei boli fizice. Dacă nu este găsită nici o problemă fizică, luaţi în calcul consultul la un specialist pe probleme mintale, cum ar fi psihiatru, psiholog sau consilier.

În rândul copiilor mai mici, această problemă poate fi adesea rezolvată cerând sprijinul şcolii şi asigurându-i copilului susţinere emoţională. Cooperarea strânsă dintre părinţi şi personalul şcolii este esenţială. Dacă problema persistă sau apare la copii mai mari, evaluarea şi tratamentul de către persoane avizate sunt adesea utile. Tratamentul pentru fobia şcolară poate include psihoterapie pentru a determina sursa anxietăţii şi a-i face faţă, precum şi posibilă medicaţie, pentru a ajuta la tratarea anxietăţii.

Îngrijirea generală

Ca părinte, faceţi multe pentru a vă proteja copilul de boală – vaccinarea copilului, apelarea la doctor

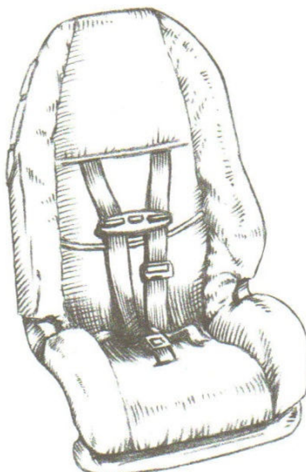
când are febră etc. Câteva lucruri pe care le faceţi zi de zi sunt şi ele importante pentru sănătatea copilului dumneavoastră. Aici intră orice, de la asigurarea securităţii copilului dumneavoastră în maşină până la a pune bazele unei diete sănătoase pentru el.

Alte deprinderi de bun-simţ sunt supravegherea sănătăţii şi păzirea vieţii. Nu fumaţi în casă. Asiguraţi-vă că armele de foc sunt ţinute încuiate şi că muniţia este pusă separat. Folosiţi detectoare de fum şi de monoxid de carbon în casă. Aceste deprinderi de mai jos asigură copilului dumneavoastră cea mai bună protecţie în situaţiile cotidiene.

Siguranţa în maşină

Fixaţi întotdeauna bebeluşul sau copilul mic într-un scaun special proiectat atunci când călătoriţi cu maşina. Sfaturi pentru utilizare corectă a scaunelor pentru bebeluşi şi copii vezi la pag. 165. Copilul poate călători într-un scaun de maşină până când ajunge la înălţime ade 1 m şi atinge greutatea limită a scaunului de maşină. Atunci poate schimba scaunul de maşină pentru copii cu un scaun de siguranţă. Scaunele de siguranţă se recomandă la copiii cu vârste între 4 şi 8 ani. Un scaun de siguranţă ajută la evitarea unor răni severe abdominale şi toracice în timpul unei coeziuni.

Scaunele de siguranţă sunt de 2 tipuri – cu sau fără spătar înalt. Scaunele de siguranţă cu spătar înalt pot fi folosite în orice tip de vehicul care are centuri pentru umeri şi bazin. Scaunele de siguranţă fără spătar înalt trebuie folosite doar în vehicule cu suport pentru cap, pentru a permite aşezarea corectă a capului şi gâtului copilului. Ambele tipuri



Scaunele de protecţie se recomandă pentru copiii cu vârste de 4-8 ani.

trebuie folosite cu centuri pentru bazin şi umeri.

Copilul trebuie să folosească un scaun de siguranţă până când va avea mărimea suficientă pentru a utiliza centurile de siguranţă ale maşinii pentru bazin şi umeri. Copiii pot beneficia de centura de siguranţă a unui adult atunci când pot sta în fund, fără a se bălăngăni, cu spatele împins bine în scaunul vehiculului şi când genunchii lor depăşesc complet şi lejer marginea scaunului.

Centura pentru umeri nu trebuie să treacă peste gât. Centurile pentru umeri şi bazin trebuie să fie amândouă închise. Copiii pun adesea centura pentru umeri în spate, lăsând-o funcţională doar pe cea pentru bazin. Aceasta nu asigură protecţie adecvată în cazul unui accident.

În vehiculele cu un air bag în faţa pasagerului, copiii sub 12 ani ar trebui să stea pe locurile din spate. Chiar şi în cazurile în care nu există air bag, este mai sigur să puneţi copiii mici pe scaunul din spate.

Siguranţa în timpul liber

Căutaţi locuri sigure pentru copilul dumneavoastră în pauzele lui de joacă, sub supraveghere. Curţile, terenurile de joacă, parcurile şi centrele publice sunt exemple de acest tip. Altfel, copiii pot alege să se joace în locuri alese întâmplător sau prea puţin sigure, unde riscul de rănire este mai mare şi unde, dacă se produce un accident, nu pot fi ajutaţi.

Sporturile organizate cum ar fi baseball-ul pentru copii şi fotbalul sunt activităţi excelente pentru şcolari. Căutaţi cursuri care sunt supervizate de adulţi şi care pun accentul pe disciplină şi jocul de echipă, mai mult decât pe victorie.

Ciclismul, skateboardul şi rolele sunt activităţi de exterior foarte populare. Totuşi, cei care le practică sunt expuşi la accidente rezultate din lovituri la cap, spate, genunchi, încheieturile mâinilor şi coate. Fracturile închieturii mâinii sunt cele mai serioase traume produse de aceste activităţi. Loviturile la cap sunt cele mai ameninţătoare de viaţă sau cu potenţial debilitant, de aceea purtarea unei căşti de protecţie este atât de importantă.

Indiferent la ce sport sau la ce



De ce ► / ▼ Ce să poarte	Amortizează loviturile la cap	Împiedică rănile încheieturii mâinii	Absorb impactul	Împiedică arsurile produse de pietriş
Cască	√		√	
Protectoare pentru încheietura mâinilor		√	√	√
Cotiere şi genunchiere			√	√

Copiii şi televiziunea

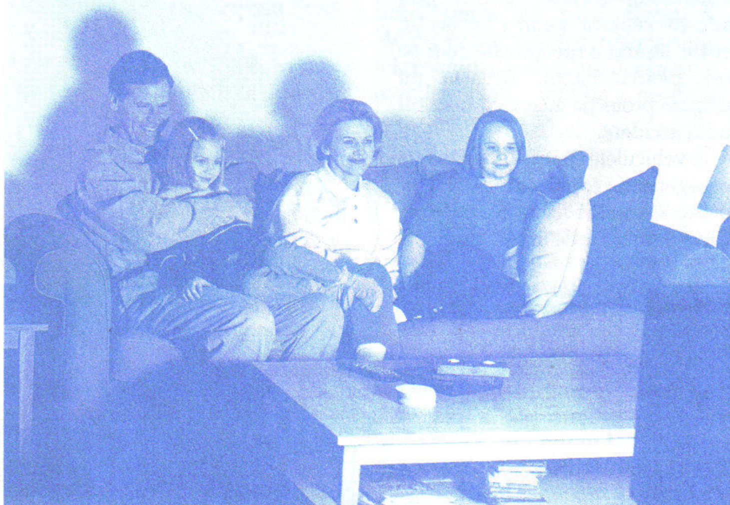
Copiii se uită mult la televizor în SUA. Ei petrec aproximativ 4 ore pe zi privind la televizor. Aceasta nu include timpul petrecut în faţa unui ecran urmărind programe înregistrate sau jucând jocuri video. Deşi televiziunea poate fi educativă şi antrenantă, ar fi mai bine ca activităţi mai sănătoase să ocupe timpul copilului dumneavoastră. Copiii au nevoie să petreacă timp împreună cu prietenii şi familia. Ei au nevoie să facă mişcare şi efort. Prea mult timp în faţa televizorului poate contribui la obezitate în copilărie.

Părinţii ar trebui să fie preocupaţi de programele şi reclamele care transmit mesaje pe care nu le doresc copiilor lor. De exemplu, copiii pot urmări programe care nu arată consecinţele alcoolului, fumatului sau ale drogurilor. Reclamele prezintă alimente nesănătoase pentru copii, cum ar fi bomboanele, snacks-urile şi băuturile sau cerealele îndulcite.

Un motiv aparte de îngrijorare îl constituie descrierea violenţei şi efectele ei asupra copilului. Studiile realizate au arătat că expunerea la violenţa din media poate face copilul mai agresiv şi-l poate desensibiliza faţă de abuzarea altora. Violenţa din media poate propune un model cultural pentru ceea ce un copil consideră un comportament normal.

Următoarele sugestii pot ajuta părinţii să creeze un climat mai sigur de vizionare la TV:

- *Un set de reguli.* Stabiliţi limitele, cantitatea şi tipul de programe pe care copilul dumneavoastră le poate urmări.
- *Priviţi la televizor împreună cu copilul dumneavoastră.* Discutaţi temele care pot apărea în timpul unei emisiuni. De exemplu, dacă vedeţi amândoi o scenă violentă, cereţi-i copilului să se gândească la ceea ce simte victima.
- *Învăţaţi despre tipurile de jocuri TV şi video.* Un tip TV-Y este cu emisiuni sau jocuri făcute pentru copiii de toate vârstele; TV-Y7 înseamnă că emisiunea sau jocul conţine violenţă redusă de tip fantastic sau violenţă de tip auditiv mai adecvată copiilor de 7 ani şi mai mari. Jocurile video se clasifică în Ec („early childhood" = prima copilărie) pentru copii de 3 ani şi mai mult, E („everyone" = oricare) pentru copiii de cel puţin 6 ani şi T („teen") pentru utilizatorii de 13 ani şi mai mari.
- *Folosiţi v-chip:* v-chip incluse de curând în televizoare pot fi programate pentru a bloca programe neadecvate. O cutie externă v-chip este disponibilă pentru televizoare fără v-chip.



activitate participă copilul dumneavoastră, asiguraţi-vă că poartă echipament de protecţie adecvat. Procedând astfel, nu eliminaţi riscul de a se lovi, dar puteţi scădea frecvenţa şi severitatea traumatismelor.

Siguranţa acasă

La copii, principala cauză de moarte o constituie accidentele. Preşcolarii, mai ales cei de 2-3 ani, sunt deosebit de expuşi acasă. Desigur, vă veţi lua anumite precauţii pentru a asigura protecţia copilului dumneavoastră. Dar când acesta începe să meargă, concentraţi-vă şi mai mult pe siguranţa lui şi fiţi atenţi la noile pericole care apar pe măsură ce copilul creşte.

Cu cât preşcolarii cresc, vor fi în măsură să înţeleagă de ce nu trebuie să-şi înfigă degetele într-o priză, să pună nasturi în gură sau să se joace cu chibriturile. Chiar şi aşa, copiii de 4-5 ani fac lucruri care-i pot răni. Nici un copil mai mare nu poate fi considerat vreodată în deplină siguranţă.

Accidentările obişnuite, de acasă sau din timpul jocului sunt arsurile, înecul, otrăvirea, căzăturile şi sufocarea. Deşi nu puteţi feri copilul de julituri şi cucuie, măsurile de siguranţă pot reduce în mare măsură trauma.

Arsurile

Pielea unui copil este mai sensibilă dacât a adulţilor şi se poate arde uşor. Dacă pielea copilului dumneavoastră vine în contact cu apă fierbinte, de la robinet, la 60 C sau mai mult, se pot opări. Iată câteva sfaturi pentru a reduce riscul de arsură:

- Fixaţi termostatul de apă caldă la maximum 50 C.
- Instalaţi detectoare de fum şi de monoxid de carbon pe fiecare etaj al casei. Verificaţi-le periodic.
- Nu lăsaţi copilul niciodată singur acasă.
- Ţineţi chibriturile acolo unde copilul nu poate ajunge.
- Când gătiţi, orientaţi mânerele cratiţelor către partea din spate a

aragazului. Nu folosiţi, dacă se poate, ochiurile de gătit din faţă.

- Nu folosiţi feţe de masă sau suporturi pe care copilul le-ar putea trage de pe masă, deoarece lichidele fierbinţi plasate pe ele s-ar putea răsturna pe copil.
- Niciodată să nu beţi ceva fierbinte ţinând copilul în poală sau să lăsaţi un lichid fierbinte pe marginea mesei, acolo unde copilul ar ajunge ca să tragă de el cu uşurinţă.
- Puneţi măşti la toate prizele pe care nu le mai folosiţi. Evitaţi folosirea de cabluri lungi. Verificaţi toate conductoarele.
- Nu ţineţi la îndemâna copilului aparate cum ar fi fierul de călcat sau ondulatorul electric.
- Să aveţi în bucătăria dumneavoastră un extinctor.

Înecul

Un copil îşi pierde cunoştinţa după doar 2 minute de stat sub apă. Multe înecuri ale copiilor se produc în piscinele de la domiciliu sau în cadă. Pentru a scădea riscul de înec, urmaţi aceste instrucţiuni:

- Nu lăsaţi niciodată singur în cadă un preşcolar.
- Nu lăsaţi niciodată copilul să înoate într-o piscină fără a fi supravegheat de un adult.
- Dacă aveţi o piscină în aer liber, montaţi un gard mai înalt decât copilul în jurul ei.
- Învăţaţi-vă copilul să nu înoate niciodată sau să meargă în apă fără supravegherea unui adult.
- Întotdeauna puneţi copilului o vestă de salvare când sunteţi în apă sau când călătoriţi pe apă. Daţi un bun exemplu purtând şi dumneavoastră aşa ceva.

Otrăvirea

Otrăvirea este o cauză obişnuită de accident acasă. Copiii mai mici, mai ales, sunt vulnerabili.

- Ţineţi toate medicamentele într-un dulap.
- Ţineţi departe de copil soluţiile de curăţare într-un dulap, instalaţi încuietori care să facă imposibilă pentru copil deschiderea uşii dulapului.
- Nu depozitaţi nimic în recipiente de alt tip. De exemplu, dacă puneţi vopsea de ulei într-o sticlă de suc, copilul ar putea-o bea, crezând că este suc.
- Dacă depozitaţi chimicale toxice în garaj, nu le puneţi la îndemâna copilului.
- Multe plante de casă obişnuite sunt otrăvitoare dacă sunt mâncate. Puteţi face rost de o listă de asemenea plante de la centrul local de toxicologie. Cel mai bine este să nu aveţi plante otrăvitoare în casă. Dacă aveţi vreuna, ţineţi-le departe de copil.
- Ţineţi la îndemână numărul de telefon al celui mai apropiat centru toxicologic şi sunaţi acolo imediat atunci când credeţi că s-a intoxicat copilul dumneavoastră.
- Să aveţi sirop de ipeca pentru a stimula voma în cazul în care copilul dumneavoastră înghite ceva dăunător. Nu provocaţi voma până când nu sunteţi sfătuiţi de cineva de la centrul de toxicologie sau de doctorul dumneavoastră. Unele substanţe pot fi mai dăunătoare dacă vin înapoi în esofag.

Căzăturile

Căzăturile sunt frecvente la vârsta preşcolară. Pentru a vă proteja copilul de căzăturile periculoase, luaţi-vă aceste măsuri.

- Dacă mai stă încă în pătuţ, ţineţi ridicate marginile patului sau gândiţi-vă la posibilitatea de a muta copilul într-un pat. După vârsta de 2 ani, un pătuţ poate deveni un pericol în cazul în care copilul încearcă să se caţere pe el sau în afara lui.
- Instalaţi uşi de protecţie la ambele capete ale scărilor din casă.
- Montaţi o plasă de protecţie în dreptul deschiderilor în afară ale casei sau ale scărilor, acolo unde un copil mic ar putea aluneca.
- Asiguraţi-vă că ferestrele sunt închise sau că au plase de protecţie.
- Nu puneţi un copil mai mic de 6 ani în patul de sus dacă aveţi paturi suprapuse.
- Supravegheaţi-l întotdeauna afară.
- Interziceţi folosirea acasă a trambulinelor când părinţii nu sunt de faţă. Nu permiteţi ca o

Siguranţa on-line

Internetul este un instrument grozav pentru învăţare şi distracţii, dar prezintă potenţiale riscuri, mai ales pentru copii. Copiii pot fi expuşi la materiale care prezintă violenţa sau sexul în mod explicit, pot fi atraşi de pedofili sau pot fi victimele unor mesaje ameninţătoare sau abuzive prin e-mail ori reclame.

Dacă utilizarea Internetului de către copilul dumneavoastră vă îngrijorează cu privire la siguranţa lui, iată câteva lucruri de care trebuie să fiţi conştient:

- Excesiva utilizare a Internetului, mai ales noaptea.
- Timpul nesupravegheat într-o cameră de chat.
- Prea multe fişiere grafice descărcate.
- Telefoane de la străini.
- Întâlniri cu persoane necunoscute.

Dacă vreţi să reduceţi riscurile, urmaţi aceste sugestii:

- Permiteţi utilizarea doar a unor camere de chat furnizate de un server sau un site cunoscut.
- Ţineţi calculatorul într-un loc din casă la care să aibă acces şi alte persoane din familie.
- Alegeţi serviciile de Internet cu atenţie. Unele vă permit să blocaţi acele zone pe care le consideraţi nepotrivite pentru copii. Sau puteţi procura filtrare software.
- Învăţaţi mai multe despre calculator chiar dumneavoastră. Puteţi afla informaţii despre ce site-uri pot fi accesate de pe calculatorul dumneavoastră.
- Cereţi copilului să semneze o înţelegere cu privire la aceste reguli.



trambulină să fie folosită mai mult de o persoană o dată. Respectați perimetrul de protecție.
- Cercetați terenul de joacă și echipamentele de protecție pentru joacă. Pe terenurile de joacă pot surveni accidente serioase. Înainte de a lăsa copilul să utilizeze echipamentul pentru joacă, asigurați-vă că este prins adecvat, că nu are pete de rugină, margini tăioase sau proeminente, șuruburi slăbite ori cuie desfăcute. Suprafața de sub leagăne sau a terenurilor de joacă nu trebuie să fie din beton, asfalt sau noroi uscat, ci dintr-un material care amortizează căderile, cum ar fi nisipul moale sau rumegușul.

Sufocarea

Preșcolarii mici pot pune orice în gură, ceea ce le poate cauza sufocarea. Pentru a împiedica sufocarea:
- Alegeți jucării adecvate vârstei copilului dumneavoastră.
- Asigurați-vă că jucăriile copilului nu au nasturi desfăcuți sau margini tăioase.
- Evitați să-i dați copilului alimente care i s-ar putea opri în gât, de exemplu hot dog, floricele de porumb, bomboane tari, unt de arahide și morcovi cruzi.
- Nu lăsați copilul să mănânce decât la masă, mai ales să nu mănânce când aleargă.
- Fixați draperiile și jaluzelele ferestrelor.

Îngrijirea copilului

Puține lucruri sunt atât de importante pentru părinții care lucrează ca îngrijirea copilului. A găsi cea mai bună îngrijire pentru copil poate fi o mare problemă deoarece toți părinții vor tot ce e mai bun pentru copiii lor. Veți dori să găsiți o persoană de nădejde, afectuoasă, și un ambient curat și sigur pentru copiii dumneavoastră.

Tipuri de îngrijire

Sunt disponibile 3 tipuri de îngrijire pentru copil:
- *Îngrijirea acasă a copilului.* Îngrijirea se face în casa dumneavoastră. Această opțiune este cea mai convenabilă, dar poate fi cea mai scumpă.
- *Îngrijirea într-o familie.* Îngrijirea este oferită în casa celei care este angajată. Această opțiune este cea mai cunoscută formă de îngrijire a bebelușilor și a copiilor mici. Asigură o atmosferă asemănătoare celei de acasă și limitează mărimea grupului de copii. Regulile cu privire la câți copii pot fi în casă, ca și cele privitoare la siguranță, sănătate, instalații sanitare și incendii variază de la stat la stat.
- *Centre de îngrijire a copilului.* Îngrijirea este oferită într-un centru de dezvoltare a copilului, creșă sau grădiniță. Această opțiune dă copilului șansa dea interacționa cu un număr mai mare de copii. Numărul copiilor din centrele de îngrijire a crescut.

Alegerea tipului de îngrijire

Dacă sunteți pe cale de a căuta un tip de îngrijire de calitate pentru copilul dumneavoastră în afara casei dumneavoastră, iată câteva lucruri de urmărit:
- Asigurați-vă că instituția este atestată de statul dumneavoastră. Aceasta înseamnă că a satisfăcut anumite standarde și trebuie să se supună unor norme de sănătate diverse. Îngrijirea într-o familie, oferită de anumite educatoare în afara casei dumneavoastră, poate fi mai puțin costisitoare, dar educatoarea să nu fie avizată de stat. Aceasta înseamnă că poate să nu fie monitorizată de autoritățile statale.
- Vizitați mai multe centre de îngrijire a copilului înainte de a face alegerea. Aceste instituții ar trebui să fie oricând la dispoziția părinților. Căutați acele instituții care le permit părinților să facă vizite neanunțate. Asemenea vizite pot servi la protecția atât a educatoarelor cât și a copiilor. Fiți precauți față de acele locuri în care se cere părintelui să sune înainte de a veni.
- Vorbiți cu educatoarea sau cu directorul centrului. În mod ideal, raportul numeric personal/copii variază între 1/4 și 1/6, în funcție de vârsta copiilor. Cu cât copilul este mai mic, cu atât necesită mai mult personal. Există un televizor color? Dacă da, cât de des li se permite copiilor să privească la el? Vizionarea la televizor, dacă este permisă, ar trebui redusă la minim și făcută selectiv. Cum fac față bătăilor dintre copii? Ce educație primește un copil de la educatorii săi? Sunt admise animale în incintă?
- Odată ce v-ați hotărât cu privire la centrul de îngrijire, vizitați din nou instituția. De preferat este să veniți în momente diferite ale zilei. Copiii sunt fericiți sau ocupați? Au multe de făcut sau par a sta degeaba? Educatoarea sau restul personalului sunt calzi, încurajatori și dispuși să ia în brațe un copil care plânge? Sunt destule chiuvete și toalete pentru copii? Asigurați-vă că terenul de joacă este sigur, cu garduri adecvate, și că dispozitivele de joacă sunt în bună stare. În plus, verificați la Centrul de protecție a copilului din zona dumneavoastră dacă instituția sau educatoarea respectivă au fost vreodată investigate.

Faceți tranziția

Odată ce ați găsit o îngrijire adecvată pentru copilul dumneavoastră, faceți-vă timp pentru a acomoda copilul cu aceasta. A fi departe de dumneavoastră poate fi dureros și sfâșietor pentru el, așa că aranjați să petreceți o parte din prima zi în acel loc împreună. Aceasta s-ar putea să nu fie necesar pentru un copil preșcolar mai mare, mai ales dacă este descurcăreț și dacă a petrecut mult itmp în casele prietenilor.

În prima săptămână sau până când copilul se acomodează, evitați să-l grăbiți dimineața. Stați cu el 5-10 minute până când copilul începe să interacționeze cu altcineva. Apoi, în loc să plecați când e cu spatele, spuneți la revedere și plecați. S-ar putea să fie util să lăsați copilul să ia ceva de acasă, cum ar fi pătura preferată sau o jucărie din pluș.

Copilul lăsat în îngrijire şi boala

Părinţii care-şi dau copiii în îngrijire trebuie să se aştepte ca aceştia să răcească mai des şi să facă viroze mai frecvent decât cei ţinuţi acasă. Toţi copiii mici se îmbolnăvesc din când în când, dar e posibil ca al dumneavoastră să se îmbolnăvească mai des când este lăsat în grija altora. Aceasta se datorează, în parte, faptului că aceste boli sunt atât de contagioase. În plus, copiii sunt contagioşi înainte de apariţia simptomelor, astfel încât un copil aparent sănătos poate să-i infecteze pe alţii. Aşa încât bolile infecţioase ale copilăriei sunt frecvente în unele centre.

Nu există măsuri practice de eliminare a răspândirii infecţiei, dar persoanele care îngrijesc copiii pot face ceva în acest sens spălându-şi mâinile după schimbarea scutecelor şi înainte de a manipula hrana. De asemenea, pot verifica dacă înainte de masă şi după ce merg la toaletă copiii îşi spală mâinile. Chiuvetele trebuie să fie în apropierea copiilor. Camera în care scutecele sunt schimbate ar trebui să fie separată de cea în care se prepară şi se consumă hrana.

Ca părinţi puteţi ajuta netrimiţând un copil bolnav la creşă sau la grădiniţă. Când este un copil prea bolnav ca să meargă acolo? Fiecare instituţie are, în general, regulile ei, dar majoritatea nu vă vor lăsa să aduceţi copilul dacă are febră mai mare de 38 C, varsă sau are diaree.

Când se va întoarce, aceasta depinde de felul în care se simte şi dacă boala e contagioasă. Multe simptome ale răcelii persistă o săptămână-două. Odată temperatura normalizată timp de 24 h, se va putea întoarce, chiar dacă-i mai curge nasul sau mai tuşeşte puţin. Nu este bine să ţineţi acasă copilul pe toată durata răcelii.

Cât timp este contagios copilul meu?

Următorul tabel vă arată perioada după care copilul nu mai este contagios.

Boala	Dispariţia contagiunii
Vărsat de vânt (varicelă)	În general, după ce toate bubiţele au făcut cruste, cam după 7 zile
Diaree	După ce scaunul este din nou bine format
Păduchi	După un tratament
Ochi roşii (conjunctivită)	După 24 h de la începerea tratamentului antibacterian, mai mult dacă infecţia este virală
Roşu în gât	24 h după începerea tratamentului

Spălarea mâinilor

Spălarea mâinilor este cea mai bună metodă de a împiedica răspândirea bolilor infecţioase. Multe afecţiuni, de la răceală la boli severe cum ar fi infecţia intestinală sau inflamaţia ficatului (hepatita) se pot transmite de la o persoană la alta.

Obiceiul bun al spălării mâinilor este important pentru întreaga familie. Este bine să vă spălaţi des mâinile şi să-i arătaţi copilului cum să-şi spele mâinile corect. Ambele mâini, inclusiv palmele şi spaţiile dintre degete, vor fi spălate cu grijă, cu apă şi săpun. Amintiţi-i copilului să se spele pe mâini după folosirea toaletei, atât acasă cât şi la şcoală.

Deşi se poate să nu aveţi totdeauna acces la apă şi săpun, faceţi un efort să găsiţi un loc în care să vă spălaţi mâinile. Încurajaţi-vă copilul să se spele cât timp recită tot alfabetul. Pentru descrierea tehnicii adecvate de spălare a mâinilor, vezi pag. 494. Spălarea mâinilor este neapărat necesară în următoarele situaţii:

- Înainte de a prepara mâncare sau de a mânca.
- După suflatul nasului, strănut sau tuşit în mână.
- După manipularea cărnii nepreparate sau fructelor de mare.
- După ce vă jucaţi cu un animal.
- După ce aţi pus mâna pe bani.

Hrănirea

În unele zile se pare că preşcolarul dumneavoastră nu mănâncă destul ca să poată trăi, iar în altele nu puteţi să-i mai luaţi mâncarea de la gură. Aşa este apetitul unui preşcolar. Spre deosebire de un bebeluş, care-şi triplează greutatea în primul an şi mănâncă bine, rata de creştere a unui şcolar este mai lentă, în funcţie de apetitul alimentar. Unii preşcolari sunt rezervaţi în a încerca noi alimente sau au doar 3-4 alimente favorite. La vârsta şcolară, obiceiurile alimentare devin mai stabile.

Dieta unui preşcolar

Pe la vârsta de 2 ani, ea sau el vor mânca o varietate de alimente. Recomandările zilnice sunt:

- *Grupa lactate (2 porţii).* Laptele, brânza şi iaurtul sunt surse excelente de calciu, care este necesar pentru construcţia oaselor tari şi dinţilor.

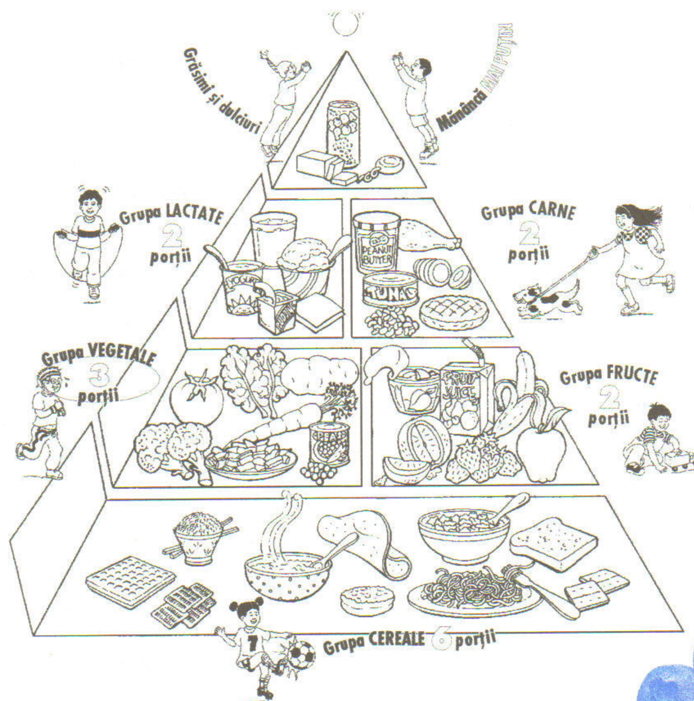
- *Grupa carne (2 porţii).* Această grupă include carnea de vită, de miel, de peşte, ficatul, ouăle, mazărea şi fasolea uscate şi untul de arahide. Aceste alimente sunt excelente surse de proteine, necesare pentru creşterea şi repararea celulelor din ţesuturi.
- *Fructe şi legume (5 porţii).* Daţi copilului dumneavoastră cel puţin 5 porţii pe zi din această grupă de alimente. Pentru a asigura o cantitate adecvată de vitamina C, asiguraţi-vă că una sau mai multe părţi din dietă sunt reprezentate de citrice, fructe de pădure roşii sau varză. De asemenea, asiguraţi cel puţin o parte de fructe verzi sau galbene ori de legume, care sunt o sursă excelentă de vitamina A.
- *Cereale (6 porţii).* Această grupă include cereale integrale, biscuiţi, pâine, produse de patiserie, orez şi paste făinoase.

Acestea sunt grupele alimentare necesare pentru o dietă echilibrată nutritiv, dar nu vă aşteptaţi ca preşcolarul dumneavoastră să mănânce zilnic o dietă perfect echilibrată. Când li se permite să aleagă dintre anumite alimente sănătoase, cei mai mulţi copii tind să aleagă acele mese care le asigură echilibrul necesar mai multe zile. Aceasta poate însemna ca într-o zi copilul dumneavoastră să mănânce sandvişuri cu unt de arahide, portocale şi lapte, iar în ziua următoare, meniul să fie hamburgeri, cartofi prăjiţi şi morcovi.

Reţineţi că necesităţile energetice ale fiecărui copil sunt diferite. Copilul dumneavoastră nu mai creşte la fel ca atunci când era mic, aşa că nu mai lasă impresia că trăieşte doar pentru următoarea masă. El nu vrea sau nu are nevoie de cantităţile de hrană pe care le consuma cu poftă ca bebeluş.

Până când preşcolarul va ajunge la momentul în care va putea mânca în acelaşi ritm cu fraţii mai mari sau cu părinţii – 3 mese pe zi – reţineţi că gustările sunt de preferat. Ca părinţi, rolul dumneavoastră este de a-i oferi o varietate de alimente hrănitoare şi de a-i da un bun exemplu. Gustările se recomandă la preşcolarii mici, care nu pot mânca destul pentru a-şi acoperi deodată toate necesităţile energetice. Cantităţile mici din diferite alimente, mâncate de mai multe ori pe zi, sub formă de gustare, sunt sănătoase. Pe de altă parte, prea multe gustări pot scădea pofta de mâncare a copilului la masă.

Piramida alimentelor pentru copiii mici



Sursa: U.S. Department of Agriculture, Jan. 2000.

Alimentaţia corectă

Iată câteva sfaturi pentru o hrănire mai sănătoasă a copiilor de vârstă şcolară:

- *Reduceţi grăsimile.* Folosiţi lapte fără grăsime (degresat) sau cu o cantitate mică de grăsimi (1%). În loc de îngheţată daţi-i lapte îngheţat, iaurt îngheţat, cu un conţinut mic de grăsimi, sau şerbet. Înlocuiţi untul cu margarină. Folosiţi carne de vită sau cu mai puţin de 15% grăsime şi şuncă slabă. Mâncarea să fie mai degrabă coaptă sau fiartă decât prăjită. Răzuiţi carnea prăjită pentru a reduce conţinutul de grăsime.
- *Creşteţi fibrele.* Daţi-i în mod regulat fructe şi legume proaspete. Folosiţi făină integrală când coaceţi ceva. Adăugaţi musli cu conţinut mic de grăsimi, tărâţe, fulgi de ovăz şi de porumb la prăjiturile de casă.
- *Reduceţi caloriile şi zahărul.* Folosiţi mai puţin zahăr în reţete. Serviţi-i suc de fructe neîndulcit sau fructe proaspete atunci când e posibil. Daţi-i mai puţine deserturi coapte.

Reţineţi că o dietă echilibrată trebuie să conţină şi deserturi şi grăsimi ca unt, margarină, maioneză şi uleiuri. Grăsimile dietetice şi colesterolul sunt importante pentru creşterea copilului dumneavoastră. Totuşi, grăsimile trebuie consumate moderat după vârsta de 2 ani.

Dieta unui şcolar

Perioada anilor de şcoală este bună pentru a continua obiceiurile alimentare sănătoase iniţiate la vârsta preşcolară. La fel de important este să încurajaţi activitatea fizică sistematică pentru a menţine greutatea normală şi forma fizică.

În general, principiile de hrănire sunt similare la vârsta şcolară şi la adulţi. Daţi-i copilului dumneavoastră alimente cu conţinut scăzut în grăsimi şi cu unul crescut în carbohidraţi complecşi şi fibre. Acasă, promovaţi obiceiuri alimentare sănătoase pentru a-l învăţa pe copil cum să aleagă ce să mănânce.

Deşi îi puteţi da un bun exemplu acasă, copilul poate primi mesaje diferite de la televiziune, alte mijloace media şi de la prieteni. Aceste influenţe externe pot deveni mai puternice pe măsură ce creşte, dar astfel se formează capacitatea copilului de a face propriile alegeri.

Faceţi copilul să înţeleagă faptul că micul dejun este o masă importantă. Este bine ca întreaga familie să se scoale devreme pentru a se bucura de această masă împreună. După ce vine de la şcoală, copilul ar putea să aibă nevoie de o gustare. Cantitatea şi felul acestei gustări vor trebui reglate astfel încât să ţină până la cină, dar fără a-i afecta apetitul la masă. O bună alegere ar fi un fruct, o brioşă din făină integrală sau un iaurt cu conţinut scăzut de grăsimi.

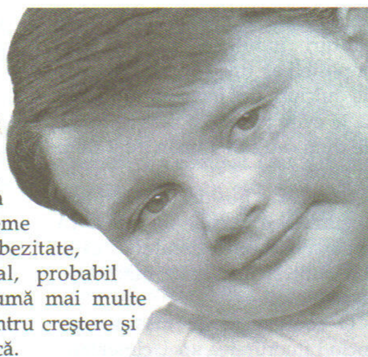
O problemă de nutriţie la unii copii de vârstă şcolară din SUA este anemia prin deficit de fier. Totuşi, copilul dumneavoastră va avea destul fier, zinc sau alte minerale esenţiale dacă mănâncă fasole uscată, carne slabă, cereale integrale, fructe şi legume. Dacă e implicat într-o activitate fizică intensă, copilul dumneavoastră va avea nevoie de mai multe calorii.

Dacă aveţi în familie boli de inimă sau colesterol crescut, discutaţi aceasta cu doctorul copilului dumneavoastră care va decide dacă nivelul colesterolului şi al trigliceridelor (lipide) trebuie măsurat. Dacă este prea mare concentraţia lor, copilul s-ar putea să aibă nevoie să ţină un regim care să controleze grăsimile şi colesterolul.

Dacă nivelul lipidelor este normal, este important să nu apelaţi la o dietă cu puţine grăsimi. Şcolarul dumneavoastră este în creştere şi are nevoie de o dietă echilibrată şi de calorii adecvate pentru a se dezvolta pe deplin. Din acest motiv, nu impuneţi prea multe restricţii alimentare copilului dumneavoastră.

La fel ca şi în perioada preşcolară, hrăniţi-vă copilul ca reacţie la foame şi nu ca răspuns la plictiseală sau la un comportament nepotrivit. Când copilul este agitat, sfătuiţi-l să iasă afară şi să se joace decât să-i daţi mai multă mâncare. Reţineţi, cea mai bună metodă de a învăţa copilul ce înseamnă o hrănire corectă este de a fi chiar dumneavoastră un exemplu prin obiceiurile alimentare pe care le aveţi.

Obezitatea la copii



Obezitatea este mai frecventă în primul an de viaţă, după vârsta de 5-6 ani şi în adolescenţă decât în perioada preşcolară. Unele probleme medicale pot determina obezitate, dar,dacă este supraponderal, probabil copilul dumneavoastră consumă mai multe calorii decât cele necesare pentru creştere şi face prea puţină activitate fizică.

Nu toţi copiii peste greutatea lor sunt obezi. Unii copii au structură fizică mai mare decât cea pentru media lor şi par graşi, dar nu sunt obezi. Un copil este considerat obez dacă depăşeşte cu mai mult de 20% ceea ce se consideră a fi greutatea normală.

Obezitatea este produsă, în general, de o combinaţie de factori. Ereditatea pare a juca un rol important. Dacă unul dintre părinţi este obez şi copilul lor poate fi supraponderal. În plus, supraalimentarea poate fi mai frecventă în casele în care membrii familiei sunt supraponderali decât în cele în care nu sunt. Lipsa mişcării este un alt factor. În cazul în care copilul dumneavoastră petrece prea mult timp în faţa televizorului sau calculatorului, caloriile nu sunt folosite şi se pot transforma în grăsime.

Dacă preşcolarul dumneavoastră este obez, acum este momentul să faceţi ceva, cât timp încă mai aveţi controlul asupra a ceea ce mănâncă şi asupra a cât de activ este. Pe măsură ce creşte şi devine mai independent, modificarea stilului de amânca şi de a face mişcare este mult mai dificilă.

Dacă doriţi ajutor în alcătuirea unei diete corecte pentru copilul dumneavoastră, consultaţi un doctor sau un dietetician. Este important să luaţi în calcul nevoile nutritive ale copilului dumneavoastră şi creşterea lui atunci când schimbaţi dieta. Nu apelaţi la diete fanteziste, ele pot fi periculoase.

Desigur, prevenirea este cel mai bun tratament. Momentul în care trebuie să fiţi atent cu privire la obezitate, mai ales dacă există în familie, este acela în care se formează obiceiurile alimentare şi de mişcare. Obezitatea la copii nu se prea corelează cu obezitatea la adult, dar obiceiurile alimentare familiale pot persista în adolescenţă şi la maturitate.

Somnul

O metodă de a ajuta la menţinerea sănătăţii copilului dumneavoastră este de a încuraja obiceiurile sănătoase cu privire la somn. Stabiliţi împreună cu copilul dumneavoastră un program de somn cu ore exacte de sculare şi culcare. O perioadă de somn adecvată dă copilului dumneavoastră energie şi motivaţie. De asemenea, îi întăreşte capacitatea de învăţare şi reduce multe probleme comportamentale.

Copiii mici au nevoie de mult somn. Deşi necesarul de somn diferă mult de la copil la copil, copiii între 2 şi 5 ani necesită 10-12 ore de somn pentru a se simţi bine. Această perioadă scade la 9 ore pe zi atunci când devin adolescenţi. Pentru informaţii cu privire la somn vezi pag. 211.

Îngrijirea dinţilor

Unii părinţi cred că un copil trebuie să aibă o anumită vârstă înainte ca igiena dentară să devină necesară. De fapt, de îndată ce copilul are primul dinte puteţi începe un program zilnic de îngrijire a danturii.

Formarea din timp de obiceiuri bune este cheia îngrijirii preventive a danturii. Sfătuiţi-vă copilul să se spele pe dinţi în fiecare zi. Tehnica poate să nu fie perfectă, dar se va îmbunătăţi în timp. Nu faceţi o bătălie din spălarea dinţilor.

Dinţii definitivi ai copilului vor erupe unul câte unul în anii de şcoală. Ei vor înlocui dinţii de lapte (primari) într-un ritm cam de 4 pe an. Deoarece dinţii definitivi trebuie să ţină toată viaţa, este important să aveţi grijă bine de ei. Învăţaţi-vă copilul să-şi spele dinţii după fiecare masă. Este momentul bun pentru a-i arăta cum să-şi spele dinţii.

Copilul ar trebui să meargă la dentist pe la vârsta de 3 ani – mai devreme doar dacă apar anomalii sau dacă se plânge de dureri de dinţi. Programaţi vizitele la dentist la fiecare 6 luni sau atunci când doctorul vă recomandă. Când dinţii definitivi din spate erup, stomatologul s-ar putea să vrea să le pună un ciment de susţinere. Acesta îi protejează contra cariilor.

Fluorul

Dacă apa dumneavoastră nu conţine fluor, doctorul copilului vă poate prescrie un supliment de fluor. De la vârsta de 6 luni şi până la 10 ani, fluorul este un factor important pentru prevenirea cariilor dentare.

Fluorul face smalţul dintelui rezistent la carii. De obicei, copilul asimilează fluor fie când bea apă, fie cînd îl ia dintr-un supliment.

Dieta

Puteţi contribui la scăderea riscului de cariere a dinţilor limitând consumul de produse zaharoase şi de făinoase al copilului, ca şi de băuturi îndulcite. Este practic imposibil să ţineţi copilul departe de dulciuri, dar încercaţi să-l faceţi să le evite pe acelea care se lipesc de dinţi sau care rămân mult timp în gură.

Oferiţi-i gustări sănătoase. Legumele şi fructele nu numai că ajută la reducerea riscului de carii, dar sunt şi mai bune nutriţional pentru copii.

O combinaţie de măsuri care includ fluorurarea apei, cimentare, periatul, hrănire corectă şi vizitele regulate la dentist pot preveni cariile dentare.

Protecţia solară

Protejaţi pielea copilului de razele ultraviolete (UV) ale soarelui. Un copil care a făcut arsuri severe, cu veziculaţie, poate avea risc mai mare de a dezvolta cancer de piele decât un adult. Practicaţi protecţia solară:

- Cumpăraţi o cremă de protecţie solară pentru copii, care are un factor de protecţie solară (SPF) de cel puţin 15.
- Folosiţi crema chiar şi pe vreme înnorată. Norii blochează doar o mică parte din razele UV.
- Limitaţi timpul de stat în piscină sau pe plajă pentru copilul dumneavoastră.
- Dacă este posibil, nu ţineţi copilul la soare când razele UV sunt prea puternice. Aceasta se produce, de obicei, între 10 A.M. şi 3 P.M.
- Îmbrăcaţi copiii în haine uşoare din bumbac.

Soluţii pentru îndepărtarea insectelor

Când copilul este afară, următoarele sfaturi vă pot ajuta să ţineţi insectele departe:

- Evitaţi folosirea de săpunuri sau şampoane parfumate. Aromele adesea atrag insectele.
- Evitaţi zonele în care pot trăi insectele, cum ar fi bălţile sau grădinile cu flori înflorite.
- Nu vă îmbrăcaţi copiii în culori strălucitoare sau în imprimeuri cu flori. Acestea pot atrage insectele. Dacă-i îmbrăcaţi în alb veţi putea găsi mai uşor căpuşele.
- Dacă sunteţi într-o zonă în care există insecte, folosiţi o soluţie contra insectelor. Ingredientul activ în multe dintre asemenea produse de îndepărtare a insectelor este substanţa chimică numită DEET.

Deşi DEET este toxic dacă este înghiţit sau absorbit prin piele în cantitate mare, dacă e folosit adecvat nu constituie un motiv de îngrijorare şi este eficient în îndepărtarea insectelor care pot fi vectori ai bolilor, aşa cum sunt ţânţarii şi căpuşele.

Totuşi, luaţi-vă aceste măsuri de siguranţă:

- Nu folosiţi soluţiile contra insectelor la copii sub 2 ani şi rareori la copii de 2-6 ani.
- Utilizaţi soluţiile contra insectelor care conţin nu mai mult de 10% DEET. Citiţi prospectul înainte de a folosi soluţia.
- Nu aplicaţi niciodată soluţia pe mâinile copiilor, deoarece le-ar putea băga în gură sau s-ar putea freca la ochi.
- Aplicaţi soluţia contra insectelor pe haine, nu direct pe piele.

Problemele obişnuite

Pe măsură ce cresc şi trec dintr-un stadiu de creştere şi dezvoltare în altul, copiii experimentează variate provocări şi frustrări. Invariabil, aceste probleme vor trece, dar

pregătirea corectă şi reacţiile părinţilor pot ajuta.

Deprinderea folosirii toaletei

Deprinderea folosirii toaletei poate fi o perioadă dificilă în viaţa copilului şi a părinţilor lui. Dar, dacă se procedează corect, poate fi doar una dintr-o serie de etape.

Prima întrebare pe care cei mai mulţi părinţi o pun este: „Care este vârsta corectă pentru a încerca folosirea toaletei?" Nu este uşor de răspuns la această întrebare. Bunăvoinţa unui copil faţă de pregătirea pentru toaletă poate fi diferită de a altuia. Unii învaţă în 24 h, pe la vârsta de 2 ani, iar alţii nu se descurcă nici pe la 3 ani.

În general, medicii avertizează să nu fie învăţat la toaletă un copil înainte de 2 ani şi mulţi cred că şi la 2 ani este prea devreme. Exceptând situaţia în care un copil pare foarte interesat să înveţe aceasta, cei mai mulţi doctori recomandă să aşteptaţi până pe la 2 ani – 2 ani ½. Controlul vezicii în timpul nopţii apare mai târziu. Cei mai mulţi copii continuă să poarte chiloţi de tip absorbant în timpul nopţii câteva luni după aceea.

Semnele care arată că este pregătit

Nici o regulă nu spune că pregătirea va avea succes imediat. Încercaţi-o câteva zile şi dacă într-adevăr copilul nu este interesat sau protestează, amânaţi pentru câteva săptămâni. Câteva indicii potrivit cărora copilul dumneavoastră este gata pentru a învăţa să folosească toaleta sunt:

- foloseşte cuvinte legate de toaletă, ca: pi-pi, ca-ca;
- i-a privit pe alţii cum folosesc toaleta;
- vă semnalează când este ud sau murdar şi vrea să fie schimbat;
- poate să controleze pe termen scurt scaunul sau urinatul.

Accesorii

Odată ce aţi hotărât că a sosit momentul, veţi avea nevoie de anumite accesorii:

- O oliţă de aşezat pe podea. Unele oliţe sunt făcute să se potrivească la o toaletă obişnuită, dar mulţi copii le preferă pe cele aşezate la sol. Acest tip nu doar că permite copilului să se aşeze şi să se dea jos când vrea, dar şi să împingă mai bine, deoarece are picioarele pe podea. Procuraţi oliţa cu câteva săptămâni înainte de a fi gata să începeţi pregătirea, pentru ca astfel copilul dumneavoastră să se familiarizeze cu ea.
- Pantalonaşi de antrenament, care sunt mai groşi şi mai absorbanţi.
- Beţişoare, dacă vreţi să le folosiţi ca premii concrete când vreţi să-l lăudaţi. Întotdeauna răsplătiţi copilul pentru că a manifestat interes în utilizarea toaletei şi nu pentru ce a eliminat. Lauda dumneavoastră este cea mai bună răsplată pe care i-o puteţi da copilului. Nu folosiţi mâncare ca răsplată pentru folosirea toaletei. Dar răsplăţile ieftine, concrete, ca beţişoarele, sunt bune.



Cum să vă pregătiţi copilul

Puteţi să începeţi pregătirea copilului pentru folosirea toaletei în diverse moduri. Nu contează pe care o alegeţi în cele din urmă, asiguraţi-vă doar că nu tranformaţi baia într-un câmp de bătălie.

Mulţi doctori sugerează să permiteţi copilului să se pregătească pentru toaletă în felul său. Aceasta înseamnă fără nimic coercitiv. Întrebaţi copilul dacă vrea să stea pe oliţă. Dacă răspunsul este „nu", nu-l constrângeţi. Dacă stă doar un minut dar nu face nimic, lăsaţi-l să se scoale de pe oliţă când este gata. Dacă urinează sau are scaun, fiţi generoşi cu laudele. Dar când s-a produs un „accident" inevitabil, nu-l certaţi.

Alte metode folosesc principii similare, dar necesită o implicare mai mare a părinţilor. De exemplu, puneţi copilul pe oliţă la intervale de timp adecvate şi întrebaţi-l dacă face pipi. Dacă nu vrea să coopereze, încercaţi să-l distraţi cu cărţi sau jocuri cât timp este pe oliţă. Dacă nu urinează în 5 minute, luaţi-l de pe oliţă şi încercaţi mai târziu. Când copilul foloseşte oliţa, răsplătiţi-l.

La unii copii scaunul şi urina vin simultan. Alţii le au separat. În cele mai multe cazuri, pregătirea pentru toaletă poate fi definitivată cam în 2 luni. Dacă nu, poate să arate faptul că e prea mic copilul şi ar trebui încercat din nou după câteva săptămâni sau luni.

Când aveţi un copil mai mare de 2 ani ½ şi au trecut 2 luni de când îl pregătiţi pentru toaletă, se poate să aibă o aversiune faţă de aceasta. Cea mai frecventă cauză a acestei repulsii este presiunea prea mare a părinţilor asupra copilului. Adesea, acestor copii li s-a spus prea des sau au fost forţaţi să stea perioade prea lungi pe oliţă.

În încercarea de a pregăti un copil care opune rezistenţă, treceţi asupra lui responsabilitatea. Spuneţi-i că nu-i veţi mai aduce aminte să meargă la baie şi că el trebuie să decidă când trebuie să se ducă. Insistaţi în mod pozitiv şi apelaţi la stimulente pentru a răsplăti copilul pentru o zi în care nu a udat patul sau nu şi-a murdărit chiloţeii. Dacă se produce un accident, schimbaţi-l şi apoi implicaţi-l în curăţarea murdăriei. Nu-l pedepsiţi şi nu-l criticaţi. Încercaţi să aveţi răbdare, oricât de dificil ar fi.

La câteva luni după ce a învăţat să meargă la toaletă ziua, încercaţi să puneţi copilul în pat fără scutec. Mersul la baie exact înainte de culcare poate grăbi pregătirea pentru folosirea toaletei noaptea.

Cum să culcaţi copilul

Următoarele sfaturi pot împiedica apariţia problemelor de somn sau îl pot ajuta pe copil să facă faţă dificultăţilor de somn:

- Nu dormiţi în aceeaşi cameră cu el.
- Nu-l distraţi noaptea.
- Nu-l lăsaţi să aţipească ziua mai mult de 3 ore.

Dacă are dificultăţi să adoarmă noaptea sau să doarmă întreaga noapte, încercaţi următoarele etape. Deşi acest algoritm vă poate ţine trează o vreme, va îmbunătăţi situaţia cam în 2 săptămâni. Ţineţi minte, necesităţile fiecărui copil sunt diferite.

- Puneţi-l în pat treaz, citiţi-i dintr-o carte, spuneţi-i noapte bună şi plecaţi din cameră în ciuda protestelor.
- Daţi-i un obiect de tranziţie, cum ar fi o pătură favorită sau o jucărie de pluş. Puneţi-i o muzică liniştitoare.
- Dacă începe să plângă, nu intraţi imediat în cameră. Aşteptaţi 15-20 de minute înainte de a vedea ce face. Când vă duceţi acolo, staţi în cameră mai puţin de 1 minut.
- Nu aprindeţi lumina, nu-l luaţi în braţe. Doar liniştiţi-l că totul e în regulă şi că e timpul să doarmă.

Prima noapte în care veţi aplica această metodă, copilul dumneavoastră se poate să plângă o oră întreagă, dar, în general, durata plânsului scade de la noapte la noapte. Unii copii se trezesc înspăimântaţi. Dacă plânsul lui sună înfricoşat şi nu doar furios, mergeţi imediat la el. După ce l-aţi liniştit, puteţi sta puţin cu el. Nu vă jucaţi, nu-i vorbiţi.

Lăsarea uşii deschisă sau folosirea unei lumini de veghe pot face minuni. Dacă vedeţi cum copilul se furişează în patul dumneavoastră noaptea, puneţi-l la loc în patul lui, cu blândeţe, dar hotărât. Pe termen lung, aşa este mai bine pentru copil.

Înghiţirea obiectelor

Copiii mici sunt prin natura lor curioşi şi nu se tem să pună în gură monede, ace de siguranţă, nasturi şi alte lucruri.Ţineţi-le pe acestea sau alte obiecte mici acolo unde copilul nu poate ajunge.

Pe lângă atracţia pentru obiecte mici, unii copii înghit de multe ori substanţe necomestibile ca pământ, plastic, lut şi cenuşă. Această tulburare de alimentare, numită pica, poate surveni pe la 2 ani, când curiozitatea firească a copilului dumneavoastră îl împinge să guste orice. Dacă persistă în această practică, vorbiţi cu medicul. Pica poate fi un semn al deficienţei de fier.

Un părinte atent poate recupera un obiect înainte de a fi înghiţit de copil. Când copilul înghite un obiect, de obicei acesta trece fără nici o problemă prin tubul lui digestiv. Vestea bună este că, dacă un obiect înghiţit ajunge în stomac, trece mai departe în intestin.

Alteori, obiectele pot să se oprească în esofag. În cazul în care copilul are dificultăţi de înghiţire şi respiratorii sau dacă salivează prea mult, obiectul înghiţit se poate să se fi blocat în esofag. Dacă se produce aceasta, sunaţi Salvarea sau mergeţi la camera de gardă a spitalului din zonă.

Dacă i se opreşte respiraţia din cauza obstrucţiei, încercaţi manevra Heimlich (vezi pag. 344). Alte semne că obiectul s-a blocat în gâtul copilului sunt durererile toracice, abdominale şi vărsăturile.

Dacă înghite o baterie mică, aşa cum sunt cele de ceasuri, de calculator de buzunar, de cameră foto sau de aparat auditiv, mergeţi imediat la medic sau duceţi copilul la camera de gardă de la spital, chiar dacă nu au apărut simptome. Bateriile mici conţin fluide alcaline periculoase. Dacă bateria se blochează în esofag, lichidele din baterie pot produce arsuri severe în doar 2 ore.

Accesele de furie şi oprirea respiraţiei

Puţini copii trec prin fazele de copil mic şi preşcolar fără să manifeste accese de furie. Această comportare încăpăţânată, de împotrivire şi răutăcioasă este o parte normală a trecerii de la situaţia de dependenţă totală la gustul independenţei.

Nimic nu este mai exasperant ca atunci când copilul dumneavoastră decide să aibă un acces de furie. Orice părinte care a trecut prin aşa ceva ştie că unor copii nu le trebuie prea mult să înceapă să lovească necontrolat cu picioarele, să ţipe şi să se lovească în cap, chiar să-şi oprească respiraţia.

Adesea, de fapt, accesele de furie nu au nimic de-a face cu dumneavoastră, ci reprezintă răspunsul copilului la frustrare. Când ajunge în acel punct, copilul îşi pierde controlul şi raţiunea. De obicei, odată început, accesul de furie îşi urmează cursul.

Nu-i răspundeţi în vreun fel. Dacă, de exemplu, copilul dumneavoastră are o criză de furie pentru că i-aţi refuzat o a doua prăjitură îi veţi transmite un mesaj greşit dacă vă veţi schimba brusc decizia. Odată criza începută, a lăsa copilul în pace este cea mai bună soluţie. Părăsiţi camera şi încercaţi să ignoraţi ceea ce se petrece. Chiar dacă îşi opreşte respiraţia, nu vă îngrijoraţi deoarece, de obicei, nu este periculos. Cât despre lovirea copilului, copiii urăsc durerea la fel de mult ca şi adulţii. Când situaţia devine incomodă, vor şti că e timpul să se liniştească.

Când să vă întoarceţi la copilul dumneavoastră depinde. Unii părinţi consideră că momentul este atunci când copilul încetează singur accesul de furie. Alţi copii pot să aibă nevoie să fie ţinuţi puţin în braţe înainte de a înceta să plângă.

Deşi ignorarea unui acces de furie este adesea cel mai bun lucru, adesea trebuie să luaţi alte măsuri. Evident, copilul care hotărăşte să facă o criză de furie în mijlocul

unui supermarket nu poate fi lăsat să lovească cu picioarele, aşa cum nu poate fi lăsat să continue un copil care devine agresiv fizic faţă de cineva sau faţă de lucrurile altuia. Luaţi copilul în camera lui sau despărţiţi-l de ceilalţi până când îşi revine.

Problemele de somn

Plânsul necontrolat în pat, sculatul frevent noaptea şi furişarea în patul părinţilor sunt problemele de somn obişnuite la copiii mici.

Problemele de somn sunt adesea invocate de părinţi. Chiar dacă problema este temporară, intermitentă sau durează de luni în şir, un copil care se scoală noaptea îşi oboseşte părinţii, ca să nu mai menţionăm că el însuşi devine mai fragil. Cauzele problemelor de somn diferă, adesea în funcţie de vârsta copilului. Problemele de somn obişnuite, care pot perturba odihna pe timpul nopţii a copilului, sunt:

- *Dependenţa de părinţi.* Când copilul a avut mereu dificultăţi în a dormi toată noaptea, se poate să fie din cauză că reacţionaţi exagerat la plânsul lui nocturn. Cei mai mulţi copii se scoală de câteva ori noaptea, dar adorm la loc. Când copilul dumneavoastră s-a obişnuit ca mami şi tati să vină repede de fiecare dată când plânge, va deveni dependent de părinţi pentru a adormi la loc. Aceasta poate deveni un obicei greu de eliminat, mai ales la copiii mici.
- *Udatul patului* (enurezis) este cea mai frecventă cauză a trezirii noaptea la copiii de 3-15 ani .
- *Coşmarele.* Copilul poate avea vise înspăimântătoare, care să-l trezească. Coşmarurile pot fi o reacţie la stres sau la o traumă care a survenit în perioada în care a fost treaz. Liniştiţi-vă copilul dacă se trezeşte din cauza unui coşmar.
- *Teroarea nocturnă* este o stare în care un copil care doarme se scoală strigând, fără a-şi aminti vreun coşmar. Uneori copilul poate urla şi să fie încă în somn, fără a reacţiona conştient faţă de dumneavoastră. Tensiunea emoţională accentează teroarea nocturnă. Ea survine adesea pe la 3-5 ani şi este ereditară.
- *Somnambulismul* este o stare în care copilul este treaz pe jumătate, cu ochiii închişi şi având o expresie uluită. Se poate scula în picioare în pat, poate merge sau poate face unele lucruri cum ar fi deschisul uşii, mersul la baie sau dezbrăcatul, fără a fi conştient de acestea. Dacă este treaz, copilul este, de cele mai multe ori, confuz şi dezorientat. Somnambulismul se moşteneşte şi este mai frecvent la copiii de 6-12 ani. Duceţi copilul uşor înapoi în pat, fără a-l trezi. Ţineţi uşile şi ferestrele închise şi încuiate şi îndepărtaţi obiectele de care copilul dumneavoastră s-ar putea împiedica.

Udatul patului

„Mami, tati, am udat patul". Aproape fiecare părinte aude aceste cuvinte într-un moment sau altul şi mulţi copii mici pot păţi aşa ceva în timpul nopţii.

Adevăratul udat al patului (enurezis), reprezintă urinatul involuntar care apare cel mai frecvent noaptea, la copiii de 5 ani sau mai mult. De obicei, nu arată o problemă emoţională sau fizică. Copiii se schimbă foarte mult la vârsta la care sunt în stare, din punct de vedere fiziologic, să nu mai aibă enurezis. Udatul patului poate fi o problemă dacă vezica urinară a copilului dumneavoastră nu s-a dezvoltat destul pentru a ţine urina peste noapte sau dacă nu a învăţat încă să simtă când este plină vezica, când să se scoale şi să meargă la toaletă.

Când copilul udă aşternutul şi face aşa de un an, starea este numită enurezis primar. Dacă începe să ude din nou aşternutul după ce nu a mai avut această problemă de cel puţin un an, starea este numită enurezis secundar. Acest tip de enurezis poate apărea temporar, ca reacţie la o schimbare stresantă în dezvoltarea copilului dumneavoastră, cum ar fi naşterea unui frate sau prima săptămână de şcoală.

Enurezisul este mai frecvent la băieţi decât la fete şi este moştenit. Copilul dumneavoastră poate urina în prima treime a nopţii şi să nu-şi amintească apoi nimic.În afară de udarea pijamalei, enurezisul în sine nu afectează direct viaţa copilului, dar copilul care udă aşternutul se teme adesea să adoarmă sau să meargă în tabără.

Limitarea consumului de lichide înainte de culcare este o metodă de a-l ajuta să rămână uscat peste noapte. Poate fi de folos şi să-l puneţi să urineze de două ori chiar cu câteva minute înainte de culcare, aşa cum ar fi bine să-l sculaţi noaptea ca să meargă la toaletă. Tehnicile de modificare a comportamentului sunt adesea eficiente în eliminarea enurezisului. Puteţi folosi hărţi de perete cu stele aurii ca recompensă pentru copil că a cooperat în această privinţă. Enurezisul este involuntar, aşa că nu cumva să-l răsplătiţi pe copil pentru nopţile în care udă patul şi să-l pedepsiţi pentru celelalte.

Când copilul este hotărât să nu mai ude patul, pot fi utile dispozitive de alarmă ataşate la saltea, care trezesc copilul când udă aşternutul. Medicul poate prescrie medicamente ca Imipramina (Tofranil), Desmopressin (DDAVP, Stimate) sau Oxybutynin (Ditropan), când copilul este mai mare şi problema persistă.

În caz de enurezis secundar, duceţi copilul la doctor pentru a fi examinat, ca să se excludă orice afecţiune organică, de tipul unei infecţii urinare, unei crize convulsive sau diabet. Dacă problema apare ca o reacţie la stres, psihoterapia sau terapia familială pot fi de folos.

Deşi schimbarea cearşafurilor în mod repetat poate fi exasperantă, încercaţi să sprijiniţi copilul în loc să manifestaţi furie faţă de el. Procedând astfel nu numai că veţi obţine colaborarea lui, dar veţi evita să-şi piardă încrederea în sine. Răsplătiţi-vă copilul dacă vă ajută, dându-i haine curate şi culcându-l repede la loc.

Administrarea medicamentelor

Mulţi copii se opun luării de medicamente. Pentru a învinge o astfel de rezistenţă, este bine să abordaţi această sarcină de o manieră naturală, obişnuită. Explicaţi-i că medicamentul trebuie luat şi de ce. Teama dumneavoastră sau faptul că vă aşteptaţi să se opună pot să se adeverească pe deplin.

În general, cel mai bine este să evitaţi să puneţi medicamentele în mâncare sau în lichide. Dacă faceţi aceasta, măcar asiguraţi-vă că a fost consumat tot amestecul. În plus, întrebaţi farmacistul dacă mâncarea sau lichidele cu care amestecaţi medicamentul sunt compatibile cu acesta.

Nu încercaţi să faceţi copilul să ia medicamentul spunându-i că este o bomboană. Copilul trebuie să înveţe să facă distincţie clară între medicamente şi bomboane şi să ia toate medicamentele sub supravegherea unui adult.

Este important să-i daţi medicamentele exact aşa cum sunt prescrise – în doza corectă şi la intervalul de timp indicat. Când copilul începe să dea semne de ameliorare, nu opriţi medicaţia. Nu utilizaţi medicamente rămase de la reţete mai vechi.

Afecţiuni frecvent întâlnite

Aşa cum părinţii mărturisesc, preşcolarii se îmbolnăvesc extraordinar de des. Puteţi fi pe drum între casa dumneavoastră şi cabinetul medical timp de câteva luni. Nici nu s-a vindecat bine o infecţie a urechiii şi copilul dumneavoastră a răcit din nou. Înainte să vă dezmeticiţi, trebuie să mergeţi din nou la doctor.

Mulţi părinţi sunt îngrijoraţi pe drept cuvânt văzând cum copilul lor cade pradă oricărui virus care apare. În mintea dumneavoastră vă puteţi întreba dacă e ceva în neregulă cu capacitatea lui de a rezista la infecţii.

De cele mai multe ori aceste temeri nu au bază. Dacă este activ şi creşte în greutate, probabil că nu este nimic neînregulă cu sănătatea copilului dumneavoastră. Este un fapt obişnuit ca aceşti copii mici să fie deosebit de receptivi la răceli, infecţii ale urechii şi viroze intestinale. Sistemul imunitar al copilului trebuie expus la multe virusuri pentru a-şi dezvolta rezistenţa.

Copiii de vârstă şcolară devin treptat mai puţin predispuşi la infecţii respiratorii banale cum sunt răcelile. Cele mai multe afecţiuni ale copiilor de vârstă şcolară nu au consecinţe serioase. La această vârstă, copiii sunt extraordinar de rezistenţi, iar organismele lor tinere se refac cu uşurinţă după cele mai multe dintre bolile obişnuite.

Febra

O temperatură bucală mai de mare de 37,5 C sau una rectală de peste 38 C sunt considerate febră. Febra este una dintre metodele corpului de a lupta cu infecţia. Infecţiile virale, roşul în gât şi infecţiile urechii sunt cele mai frecvente cauze de febră la copii. Există şi boli mai severe care pot produce febră, dar, din fericire, nu sunt atât de des întâlnite.

Deşi copiii tolerează febra destul de bine, aceasta, în general, produce nelinişte părinţilor. Dacă reacţionează, continuă să bea lichide şi se joacă, nu e cazul să vă faceţi griji.

Luaţi legătura cu medicul sau mergeţi la camera de gardă dacă febra este însoţită de apatie, dureri de cap severe sau vărsături şi dureri de stomac persistente. De asemenea, apelaţi la un doctor dacă are febră mare care nu răspunde la medicaţia antifebrilă.

Când credeţi că-i va fi mult mai bine copilului să-i scădeţi febra, puteţi folosi Acetaminophen (Tylenol etc.) sau Ibuprofen (Advil, Motrin etc.) în acest scop. Un plus de lichide, îmbrăcăminte mai lejeră şi poate un burete de baie cu apă răcoroasă (nu rece) pot ajuta. Dacă vreţi să-i faceţi baie copilului, opriţi-vă când constataţi că începe să tremure.

Nu folosiţi Aspirină pentru febră la copil. Utilizarea ei a fost corelată cu sindromul Reye, o afecţiune ameninţătoare de viaţă.

Unii specialişti consideră că reducerea unei febre nesemnificative scade răspunsul imunitar al organismului şi poate prelungi anumite boli.

Vărsăturile

Vărsăturile pot sau nu să se asocieze cu diaree. În cazul în care copilul dumneavoastră varsă, evitaţi să-i daţi hrană solidă măcar 8 ore. Copilul poate încerca să bea mici cantităţi de lichide uşoare sau să sugă puţină gheaţă. Dacă nu a mai vărsat de 8 ore, puteţi încerca alimente ca biscuiţi săraţi, pâine albă sau supă de pui.

Mergeţi imediat la doctor dacă vedeţi sânge în vomă sau constataţi că are dureri abdominale severe, abdomen umflat, delirează sau se scoală dificil ori prezintă semne de deshidratare – fără salivă sau lacrimi şi fără urină.

Diareea

Diareea se caracterizează printr-o schimbare a uneia sau mai multor caracteristici ale scaunului: frecvenţă, volum sau conţinut. Diareea

Imunizările

Pe la vârsta de 6 ani, copilul ar trebui să-şi fi completat schema de imunizări din copilărie. Cele mai multe state (din SUA) cer ca toţi copiii să aibă o serie documentată, completă, de vaccinuri, înainte de începerea grădiniţei. Pentru mai multe informaţii cu privire la imunizările din copilărie, vezi cap. 1.

Prevenirea bolilor şi a infestărilor

Dacă aveţi un copil mic, s-ar putea să aveţi parte de mai multe răceli şi boli virale decât prietenii dumneavoastră care nu au copii mici. Dată fiind frecvenţa cu care copiii mici contractează aceste boli şi gradul lor mare de contagiune, acest lucru nu este o surpriză. Infecţiile care, în general, lovesc familiile, se răspândesc în mai multe moduri.

Infecţiile respiratorii, cum ar fi răcelile, se transmit cel mai frecvent prin contact cu secreţiile din nasul, gura sau ochii unei persoane infectate. Copiii mici sunt maeştri în transmiterea răcelilor din cauza obiceiului lor de a atinge şi de a pune în gură orice întâlnesc.

Strănutul copilului poate elimina agenţi potenţial infecţioşi în aer. Deşi răcelile se transmit mai puţin în acest mod, particulele infecţioase conţinute în tuse sau strănut se pot deplasa pe o distanţă mai mare de 1,8 m.

Folosirea în comun a pieptenilor, periilor şi pălăriilor poate contribui la răspândirea unor afecţiuni ca păduchii, viermii intestinali şi impetigo.

Deşi este imposibil de stopat complet răspândirea bolilor contagioase şi infestărilor în familie, puteţi lua aceste măsuri preventive:

- spălaţi-vă mâinile în timpul zilei şi sfătuiţi-vă copilul să facă la fel. Aceasta este deosebit de important înainte de a mânca şi după folosirea toaletei, după suflarea nasului sau schimbarea unui scutec;
- nu folosiţi în comun piepteni, perii şi pălării;
- nu fumaţi lângă copil. Expunerea la fumatul pasiv cresc atât frecvenţa cât şi severitatea răcelilor copilului dumneavoastră;
- după ce s-a îmbolnăvit cineva din familie, luaţi-i o periuţă nouă de dinţi şi aruncaţi-o pe cea veche, deoarece poate conţine bacterii care să producă infecţii;
- folosiţi un dezinfectant. Curăţaţi şi dezinfectaţi cât mai des baia, bucătăria şi zona în care schimbaţi scutecele;
- vaccinaţi-vă animalele de casă. Copilul dumneavoastră şi câinele sau pisica vor intra frecvent în contact, aşa încât asiguraţi-vă că animalul dumneavoastră de casă este vaccinat şi curăţat de purici în mod regulat;
- gătiţi minuţios mâncarea. Pentru a evita bolile bacteriene, gătiţi cu multă grijă ouăle şi carnea. Şi asiguraţi-vă că v-aţi spălat bine mâinile şi orice alt obiect care intră în contact cu alimentele nepreparate, mai ales cu carnea şi ouăle.



este o tulburare gastrointestinală frecventă, de obicei produsă de un virus. Rareori, diareea este rezultatul unei infecţii bacteriene sau parazitare.

Diareea uşoară constă în eliminarea a câtorva scaune păstoase. Diareea medie sau severă se caracterizează printr-o frecvenţă mai mare a scaunelor care sunt mai apoase şi, uneori, verzui. Deshidratarea este principalul pericol. Copilul poate pierde mari cantităţi de lichide prin scaun.

Când copilul are diaree, luaţi măsuri de prevenie a deshidratării prin creşterea cantităţii de lichide consumate. Apa, sucul, supa şi băuturile energizante sunt preferabile. Nu folosiţi sifon sau sucuri neîndulcite. Soluţiile de echilibrare electrolitică disponibile pe piaţă, ca Pedialyte sau Lytren, pot înlocui cu succes ceea ce se pierde din corp prin diaree. În plus, ajută la reducerea pierderilor de fluide.

Dacă nu-i este foame copilului, nu-l forţaţi să mănânce, daţi-i o masă obişnuită şi multe lichide. Alimentele care conţin fibre – cum sunt cerealele integrale, fructele şi legumele – sunt alegeri bune, deoarece, în general, fac scaunul mai tare. Diareea poate dura una sau mai multe săptămâni înainte ca scaunele să redevină normale.

Unii copii fac aşa-numita diaree a copilului mic. Copilul poate avea mai multe scaune moi care miros urât şi se elimină rapid. În această perioadă unii copii sunt îngrozitor de setoşi.

În pofida diareei, un copil care are diareea copilului mic este foarte activ, pare sănătos şi nu face febră. La examenul bacterian al scaunului, rezultatul este, de obicei, normal. Aceasta deoarece cele mai multe cazuri de diaree a copilului mic sunt produse de virusuri, cum ar fi Rotavirus.

Nu este nevoie să alertaţi doctorul de fiecare dată când copilul are un episod de diaree, decât dacă apare vreunul dintre următoarele simptome:

- semne de deshidratare – fără scutece ude sau urinat timp de 8 ore, plâns fără lacrimi, fără salivă;
- un scaun pe oră, timp de mai bine de 8 ore;
- sânge, puroi sau mucus în scaun;
- dureri abdominale severe sau orice dureri abdominale care durează mai mult de 12 ore;
- diaree care nu se ameliorează în 48 de ore de la schimbarea dietei;
- diaree uşoară care durează mai mult de o săptămână.

Constipaţia

Părinţii copiilor mici sunt adesea foarte preocupaţi de scaunele copilului. În cazul în care copilul dumneavoastră are zilnic scaun, nu este cazul să credeţi că este constipat. Deşi mulţi oameni au scaune zilnic, alţii pot avea scaun doar o dată la două sau trei zile.

Semnele constipației sunt tranzitul dureros, scaunul tare, incapacitatea de a avea scaun chiar dacă impulsul de a defeca este puternic sau faptul că trec mai mult de 3 zile fără să aibă scaun.

Constipația este adesea rezultatul unei cantități insuficiente de fibre și lichide din dietă. Constipația poate fi și efectul inversării tranzitului scaunului, deoarece copilul îi este incomod să meargă la baie. Unii copiii țin scaunul deoarece un tranzit anterior le-a produs durere în orificiul anal. Îi doare când trebuie să elimine scaunul, așa că încearcă să evite durerea.

Tratamentul pentru constipație, în general, implică un consum mai mare de fructe, legume, alimente bogate în fibre cum ar fi pâinea, leguminoasele și cerealele integrale, băutul de apă sau de alte lichide. În plus, sfătuiți copilul să se așeze pe toaletă la intervale de timp regulate, de exemplu după micul dejun sau după cină. Dacă acestea nu rezolvă constipația, vorbiți cu doctorul.

Răcelile

Răceala banală este una dintre cele mai frecvente boli ale copilăriei. Preșcolarii răcesc de 5-8 ori în fiecare an. În cazul în care copilul dumneavoastră are mereu capul congestionat, strănută și are febră sau dureri în gât, există mai multe cauze posibile. Cea mai frecventă cauză a unui nas care curge întruna este pur și simplu o răceală repetată. Copiii mai mari de 6 luni au adesea infecții virale de căi respiratorii superioare. Un copil mic și răcit este, în general, mai bolnav decât alți copii sau adulți cu răceală. Febra poate fi un semn timpuriu de răceală. Iritabilitatea, agitația și strănutul urmează, în mod obișnuit. Câteva ore mai târziu un lichid clar începe să curgă din nas, care treptat devine un mucus gros care face dificilă respirația pe nas. Virusul poate irita gâtul copilului și traheea, producând dureri în gât și tuse. Alte simptome pot fi durerea de cap, lipsa poftei de mâncare și durerile muscualre. Ce puteți face când apare o răceală? În general, doar puțin pentru a-l face pe copil să se simtă ceva mai bine. De obicei, temperatura copilului revine la normal în 1-3 zile. Simptomele din nas și gât dispar, în general, într-o săptămână. Oricum, tusea poate persista 2-3 săptămâni. Medicamentele fără prescripție pot alina unele simptome, dar nu scurtează durata bolii și nu împiedică apariția complicațiilor. Antibioticele nu sunt de folos pentru infecțiile cauzate de virusurile răcelii. Antibioticele se iau pentru a trata infecțiile bacteriene. Puteți face unele lucruri ca să ameliorați starea copilului:

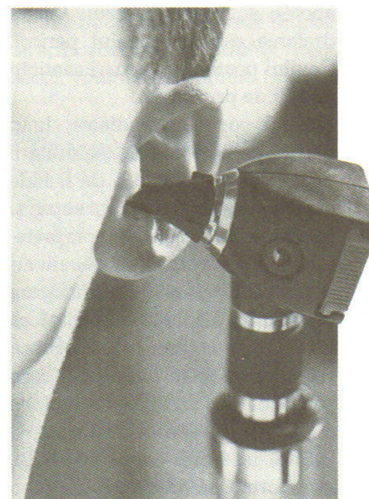
- curățați-i mucusul din nas. Când copilul este prea mic pentru a-și sufla nasul, eliminați mucusul din nas folosind o pompă de aspirare moale, din cauciuc. Dacă se descurcă cu respirația și alimentația, nu este necesară aspirarea nazală;
- folosiți ser fiziologic în picături pentru uz nazal. Dacă nasul copilului este înfundat, încercați să-i administrați picături de ser fiziologic pentru nas, care se cumpără fără prescripție medicală, cu 15-20 de minute înintea meselor și la culcare. Copilului mic țineți-i capul pe spate și turnați-i 3 picături în fiecare nară. După ce așteptați un minut, folosiți o pompă de aspirare pentru a îndepărta mucusul înmuiat. Unui copil mai mare puteți să-i puneți 3 picături în fiecare nară în timp ce stă pe pat cu capul într-o parte. După câteva clipe, puneți copilul să-și sufle nasul. Aceasta se va repeta de câteva ori la rând până când nasul este curățat;
- dați-i medicamente contra febrei. În cazul în care copilul dumneavoastră are dureri sau febră mai mare de 38,8 C, puteți să-i dați Acetaminophen (Tylenol etc.) sau Ibuprofen (Advil, Motrin etc.). Nu-i dați niciodată aspirină. Folosirea aspirinei la copii se corelează cu sindromul Reye, o afecțiune amenințătoare de viață;
- folosiți un umidifiant sau un vaporizator. Când copilul este congestionat sau tușește, folosiți un umidifiant care produce o ceață răcoroasă. Aceasta vă va ajuta copilul să respire mai ușor. Dar asigurați-vă că mențineți dispozitivul curat, pentru a împiedica creșterea bacteriilor și mucegaiurilor în el.

Infecțiile urechii

Infecțiile urechii medii (otitele medii) sunt printre cele mai frecvente afecțiuni ale copiilor mici. Majoritatea copiilor vor avea cel puțin o infecție a urechii medii pe la vârsta de 3 ani. Deși infecțiile urechii apar la 1/3 dintre acești copii, cei mai mulți încetează să mai aibă infecții multiple ale urechii pe la vârsta școlară.

Otitele urmează adesea după o răceală care favorizează o colecție de fluid în spatele timpanului. Acest fluid colectat este un mediu ideal pentru înmulțirea bacteriilor și a virusurilor care produc infecția. Pe lângă durerea de ureche sau senzația de presiune în ureche, copilul poate deveni mai nervos, să-și piardă apetitul, să facă febră și să aibă probleme cu somnul.

Cele mai multe otite se rezolvă de la sine, fără antibiotice. Totuși, medicul poate prescrie antibiotice dacă infecția este severă sau dacă apar infecții recurente ale urechii.



Dacă nu răspunde la antibiotice, copilului i se poate recomanda inserţia chirurgiclă a unui mic tub de dren în timpan, pentru a împiedica fluidul să se colecteze. Pentru mai multe informaţii cu privire al infecţiile urechii vezi pag. 668.

Roşul în gât

Roşul în gât este o infecţie banală şi este produsă de bacteria *Streptococcus pyogenes* (grupa A de streptococ beta-hemolitic). Adesea, o persoană cu roşu în gât a fost expusă altei persoane cu aceeaşi boală cu 2-7 zile înainte.

Copiii cu vârste de 5-15 ani, care sunt la şcoală sau în alte colectivităţi, sunt cei mai predispuşi la roşu în gât. Boala se transmite în general prin secreţii nazale sau din gât. Mai puţin obişnuit, roşul în gât se poate transmite prin mâncare, lapte sau apă contaminate cu bacterii streptococice.

Semnele şi simptomele obişnuite ale roşului în gât sunt un gât dureros, amigdale umflate şi roşii, umflarea ganglionilor limfatici din partea anterioară a gâtului, febră, durere de cap, dureri musculare, dureri abdominale şi, eventual, vărsături.

Roşul în gât necesită tratament antibiotic pentru a împiedica apariţia complicaţiilor. Pentru mai multe informaţii desprea roşul în gât vezi pag. 491.

Crupul

Crupul este o inflamaţie a laringelui şi a căilor respiratorii din imediata lui vecinătate. Copiii cu crup au o tuse lătrătoare de frecvenţă joasă, ca de focă. Din cauza îngustării căilor respiratorii, vocea devine răguşită şi respiraţia poate fi deficitară. Crupul este produs de un virus şi este, de obicei, precedat de simptome similare cu ale răcelii. Simptomele crupului se agravează, de obicei, noaptea şi pot dura 5-7 zile.

Copiii mai mici de 5 ani au risc mai mare de a face crup deoarece căile lor respiratorii mici sunt mai predispuse la îngustare când se umflă. Simptomele au tendinţa de a fi mai pronunţate la copiii mai mici de 3 ani.

Cele mai multe cazuri de crup nu sunt serioase şi pot fi tratate acasă. Totuşi, în cazul în care copilul are crup şi prezintă stridor sau are simptome de insuficienţă respiratorie, trebuie văzut de un doctor. Stridorul este un sunet aspru, ascuţit, făcut de copil când respiră după un acces de tuse. Pentru mai multe informaţii despre crup, vezi pag. 491.

Pneumonia

Pneumonia se referă la o infecţie sau o inflamaţie a plămânilor. La copiii mici este adesea o boală trecătoare care rămâne nediagnosticată şi poate fi considerată o răceală. Pneumonia poate apărea după o răceală sau o gripă sau într-un alt mod. Poate fi cauzată de un virus, o bacterie sau un alt organism (vezi pag. 490.).

Febra şi tusea puternice sunt cele mai frecvente semnale de alarmă. Tusea poate să nu fie productivă la copii ca la adulţi. Alte semne de penumonie sunt respiraţia rapidă sau detresa respiratorie. Tratamentul variază în funcţie de cauză.

Amigdalita

Amigdalita este o infecţie şi o inflamaţie a amigdalelor. Este frecventă la copiii de vârstă şcolară şi la preşcolari. În caz de amigdalită, amigdalele copilului pot fi roşii şi umflate, şi veţi observa mici pete de secreţie albă pe ele.

Uneori, ganglionii limfatici, localizaţi în spate şi în partea superioară a gâtului, pot fi şi ei umflaţi, deşi nu-i puteţi vedea. Alte semne şi simptome pot fi gâtul dureros, înghiţitul dificil, oboseala, durerea de cap, febra, frisoanele şi ganglionii dureroşi şi măriţi în zona maxilarului şi gâtului.

Semnele de alarmă ale unei boli grave

Următoarele semne şi simptome pot sugera o boală gravă. Când copilul prezintă vreunul dintre acestea, chemaţi doctorul sau mergeţi la camera de gardă:

- Febră mai mare de 39,4^{0}C
- Febră fără cauze evidente (răceală sau gripă) care ţine mai mult de 24 h
- Febră care durează mai mult de 72 h
- Letargie sau refuzul lichidelor
- Un gât rigid şi dureros
- Dureri atât de severe încât nu suportă să fie atins
- Incapacitate bruscă de a merge
- Dificultăţi respiratorii
- Dificultate de a fi trezit
- Convulsie
- Durere inghinală
- Buze cianotice
- Scurgere abundentă de salivă
- Vărsături persistente
- Pete purpurii sau roşu-intens pe piele
- Urinat dureros sau lipsa producerii de urină, însoţită de alte semne de boală gravă.



Intervenţia chirurgicală de îndepărtare a amigdalelor copilului şi eventualilor ganglioni limfatici este luată în considerare doar dacă amigdalita afectează respiraţia şi auzul, este recurentă sau nu răspunde la antibiotice (vezi pag. 691.). Antibioticele tratează amigdalita produsă de infecţia bacteriană.

Simptomele pot dispărea la câteva zile după ce copilul a început să ia medicamente. Dacă infecţia este virală, nu se administrează nici un tratament în afară de odihnă destulă, băutul de mari cantităţi de lichide şi gargara cu apă sărată pentru a ameliora simptomele.

Epiglotita

Epiglotita este o inflamţie a clapelor de ţesut şi cartilaj sub formă de aripi care acoperă traheea. Survine adesea la copiii cu vârste între 2 şi 5 ani şi este mai frecventă la băieţi decât la fete.

Copilul poate avea dureri de gât, febră, dificultăţi de înghiţire şi de respiraţie, precum şi răguşeală. Epiglotita este, de obicei, rezultatul unei infecţii bacteriene şi poate răspunde la tratamentul cu antibiotice.

Epiglotita produce inflamaţie severă, dificultăţi serioase respiratorii şi poate cauza moartea. Dacă bănuiţi că are epiglotită, duceţi copilul imediat la doctor.

Sinuzita

Sinuzita este o infecţie a unuia sau mai multor sinusuri. Sinusurile sunt cavităţi în oasele din jurul nasului. Ele sunt în legătură cu cavităţile nazale prin mici deschideri. În mod normal, aerul trece în şi din sinusuri, şi mucusul drenează din aceste deschideri în nas.

Sinuzita este oarecum neobişnuită la copiii mici, dar poate surveni la copiii mai mari, de vârstă şcolară. Când cavitatea unui sinus se infectează, mucoasa nazală se umflă, producând o congestie nazală sau o obstrucţie. Deoarece cavitatea nu poate fi drenată, puroiul sau mucusul rămân înăuntru.

Durerea sinusală poate rezulta din inflamaţia sinusului sau din presiunea produsă de secreţiile colectate în sinus. Pentru mai multe despre sinuzită vezi pag. 687.

Erupţiile

Erupţiile pot rezulta dintr-o varietate de factori. Câteva dintre cele mai frecvente sunt:

Varicela

Varicela (vărsatul de vânt) produce pete roşii şi pruriginoase, care se umplu repede cu un lichid clar sau fac băşicuţe. Băşicuţele se rup eventual şi fac o crustă deasupra. Erupţia iniţială apare pe scalp, pe faţă, piept şi spate şi se poate extinde pe braţe şi picioare (vezi ilustraţiile color, pag. 436).

Petele continuă să apară 4-5 zile, adesea însoţite de febră, curgerea nasului sau tuse. Copilul este contagios până apar crustele. De obicei, trece o perioadă de incubaţie de 12-21 de zile după expunerea la varicelă îninte ca semnele şi simptomele să apară. Pentru cei mai mulţi copiii această perioadă este de 12 zile. Varicela apare în principal la copii, dar şi adulţii care nu sunt imunizaţi pot să facă boala. Incidenţa varicelei a scăzut de când a apărut vaccinul anti-varicelă. Vaccinul este destinat copiilor de 1 an sau mai mari şi adulţilor care nu au luat contact cu virusul. Pentru mai multe informaţii cu privire la varicelă vezi pag. 492. Pentru mai multe infromaţii despre vaccinul anti-varicelă vezi pag. 9.

Roseola

Roseola este o infecţie virală care, în general, afectează copiii între 6 luni şi 3 ani. De obicei, începe cu febră mare care durează cam 3 zile. Când febra dispare, apare o erupţie pe trunchi şi pe gât care durează de la câteva ore la câteva zile.

Erupţia nu deranjează prea tare şi, în majoritatea cazurilor, nu este serioasă. Dispare de la sine, fără tratament, dar acetaminophenul (Tylenol) şi spălatul cu un burete călduţ pot înlătura disconfortul şi febra. Uneori, copiii mici pot avea convulsii produse de febră mare (convulsii febrile). De îndată ce se produc, luaţi legătura cu medicul. Pentru mai multe informaţii despre roseolă vezi pag. 497.

A cincea boală

A cincea boală este o infecţie uşoară, obişnuită la copii. Este produsă de un virus numit Parvovirus uman B 19. Doctorii numesc această boală infecţia cu Parvovirus.

Simptomul de bază ale acestei boli este apariţia de pete roşu aprins, proeminente, pe ambii obraji, asemănătoare cu urmele unor palme (vezi ilustraţiile color, pag. 436). O erupţie roz, dantelată, uşor proeminentă, poate să mai apară pe braţe, trunchi, coapse şi fese. Erupţia poate apărea şi dispărea în aproxiamtiv 3 săptămâni. Uniii copii fac o uşoară febră şi alţii au simptome ca de răceală uşoară.

Nu se recomandă nici un tratament anume, dar Acetaminophenul (Tylenol) poate calma febra şi disconfortul. Femeile gravide suspectate de a fi fost expuse la virus trebuie să ia legătura cu doctorul deoarece există riscul ca fătul să facă serioase complicaţii.

Pojarul (rujeola)

Pojarul (rujeola) începe, de obicei, cu febră, adesea cam de 40-40,5 C, tuse, strănut, dureri de gât şi ochi apoşi. O erupţie roşie, pătată, apare pe faţă şi în spatele urechilor şi se întinde pe trunchi, braţe şi picioare. Erupţia poate începe şi sub formă de pete mici, roşii, fine, care cresc în dimensiuni.

Uneori, pe mucoasa obrajilor apar spoturi mici, albe. Erupţia durează, de obicei, cam o săptămână, perioadă în care se întinde de la frunte spre picioare.

Rujeola apare în principal la copii, dar şi adulţii sunt receptivi la ea. Vaccinul contra rujeolei a scăzut semnificativ incidenaţ acestei boli. Pentru mai multe informaţii despre rujeolă vezi pag. 496.

Boala mână-picior-gură

Boala mână-picior-gură este o boală uşoară, dar foarte contagioasă, care afectează mai ales copiii preşcolari. Simptomele acestei infecţii virale includ leziuni sub formă de băşicuţe pe limbă, gură, pe mâini şi picioare.

Copiii din creşe sau grădiniţe sunt deosebit de susceptibili la această boală, deoarece ea se răspândeşte mai ales prin contact de la persoană la persoană. Spălarea cu grijă a mâinilor poate împiedica răspândirea bolii.

Afecţiunea nu are legătură cu boala mână-picior, care este o boală virală foarte infecţioasă a animalelor rumegătoare.

Impetigo

Impetigo este o boală comună, produsă de bacteriile streptococice sau stafilococice, bacterii care pătrund în piele printr-o tăietură sau muşcătură de insectă. Infecţia începe cu o leziune roşie, care face repede o băşicuţă, supurează câteva zile şi apoi formează o crustă lipicioasă. De obicei, apare pe faţă şi este mai freceventă la copiii mici (vezi ilustraţia color, pag. 436).

Infecţia poate să se extindă cu uşurinţă la alte persoane sau pe alte părţi ale corpului dumneavoastră doar prin scărpinarea sau atingerea leziunii. Igiena corectă poate împiedica şi limita transmiterea impetigo-ului. Leziunile şi zona din jurul infecţiei trebuie păstrate curate. Tăiaţi unghiile copilului dumneavoastră. Dacă infecţia se extinde, doctorul vă poate prescrie antibiotice pentru a o trata.

Păduchii

Păduchii sunt insecte mici parazitare care produc mâncărime intensă. Păduchii de cap sunt cei mai răspândiţi printre copii prin contact direct sau prin haine, piepteni şi perii de păr. De obicei, se găsesc pe scalp, la baza gâtului şi după urechi. Mici ouă care seamănă cu mâţişori de salcie se prind de şuviţele de păr.

Pentru îndepărtarea păduchilor există şampoane speciale, disponibile cu sau fără prescripţie medicală. Asiguraţi-vă că aţi citit cu grijă instrucţiunile. Consultaţi doctorul înainte de a folosi asemenea produse la copii mai mici de 2 luni sau dacă sunteţi gravidă. Copiii infestaţi trebuie ţinuţi acasă până după primul tratament cu şampon. Un amestec de apă şi oţet poate ajuta la desprinderea ouălor, care trebuie smulse manual de pe şuviţele de păr pentru a împiedica recurenţa.

Pentru a opri răspândirea păduchilor sau reinfestarea, spălaţi cearşafurile, hainele şi păturile cu apă fierbinte şi săpun şi uscaţi-le la temperaturi mari, care ucid păduchii. Înmuiaţi periile şi pieptenii în apă foarte fierbinte cu săpun timp de cel puţin 5 minute. Puneţi aspiratorul pe mochetă, saltele, perne, pe mobile tapisate şi pe scaunele maşinii. Pentru mai multe informaţii despre păduchi vezi pag. 501.

Scabia

Scabia este o boală contagioasă de piele produsă de mici insecte care sapă sub piele. Insectele sunt aproape imposibil de văzut fără o lupă, dar lasă un şanţ specific, ca o dâră subţire, neregulată, de creion (vezi ilustraţia color, pag. 437).

Urmele apar mai frecvent între degete, în pliurile braţelor, în jurul taliei, pe faţa internă a coapselor, pe coate, pe glezne şi călcâie, în jurul sânilor şi pe fese. Mâncărimea este, de regulă, mai intensă noaptea.

Scabia se poate transmite de la o persoană la alta într-o familie, într-o creşă grădiniţă sau clasă. Îmbăierea şi preparatele disponibile fără prescripţie nu sunt eficiente în îndepărtarea scabiei. Consultaţi un doctor pentru tratament.

Durerile de cap

Durerile de cap sunt mai frecvente în perioada mai târzie a copilăriei şi în adolescenţă. Rareori constituie o problemă serioasă. De obicei, o durere de cap este un semn că nu bea destule lichide, nu mănâncă sau nu doarme suficient sau este prea stresat. Durerile de cap se asociază cu multe boli virale.

Când copilul se plânge deseori de dureri de cap, chiar şi atunci când se simte bine în rest, consultaţi un doctor. Pot fi de vină migrenele, mai ales dacă în familie există un istoric de migrene. La copii, acest tip de durere de cap este adesea însoţit de sensibilitate la lumină şi de somnolenţă. Adesea îşi revine la câteva ore de la instalarea durerii de cap.

Durerile abdominale

Durerile de stomac sunt frecvente la copil. De obicei, durerea nu este nimic altceva decât rezultatul consumului a ceva care nu i-a priit copilului sau începutul unei boli gastro-intestinale de origine virală.

Uneori, un copil se poate plânge de dureri de stomac sau de abdomen intermitent. Aceste simptome se pot corela cu stresul sau cu frica în legătură cu o situaţie socială sau cu o problemă de la şcoală. La mulţi copii, simptomele dispar gradat, dar alţii au accese recurente de durere mulţi ani în şir.

Consultaţi doctorul când copilul refuză să participe la activităţi cotidiene din cauza durerii de stomac sau dacă durerea de stomac este însoţită de sânge în scaun sau în vomă, de vărsături persistente sau de diaree, sau de scădere în greutate.

Durerile de creştere

Mulţi copii de vârstă şcolară, mai ales în ultimii ani ai acestei perioade, suferă de dureri severe, repetate, ale membrelor. Aceste dureri pot apărea oricând, dar se pare că se instalează mai frecvent seara, mai ales după o zi de activitate intensă.

De obicei, durerile sunt localizate în coapse şi gambe şi durează

o oră sau două. Copiii sunt sănătoşi în rest, iar rezultatele de la examenul fizic şi de la testele de diagnostic sunt normale.

Deşi aceste dureri nu se corelează direct cu creşterea fizică, aceste simptome sunt numite adesea dureri de creştere. Durerile nu au o explicaţie anume şi dispar cu timpul, fără a lăsa semne de boală. Cel mai bun tratament al durerilor de creştere este să manifestaţi afectivitate, înţelegere şi să daţi asigurări copilului că aceste simptome nu constituie o problemă de sănătate.

Pentru a alina într-o anumită măsură durerile:

- lăsaţi copilul să folosească o pernă electrică încălzită, nu fierbinte;
- daţi dozele prescrise de Acetaminophen (Tylenol) sau Ibuprofen (Advil, Motrin) pentru durere. Nu administraţi aspirină decât dacă doctorul vă sfătuieşte să faceţi aşa;
- chemaţi doctorul dacă zona devine umflată, roşie şi dureroasă, dacă eventual copilul începe să şchioapete sau are febră pe neaşteptate, sau dacă durerile persistă mai mult de 1-2 săptămâni.

Infecţiile şi iritaţiile genitale la fete

Infecţia genitală la fete (vulvovaginita) poate apărea atât înainte cât şi după pubertate. Cauza frecventă o constituie îmbăierea neadecvată şi obiceiurile igienice deficitate. O fetiţă se poate să nu-şi spele organele genitale în mod adecvat. Sau se poate şterge din spate către în faţă după ce are scaun şi să plimbe, fără să-şi dea seama, bacteriile nedăunătoare care trăiesc în intestine, în orificiile urinar şi vaginal pe care să le colonizeze.

Ciupercile, paraziţii, bacteriile şi agenţii iritanţi din săpun sau din alte produse de toaletă pot determina infecţii genitale. Infecţiile cu ciuperci sunt mai frecvente le fetele care au intrat în perioada de pubertate, au diabet sau au luat antibiotice.

Doctorul vă poate întreba dacă are vreo secreţie vaginală, mâncărime sau roşeaţă a anusului, vulvei sau vaginului, ori alte infecţii. El va dori să examineze zona genitală şi să ia o probă de secreţie vaginală pentru investigarea ciupercilor şi paraziţilor.

Infecţiile şi iritaţia genitală pot fi adesea evitate sau tratate dacă îi vorbiţi fiicei dumneavoastre despre zona genitală şi-i arătaţi cum să se şteargă din faţă către în spate. Când face baie, sfătuiţi-o să-şi spele zona genitală şi să nu utilizeze spumant de baie.

Hârtia de toaletă şi chiloţii trebuie să fie albi, nu coloraţi, deoarece coloranţii pot irita pielea. Lenjeria trebuie să fie din bumbac şi să fie schimbaţi zilnic. Sfătuiţi-o să nu poarte îmbrăcăminte care creşte umezeala în acea zonă, cum ar fi pantaloni sau dresuri foarte strânşi. Purtarea unui costum de baie o perioadă lungă de timp ar trebui evitată.

Pentru infecţii, tratamentele vor include administrarea de antibiotice oral sau folosirea unei creme prescrise de medic pentru zona genitală.

Infecţiile de tract urinar

Infecţia tractului urinar survine când bacteriile intră în vezica urinară prin canalul care face legătura între vezică şi exterior (uretră). În condiţii normale, aceste bacterii sunt eliminate din corp în timpul urinatului.

Urina are chiar ea proprietăţi care inhibă creşterea bacteriilor. Totuşi, anumite bacterii şi anomalii ale aparatului urinar pot creşte riscul unei infecţii de tract urinar.

Infecţiile de tract urinar sunt mai frecvente la fete decât la băieţi. De obicei, infecţia se limitează la vezica urinară, afecţiune numită cistită.

Un copil care a învăţat să se ducă noaptea la toaletă poate avea enurezis. Alte semne şi simptome pot fi febra, vărsaturile şi frisoanele. În unele cazuri, un copil cu infecţie de tract urinar nu are nici un semn sau simptom. Netratată, infecţia vezicii urinare poate duce la o infecţie mult mai serioasă a rinichiului.

Infecţiile de tract urinar la fete pot fi rezultatul unei ştergeri incorecte după ce au scaun. În unele cazuri, coloranţii din spumantul de baie pot conduce la o infecţie a tractului urinar. Alte cauze sunt anomaliile genitale. Uneori, infecţiile de tract urinar apar fără vreo cauză evidentă.

În general, se prescriu antibiotice pentru o infecţie a tractului urinar. Unii copii cu infecţii recurente de tract urinar pot avea nevoie de doze zilnice de antibiotice timp de luni sau ani pentru a scăpa de infecţia din urină.

După o infecţie, se vor face radiografii pentru a determina dacă nu cumva urina curge din interiorul vezicii către rinichi (reflux). Când infecţiile se datorează unei anomalii ca refluxul, se va lua în considerare chirurgia, dacă tratamentul antibiotic nu este suficient pentru a rezolva problema.

Probleme speciale

Dacă aveţi probleme speciale legate de unele aspecte ale sănătăţii şi dezvoltării copilului dumneavoastră, discutaţi-le cu medicul copilului sau cu un alt specialist pe probleme de sănătate. Următoarele informaţii sunt prezentate ca un punct de plecare în încercarea dumneavoastră de a înţelege cum puteţi ajuta cel mai bine copilul.

Unii copii pot avea tulburări de vedere sau de auz, tulburări fizice, afecţiuni ortopedice sau anomalii sexuale. Alţii pot prezenta semnele unui copil abuzat. Indiferent de circumstanţe, orice copil care este în grija dumneavoastră se bazează pe dumneavoastră să fie informat cu privire la situaţia lui şi să i se răspundă la nevoile pe care le are.

Probleme de vedere

Anii din perioada preşcolară sunt foarte importanţi pentru dezvoltarea cu succes a multor probleme ale ochilor. Dacă sunt depistate în perioada preşcolară, problemele obişnuite de vedere, în general, nu au efecte adverse la copiii care învaţă. Nevoia de a sta foarte aproape de televizor sau de a aria de activitate poate să arate o problemă de vedere. Altele sunt vederea încrucişată, frecatul ochilor, oboseala şi durerea de cap.

Anomaliile de refracţie, cum sunt defectele de vedere de aproape şi la distanţă, sunt cele mai frecvente probleme de vedere în copilărie. Un copil cu o problemă de refracţie pare a arăta lipsă de interes la învăţătură. Un copil care nu vede de aproape poate să nu vrea să se mai uite prin cărţi, iar cel care nu vede la distanţă, poate părea neinteresat de activităţi care se desfăşoară mai departe de câţiva metri de el. Aceste probleme, de obicei, se corectează uşor prin prescriere de ochelari.

O altă afecţiune care poate fi descoperită în primii ani ai copilăriei este nealinierea pupilelor, numită strabism (vezi pag. 640). În unele cazuri, un ochi deviază doar când este obosit. În altă variantă, ambii ochi deviază alternativ.

Cu cât este descoperită mai devreme, cu atât sunt mai mari şansele de ameliorare. Dacă vi se pare că pupilele copilului nu sunt aliniate, mergeţi la medic. Tratamentul precoce poate împiedica apariţia ambliopie, situaţie în care creierul învaţă să ignore imaginea din faţa ochiului mai afectat.

Probleme de auz

Pentru a-şi dezvolta normal vorbirea şi vocabularul, un copil trebuie să audă bine. Chiar şi cea mai mică scădere a auzului poate să afecteze dezvoltarea limbajului copilului. În general, cu cât scăderea auzului (hipoacuzie) este mai severă, cu atât sunt mai mari problemele de învăţare. La copiii mici pot apărea 4 tipuri de hipoacuzie:

- hipoacuzia de conducere se referă la o afectare a receptării sunetelor din urechea externă de către urechea internă;
- hipoacuzie de percepţie (neurosenzorială) îşi are cauza în anomaliile celulelor cohleare cu păr sau ale nervului auditiv;
- hipoacuzia mixtă apare când atât hipoacuzia de conducere cât şi cea neurosenzorială sunt prezente;
- tulburările auditive centrale sunt rezultatul unei disfuncţii a centrului auditiv din sistemul nervos central.

Surditate totală este adesea diagnosticată în primele 6 luni de viaţă.Totuşi, dacă un copil este parţial surd, problema nu poate fi detectată până la 1-2 ani sau mai târziu. La acest moment, copilul deja a pierdut nişte etape importante în dezvoltarea limbajului şi în învăţare. În primii 3 ani din viaţa copilului dumneavoastră, verificaţi următoarele semne de alarmă pentru dificultăţile de auz:

- *În primul an.* Copilul nu reacţionează la zgomote puternice, nu imită sunete sau nu răspunde când este chemat pe nume.
- *În al doilea an.* Copilul nu se joacă cu vocea sa, nu imită cuvinte simple, nu se bucură de jocuri cum ar fi „Bau!" sau nu foloseşte propoziţii din două cuvinte pentru a vorbi despre lucruri sau a le cere.
- *În al treilea an.* Copilul nu înţelege „nu acum" şi „nu mai" sau nu poate urma indicaţii simple.

Măsura în care scăderea auzului influenţează capacitatea copilului de a învăţa depinde de frevenţele afectate, de vârsta la care apare scăderea auzului, de cât de repede este descoperită şi de momentul în care începe tratamentul.

Unele tipuri de scădere a auzului pot fi tratate cu medicamente. Altele pot necesita intervenţie chirurgicală şi mai sunt şi altele care necesită un aparat auditiv. Aparatul auditiv amplifică auzul copilului şi este considerat cel mai important mijloc pentru a permite unui copil cu defect de auz să trăiască normal. Tehnici precum cititul de pe buze şi limbajul semnelor pot fi, de asemenea, utile, mai ales dacă scăderea auzului este mai severă.

Afecţiunile ortopedice

În afară de fracturarea unui os din când în când sau o întindere musculară, cei mai mulţi copii nu au probleme serioase cu muşchii, oasele sau articulaţiile. Totuşi, pot apărea diverse probleme de creştere la un copil de vârstă preşcolară. Piciorul plat, degetul de porumbel, picioarele în "O" sau în "X" sunt toate stadii prin care trec cea mai mare parte a copiilor pe durata dezvoltării normale a gambelor şi picioarelor.

De exemplu, degetele mari de la picior ale copilului tind să se curbeze înăuntru şi picioarele apar plate din cauza abundenţei de grăsime pe curbura plantară. Cu cât copilul creşte, curburile plantare devin mai vizibile, mai ales pe la 5 ani. La fel, gambele sunt depărtate uşor în "O" de la naştere până pe la 2 ani. Apoi gambele copilului dumneavoastră se modifică în direcţie opusă, dând aspect de picioare în "X" pe la 3 ani. În mod normal, picioarele se îndreaptă pe la vârsta de 7 ani.

Chiar dacă aceste variaţii continuă în anii de şcoală, ele necesită rareori tratament. Boala este în foarte puţine cazuri cauza lor.

Piciorul plat

Picioarele copilului sunt plate dacă nu sunt vizibile curburile lor. Nu este un motiv de îngrijorare cu privire la piciorul plat la copii. Grăsimea de bebeluş face întotdeauna ca piciorul să pară plat. Totuşi, dacă pe la 5 ani curburile nu sunt evidente, copilul dumneavoastră poate avea picioare plate, indiferent că sunt flexibile sau fixe.

Picioarele plate flexibile par plate doar când copilul stă în picioare. Când stă pe vârfuri sau când piciorul nu suportă nici o greutate, curbura reapare. Picioarele plate flexibile se transmit ereditar şi sunt mai des întâlnite la evrei şi la populaţia de culoare. Picioarele sunt mobile şi nedureroase şi au forţă musculară normală.

De obicei, picioarele flexibile plate nu necesită tratament. Totuşi,

dacă picioarele sunt foarte plate, medicul vă poate prescrie un dispozitiv ortopedic. Deşi acesta nu corectează problema, poate permite mersul pe jos mai mult timp şi previne luxarea piciorului.

Picioarele plate fixe sau rigide sunt mult mai îngrijorătoare deoarece pot fi însoţite de malformaţii congenitale diverse. Probabil că medicul vă va indica să faceţi radiografii pentru a determina dacă aceasta este cauza. Dacă starea nu a fost ameliorată prin purtarea încălţămintei speciale se indică intervenţia chirurgicală.

Degetele de porumbel

În această situaţie, degetele de la picior sunt curbate către înăuntru. Cei mai mulţi nou-născuţi au această problemă ca o reminescenţă a poziţiei fetale din uter. De obicei, copiii dorm cu degetele de la picior întoarse în interior. Apoi, când încep să meargă, picioarele lor se orientează cu totul spre interior, pentru a menţine echilibrul şi creează astfel condiţii pentru apariţia picioarelor plate, picioarelor în "O" sau în "X".

Situaţia, de obicei, se rezolvă spontan pe la 5 ani. Dacă persistă, medicul va examina postura copilului şi mersul lui, şi va cere radiografii. Va investiga existenţa unor boli care pot produce degete de porumbel, cum ar fi malformaţiile congenitale osoase, în care oasele copasei, gambei, gleznei sau ale piciorului sunt răsucite spre interior.

Statul sau dormitul pe piciorul întors nu cauzează o accentuare a deformaţiei, dar ar putea perpetua problema. Dacă laba piciorului este flexibilă, doctorul vă poate recomanda exerciţii de întindere. Dacă laba piciorului este imobilă, copilul dumneavoastă s-ar putea să aibă nevoie de încălţăminte specială.

Încurajaţi-vă copilul să stea sau să meargă cu degetele îndreptate spre înainte sau puţin către exterior. Puneţi copilul să stea cu picioarele încrucişate în loc să stea cu genunchii apropiaţi şi labele picioarelor pe podea şi îndreptate spre exterior.

O malformaţie structurală, deşi rar întâlnită, poate fi tratată punând picioarele în gips şi apoi în încălţăminte ortopedică. În trecut, acestre tratamente erau frecvent folosite. În zilele noastre doctorii au învăţat că aceste malformaţii se corectează în general în mod spontan. Dacă aceste măsuri nu dau rezultate, s-ar putea să fie nevoie de o intervenţie chirurgicală, dar un doctor nu va recomanda o astfel de intervenţie înainte de împlinirea vârstei de 9 ani.

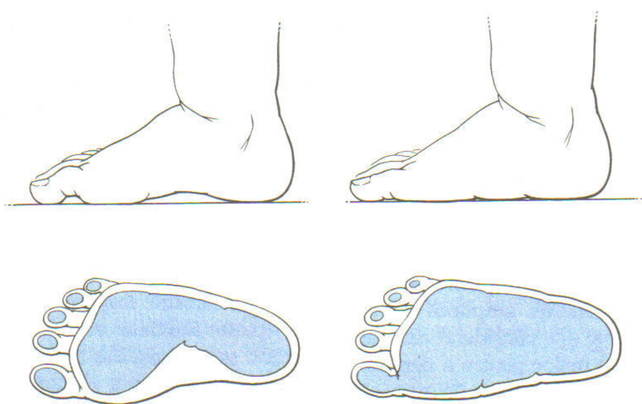
Genu valgum

Când un copil cu Genu valgum (picioare în "X") stă în poziţie verticală, genunchii se ating între ei, dar nu şi gleznele. Picioarele în "X" sunt mai frecvente la fete decât la băieţi, în parte din cauză că pelvisul lor este mai larg. Apar mai des la copiii supraponderali ale căror oase şi articulaţii în dezvoltare trebuie să suporte greutatea lor. Picioarele în "X" sunt şi ele ereditare.

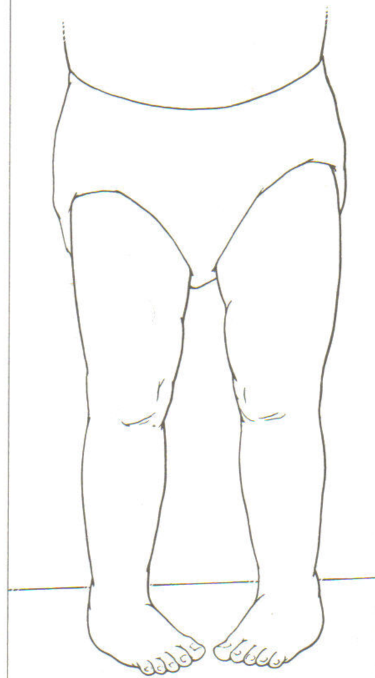
Forma în "X" a picioarelor poate persista după vârsta de 4 ani, dar picioarele celor mai mulţi copii se îndreaptă pe la vârsta de 7 ani.

Dacă picioarele nu se îndreaptă sau dacă starea apare după ce copilul ajunge la vârsta şcolară, doctorul poate face anumite teste pentru a exclude bolile articualţiei genunchiului care pot produce picioare în "X", ca poliartrita reumatoidă juvenilă, rahitismul şi infecţiile. Un traumatism neidentificat sau o problemă de dezvoltare pot produce picioare în "X" asimetrice.

Copiii cu picioare în "X" în forma severă au adesea picioare plate, deoarece greutatea lor cade pe marginea internă a piciorului şi gleznei. Dacă aveţi un copil supraponderal, această stare poate forţa



Picioarele plate au curbura plantară redusă sau absentă. În partea stângă (deasupra şi jos) sunt desenate un picior normal şi urma unei tălpi normale. Dacă piciorul sau urma tălpii lui seamănă mai degrabă cu figura din dreapta, copilul are picioare plate.



Copiii se nasc, în general, cu degete de porumbel, adică degetele de la picioare sunt răsucite spre interior. Majoritatea acestor stări se rezolvă de la sine pe la 5 ani.

picioarele şi să necesite un dispozitiv ortopedic pentru a reduce oboseala piciorului şi a împiedica slăbirea marginii interne a încălţămintei.

Doctorul poate trata picioarele în "X" grave cu ajutorul unor centuri care sunt păstrate noaptea. Uneori este necesară o operaţie, nu înainte de a fi lăsat genunchii să se îndrepte singuri – după vârsta de 10 ani la fete şi 12 ani la băieţi – dar înainte de terminarea creşterii. Totuşi, în majoritatea cazurilor, picioarele tind să se îndrepte pe măsură ce copilul creşte, aşa încât rareori necesită tratament.

Genu varum

În acest caz gleznele se ating între ele, dar nu şi genunchii neîndoiţi. Gambele sunt curbate în mod normal la naştere din cauza modului în care acestea sunt îndoite în spaţiul îngust din uter. Gambele rămân adesea curbate aproape 2 ani. Dacă Genu varum (picioarele în "O") persistă sau se agravează după vârsta de 3 ani, trebuie examinate de doctor.

Uneori, picioarele par curbate din cauza distribuţiei grăsimii pe picioarele copilului. Când un picior este mai curbat decât celălalt, aceasta se poate datora unui traumatism sau unei probleme de creştere. Picioarele în "O", de obicei, se îndreaptă fără tratament pe la vârsta de 8 ani. Doctorul poate prescrie purtarea de centuri noaptea pentru corectarea defectului. Corecţia chirurgicală este recomandată dacă alte metode eşuează.

În cazuri rare, picioarele în "O" sunt produse de boli ca rahitism sau boala Blount. În boala Blount, tibia se curbează în afară şi nu este prinsă bine de genunchi. Pot apărea probleme severe ale articulaţiei genunchiului.

Această boală tinde să apară mai des la copiii supraponderali, mici de statură sau care au mers de la o vârstă mică. Este mai frecventă la fete decât la băieţi. O operaţie a părţii superioare a tibiei o poate corecta.

Anomaliile sexuale

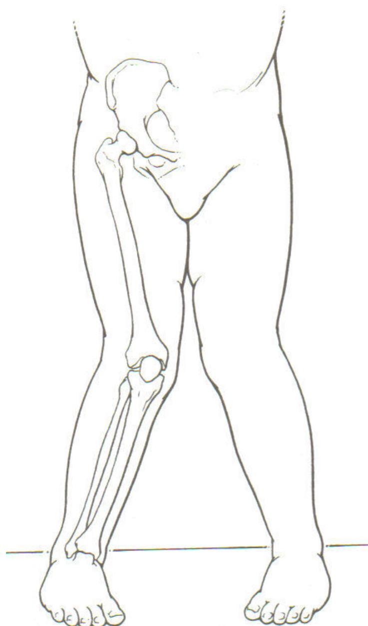
Pubertatea începe atât la fete cât şi la băieţi în ultimii ani de şcoală. Pubertatea se consideră prematură dacă apare înainte de 8 ani la fete şi de 9 ani la băieţi.

La fete, primul semn de pubertate este, de obicei, dezvoltarea mugurilor sânilor (telarha). Apariţia menstrei (menarha) se produce după câţiva ani. La băieţi, mărirea sau creşterea testiculelor şi penisului este, în general, primul semn al pubertăţii, urmată de apariţia părului pubian.

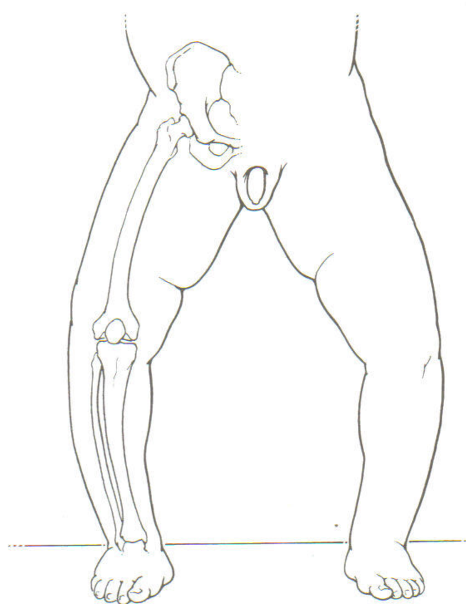
La pubertate, mai ales la fete, pot apărea câteva tulburări ale dezvoltării sexuale.

Anomaliile sânilor

La fete, dezvoltarea mugurelui sânului (telarha) semnalează apariţia pubertăţii. Dezvolatare sânilor poate fi singurul indiciu al pubertăţii, timp de 6 luni sau mai bine.



Picioarele în "X" sunt reversul picioarelor în "O". Genunchii sunt apropiaţi, dar gleznele nu se ating.



Cei mai mulţi copii au picoare în "O" la naştere. Când picioarele încă mai sunt curbate la 3 ani, consultaţi un medic.

Abuzul sexual

Abuzul sexual asupra unui copil se referă la un adult sau un copil mai mare care forţează sau convinge un copil să participe la un act sexual.

Copiii au nevoie de afectivitate. A priva un copil de contact fizic sănătos, cum ar fi îmbrăţişarea, poate cauza probleme în dezvoltarea psihologică a tânărului. Copiii mici caută adesea contactul fizic cu adulţii, dar nevoia lor de afecţiune nu trebuie confundată cu sexualitatea adultului. Unii adulţi răspund neadecvat acestui comportament, exploatând copiii pentru propria lor satisfacţie sexuală.

Copiii adesea caută un anumit contact sexual cu colegii lor. Aceasta este, de obicei, o curiozitate normală şi o dorinţă de a experimenta. Totuşi, în cazul în care copilul dumneavoastră descrie o experienţă în care a fost atins într-un mod nepotrivit de către un copil mai mare sau de către un adult, luaţi-l în serios şi adoptaţi măsurile adecvate pentru ca acest fapt să nu se repete.

Semne şi simptome

Indiciile de posibil abuz sexual la copil sunt:

- Comportament sexual provocator sau promiscuu.
- Izolarea faţă de prieteni, familie sau activităţi şcolare.
- Comportament deosebit de ostil sau de agresiv.

Uneori, medicul poate identifica o traumă a zonei genitale sau prezenţa infecţiilor cu transmitere sexuală. Totuşi, absenţa oricăror semne şi simptome nu este neapărat o dovadă că nu s-a produs abuzul. În marea majoritate a cazurilor de abuz sexual nu există nici o dovadă fizică de abuz.

Cum să reacţionaţi

Dacă bănuiţi un abuz comis asupra copilului dumneavoastră, luaţi măsuri de siguranţă pentru a nu mai fi expus pe viitor unei alte agresiuni. Duceţi copilul la doctor sau la camera de urgenţă de la spital, de preferat undeva unde se oferă consultaţie psihologică de urgenţă şi urmărire a cazului. Copilul va fi verificat şi tratat de orice leziune internă şi externă şi va fi testat cu privire la bolile cu transmitere sexuală.

Dacă abuzul sexual a implicat violul, consideraţi-l ca pe un tip specific de agresiune împotriva copilului. Aceasta va ajuta la reducerea semnificaţiei sexuale a traumei şi va feri copilul de a experiementa efectul psihologic de durată. Când sunteţi în prezenţa copilului, este mai bine ca dumneavoastră şi doctorul să nu insistaţi asupra naturii sexuale a atacului. Dacă o veţi face, copilul poate deveni nesigur şi anxios, fără a înţelege bine despre ce este vorba. Raportaţi abuzul autorităţii în drept şi duceţi copilul să discute cu un specialist cu experienţă în consilierea copiilor victime ale abuzurilor. Această consiliere este deosebit de importantă dacă agresorul a fost un membru al familiei sau un prieten.

Nu faceţi din abuz o chestiune intimă sau de familie. Majoritatea agresorilor au de-a face cu mai mulţi copii. Rareori cel care a abuzat de copil este complet străin.

Nu este neobişnuit ca un sân să se dezvolte primul şi să rămână mai mare timp de câteva luni.

Când sânii încep să crească la fetele mai mici de 8 ani, acest semn de maturare sexuală precoce este numit telarhă prematură. Cel mai adesea, telarha prematură apare la vârsta de 1-3 ani. Dacă nu este urmată de alte semne de maturizare sexuală, cum ar fi creşterea părului în zona genitală, pubertatea fetei este considerată prematură şi incompletă.

Sânii înmuguriţi adesea se aplatizează într-un an, dar pot persista până la instalarea normală a pubertăţii. Această situaţie nu este periculoasă şi rareori afectează creşterea fetei. Consilierea este, de obicei, singurul lucru necesar pentru a ajuta o fetiţă să facă faţă diferenţei de moment între ea şi alte fete. Consultaţi doctorul pentru a diferenţia telarha prematură de pubertatea prematură.

Sângerarea vaginală prematură

Unele fete de vârstă şcolară pot să aibă o sângerare din vagin înainte de vârsta aşteptată a menstruaţiei. Consultaţi doctorul.

Acesta va dori întâi să stabilească sursa sângerării. Adesea cauza nu este începutul menstruaţiei, ci altceva, cum ar fi o inflamaţie a zonei genitale şi vaginale (vulvovaginită), o tumoră genitală, un traumatism sau un



corp străin localizat în vagin. În unele cazuri, cauza este menstruaţia prematură datorată unei instalări premature a pubertăţii.

Adrenarha prematură

Adrenarha prematură se referă la activitatea glandelor corticosuprarenale. Adrenarha prematură adesea survine la fetele de 5-8 ani. Este frecvent însoţită de o creştere rapidă, de scurtă durată. Axilele pot transpira şi să prezinte păr. Poate să apară (pubarha) părul pubian.

Medicul poate face teste care să determine dacă are alte anomalii ale glandelor corticosuprarenale, care, rareori, pot determina adrenarha preamtură.

Pubertatea precoce

Pubertatea precoce apare mult mai frecvent la fete decât la băieţi, dar este rară. Dacă vă îngrijorează pubertatea prematură a copilului dumneavoastră, consultaţi un doctor pentru a-i face o evaluare completă.

Fetele

La fete, pubertatea precoce se referă la începerea pubertăţii îniante de 8 ani. Semnele pubertăţii precoce se manifestă în mod obişnuit, dar apar mai devreme decât normal. În pubertatea normală (şi adesea în pubertatea precoce) mugurii sânilor apar primii, apoi părul pubian şi, mai târziu, începe menstruaţia, adesea cu cicluri neregulate. Ovulaţia este rareori prezentă, dar poate să apară.

De obicei, nu se găseşte nici o cauză subiacentă. Totuşi, starea presupune maturarea precoce a uneia dintre glandele producătoare de hormoni – ovarele, hipofiza sau hipotalamusul. Rareori, pubertatea precoce este rezultatul unei tumori a creierului sau a ovarelor, aşa că doctorul poate face investigaţii pentru a exclude aceste posibilităţi. El mai poate să vă întrebe dacă fata a fost expusă la estrogeni sau a folosit creme de faţă sau medicamente cu estrogeni, care, de asemenea, pot induce tulburarea.

O consecinţă pe termen lung a pubertăţii premature este înălţimea mai mică. De obicei, se asociază cu o creştere rapidă pe termen scurt, care se opreşte mai devreme decât normal.

Tratamentul pentru pubertatea precoce poate include consiliere psihologică pentru fiica dumneavoastră pentru a o ajuta să facă faţă unui aspect fizic diferit de al colegelor sale. Când pubertatea apare foarte precoce, se poate lua în considerare medicaţia de schimbare a echilibrului hormonal pentru a stopa progresia dezvoltării sexuale. Pubertatea precoce nu trebuie minimizată ca importanţă. Totuşi, este liniştitor faptul că pe la 10 ani cea mai mare parte a colegelor fetei o vor ajunge din urmă ca maturizare sexuală , aşa că probabil că nu va mai simţi vreo diferenţă.

Dacă fiica dumneavoastră trece prin pubertate precoce, este important să nu vă purtaţi cu ea aşa cum îi arată fizicul sau să-i refuzaţi dorinţa de îmbrăţişare. Continuaţi s-o trataţi ca pe fetiţa care este şi sfătuiţi-i şi pe profesori să facă la fel.

Băieţii

La băieţi, pubertatea precoce se referă la începerea pubertăţii îninte de vârsta de 9 ani. Dacă fiul dumneavoastră dezvoltă semne de dezvoltare sexuală avansată la o vârstă mică, apelaţi la doctor. Semnele sunt, în general, mărirea testiculelor şi penisului, apariţia părului pubian, îngroşarea vocii şi creşterea accelerată.

Trebuie făcute teste pentru a exclude o tumoră a creierului sau a sistemului nervos, a glandelor adrenale sau a testiculelor. La aproximativ 50% dintre băieţii care trec prin aşa ceva nu s-a descoperit o cauză clară.

Abuzul asupra copilului

Copiii pot fi abuzaţi la orice vârstă. Există multe moduri în care copii pot fi abuzaţi. Agresarea fizică prin bătaie sau sex sunt cele mai frecvente forme de abuz, dar şi copiii lăsaţi flămânzi, în condiţii incerte sau copiii care sunt abuzaţi emoţional folosind cuvinte urâte sunt victime ale abuzului.

Cel mai adesea agresorul este în relaţie cu copilul şi este implicat în îngrijirea lui. Părinţii care-şi abuzează odraslele vin din toate păturile sociale. Abuzorii sunt femei şi bărbaţi, de toate rasele, credinţele, nivelele economice şi convingerile politice.

Părinţii abuzivi adesea sunt singuri, furioşi şi nefericiţi, care se află sub un stress căruia nu ştiu să-i facă faţă. Mulţi dintre ei au fost abuzaţi fizic în copilărie. Totuşi, nu există o scuză valabilă pentru abuzarea unui copil.

În tratarea abuzului, protecţia copilului este cel mai important obiectiv. Scopul tratamentului pentru întreaga familie este ca majoritatea acestei familii să rămână intactă şi sigură pentru copil, cu părinţi în măsură să-i ofere o îngrijire adecvată.

Copiii abuzaţi care sunt trimişi acasă fără nici o intervenţie au risc crescut de traume severe sau chiar de moarte.

Abuzul copilului este o chestiune serioasă şi fiecare trebuie să ajute prin raportarea cazurilor de suspiciune de abuz ori de neglijare. Puteţi face un raport contactând profesionişti pregătiţi pentru a face faţă unei suspiciuni de abuz.

Agenţiile de servicii sociale locale, agenţiile de aplicare a legii sau de protecţie a copilului din ţara dumneavoastră pot ajuta. Puteţi obţine mai multe informaţii şi asistenţă vorbind cu doctori, consilieri, preoţi, specialişti din domeniul învăţământului sau alţii care au de-a face cu familii cu astfel de probleme.

Părinţii care se tem că ar fi putut sau ar putea să-şi abuzeze copiii sunt sfătuiţi să contacteze aceste grupuri. În plus, multe comunităţi pun la dispoziţie grupuri de într-ajutorare cum ar fi *Parents Anonymous*.

Copiii cu necesităţi speciale

Îngrijirea unui copil cu necesităţi speciale poate necesita o combinare a metodelor de susţinere familială, adaptare socială şi educaţională, modificări în ambientul copilului şi, adesea, ajutor medical specializat.

Handicapurile permanente la copii pot fi: retardul mintal, diformităţile fizice precum absenţa membrelor, sau defecte senzoriale ca orbirea sau surditatea.

Oricare ar fi limitările unui copil, nu-i va lua mult timp să realizeze că este diferit de ceilalţi. Este deosebit de important să-l ajutaţi pe copil să-şi dezvolte simţul propriei valori şi capacitatea de a izbândi în viaţă, în ciuda diferenţelor.

Puteţi realiza aceasta, într-o anumită măsură, ajutându-vă copilul să se descurce singur, pe cât posibil, şi creând un ambient în care să-şi exprime întregul potenţial.

Puţine lucruri sunt atât de traumatizante ca naşterea unui copil cu handicap sever. Unii părinţi încearcă iniţial să nege realitatea situaţiei, mai ales dacă handicapul nu este vizibil pentru alţii. Este firesc să simţiţi vinovaţie, furie şi teamă cu privire la capacitatea dumneavoastră de a face faţă unui copil cu necesităţi speciale, ca şi anxietate cu privire la viitorul copilului.

Dacă handicapul copilului este sever, s-ar putea să fie necesar să vă gândiţi la plasarea lui într-un serviciu de zi, de la o vârstă mică. Se obişnuia cândva plasarea copiilor cu retard sever în instituţii. Astăzi medicii ştiu că bebeluşii şi copiii mici se dezvoltă mai bine dacă au un sprijin parental într-un climat familial grijuliu.

Totuşi, părinţii copiilor cu necesităţi speciale adesea ajung la concluzia că nu pot avea grijă singuri de copilul lor. De aceea, copilului i se pot pune la dispoziţie facilităţi pentru copii cu nevoi speciale. Chiar şi aşa, s-ar putea să vreţi să încercaţi să-i acordaţi îngrijire acasă înainte de a vă plasa copilul într-o instituţie specială.

Cum să faceţi faţă

Dacă încercaţi să îngrijiţi acasă un copil cu handicap, puteţi folosi următoarele strategii pentru a face copilul cât mai fericit şi mai adaptabil cu putinţă.

Trataţi-vă toţi copiii cu aceeaşi grijă

Unii părinţi nu mai aplică regulile casei pentru copilul cu necesităţi speciale, ceea ce-l face pe copil să se simtă şi mai mult diferit de ceilalţi. Regulile trebuie aplicate în mod egal tuturor copiilor din familie. Ca şi fraţii săi, copilul cu handicap ar trebui să aibă anumite responsabilităţi şi să fie pedepsit pentru încălcarea regulilor, dacă a dovedit că este capabil să le înţeleagă.

Fiţi atent la atitudinea dumneavoastră

Copiii sunt extraordinar de abili să compenseze un defect. De exemplu, un copil născut fără o mână devine expert în folosirea celeilalte mâini şi, neştiind să facă diferenţa, nu va simţi lipsa mâinii. Totuşi, dacă dumneavoastră sunteţi jenaţi cu privire la diformitate, copilul va prelua aceste trăiri şi va deveni conştient de el.

Nu vă neglijaţi ceilalţi copii

Îngrijirea unui copil cu nevoi speciale poate lua atât de mult timp încât ceilalţi membri ai familiei să fie cu uşurinţă ignoraţi. Încercaţi să vă faceţi timp în fiecare săptămână pentru a vorbi între patru ochi cu fiecare copil. Răspundeţi sincer dacă un alt copil vă pune întrebări despre fratele sau sora lui.

Acceptaţi individualitatea copilului dumneavoastră

Toţi copiii au puncte tari şi slăbiciuni. Când copilul dumneavoastră cu nevoi speciale realizează ceva, nu contează cât de mărunt, lăudaţi-l.

Nu vă izolaţi copilul

Toţi copiii au nevoie de prieteni. Este normal să doriţi să vă protejaţi copilul de o boală şi de eventuala cruzime a unor copii, dar nu faceţi acestea în detrimentul socializării copilului dumnevoastră. Şcolile de astăzi oferă educaţie pentru toate tipurile de copii din comunitatea respectivă.

În trecut, copiii cu nevoi speciale mergeau la o singură şcoală. Astăzi, multe şcoli de stat trebuie să pună la dispoziţie clase cu program special pentru copiii cu handicap. Şi, în multe cazuri, aceştia participă la ore împreună cu copiii din aceeaşi colectivitate. Amestecarea copiilor cu handicap cu alţi copii poate duce la beneficii pentru toţi din clasă.

Repartizaţi sarcinile

Necesităţile unui copil pot merge de la o casă special amenajată şi autobuz spre casă până la îngrijirea la domiciliu asigurată de o infirmieră sau vizitele la un centru special.

Acceptaţi ajutor

Multe dintre resursele comunitare pot veni în întâmpinarea necesităţilor speciale ale copilului dumneavoastră. Unele agenţii oferă ajutor financiar pentru a califica părinţi care nu ştiu să ofere îngrijire medicală copiilor lor. Altele oferă servicii cum ar fi transportul, consilierea, evaluarea psihologică, persoane care pot supraveghea copilul, îngrijitori pentru copil şi activităţi recreative.

Medicul copilului poate fi o sursă excelentă de informaţii cu privire la resursele comunitare disponibile pentru dumneavoastră şi copil. Sistemele de sănătate publică şi asistenţii sociali cunosc şi ei disponobilităţile locale şi adesea sunt o sursă importantă de informare şi ajutorare.

În plus, pentru a vă ajuta copilul, nu vă temeţi să cereţi ajutor şi pentru dumneavoastră. Grupurile pentru susţinerea părinţilor le oferă o şansă de a-şi exprima îndoielile şi de a face schimb de informaţii. În ultimii ani, aceste grupuri s-au organizat şi au devenit o forţă de influenţare a legislaţiei, care şi-a lărgit şi şi-a îmbunătăţit oportunităţile pentru copiii cu handicap. ■

CAPITOLUL 14 PARTEA a II-a

Perioada adolescenţei

Adolescenţa este perioada de tranziţie între pubertate şi vârsta adultă. Este o etapă de creştere fizică, emoţională, psihologică, socială şi mentală. Cronologic, adolescenţa se întinde de la vârsta de 13 ani către 19. Biologic, adolescenţa începe cu pubertatea, perioadă în care reproducerea devine pentru prima dată o posibilitate fizică.

Creşterea în aceşti ani este, în aparenţă, mai mult fizică. Adolescenţii, băieţi şi fete, devin mai înalţi şi cresc în greutate, forma corpului lor se schimbă şi trăsăturile feţei devin mai bine definite şi mai mature.

La fel de importantă este marea dezvoltare intelectuală, cu noi percepţii psihologice şi capacităţi de a înţelege chestiuni mai complexe. În plus, dezvoltarea psihologică a unui adolescent ajută la integrarea acestei multitudini de schimbări într-o înţelegere mai bună a eu-lui propriu, fizic şi intelectual.

Adesea, creşterea fizică, intelectuală şi psihologică are loc la momente şi în ritmuri diferite. Diferenţele pot duce la anxietate, conflicte şi alte obstacole emoţionale.

În perioada adolescenţei, războiul dintre părinţi şi copii începe să-şi schimbe alura. Această confruntare, care începe în copilărie, implică tensiunea firească dintre dependenţa copilului de părinţii săi şi nevoia lui de a fi mai independent.

Aşa cum copiii sunt diferiţi de adulţi, tot astfel sunt şi adolescenţii. Adolescenţii nu mai sunt copii, dar n-au devenit încă adulţi. În anii de început ai adolescenţei, ei încep să-şi făurească o identitate care este distinctă de a părinţilor. Spre deosebire de grupele de vârstă mai mici, ei încep să-şi asume responsabilităţi cu privire la propria viaţă şi de la ei se aşteaptă mai mult.

Pentru a vă păstra o relaţie bună, este deosebit de important pentru ambele generaţii – părinţi şi adolescenţi – să comunicaţi cât mai mult cu putinţă.

Creşterea şi dezvoltarea

Adolescenţa este cea mai rapidă perioadă de creştere şi de dezvoltare, exceptând primul an de viaţă. Creşterea se produce neregulat – perioade de schimbare lentă se intercalează cu explozii de creştere.

Adolescenţii răspund diferit la aceste schimbări. Unii se simt frustraţi şi neajutoraţi, pe când alţii sunt interesaţi despre dezvoltarea corpului lor. Sau acelaşi adolescent într-o zi se simte frustrat iar a doua zi extrem de interesat.

Schimbările normale de creştere

Este normal ca această creştere să se producă în ritm diferit. Adolescenţii se pot simţi adesea tulburaţi pentru că sunt cei mai scunzi sau cei mai înalţi din clasă. În cazul în care copilul dumneavoastră se dezvolată mai lent sau mai rapid decât media, aduceţi-i la cunoştinţă faptul că nu are de ce să se îngrijoreze. Arătaţi-i dragoste şi calmaţi-l fără a minimiza sau dramatiza motivele lui de îngrijorare.

În medie, explozia creşterii începe pe la 10 ani la fete şi 12 ani la băieţi, atingând maximul cam după 2 ani la ambele sexe. Când se ajunge la cota de vârf a exploziei de creştere, există o creştere în înălţime cam de 7,5-10 cm într-un an. Băieţii cresc, în general, mai repede decât fetele. La finalul exploziei de creştere, aproape că se atinge înălţimea de adult. În situaţia în care copilul dumneavoastră nu a început o creştere evidentă până la 15 ani, consultaţi un medic.

Înălţimea nu este singurul atribut fizic al schimbării. Când începe explozia creşterii, grăsimea începe să se colecteze pe fese şi în jurul abdomenului, atât la fete cât şi la băieţi. În cursul acestei explozii, băieţii acumulează mai mult la nivel muscular şi osos, iar fetele acumulează mai multă grăsime, în special pe coapse şi sâni. Rezultatul este că grăsimea reprezintă cam 25% din totalul greutăţii la fete şi 15 - 20% la băieţi.

Pe la vârsta la care o fată are prima menstruaţie, sau când s-a terminat explozia de creştere a unui băiat, există diferenţe clare cu privire la forma corpului feminin şi masculin. Hormonii sexuali masculini, respectiv feminini, ca şi ereditatea, justifică majoritatea acestor diferenţe. Aceşti hormoni sunt, de asemenea, responsabili de schimbările sexuale secundare, care, de obicei, caracterizează pubertatea.

Dezvoltarea sexuală

Maturizarea sexuală poate începe la vârste foarte diferite. Perioada maturaţiei sexuale, de obicei, începe cam cu 2 ani mai târziu la băieţi decât la fete. Schimbările sexuale la fete încep aproximativ la 8 - 13 ani. Schimbările sexuale la băieţi încep la 9 - 14 ani. Dacă pubertatea începe în afara acestei medii de vârstă, fie mai devreme, fie mai târziu, consultaţi medicul.

Schimbările sexuale la băieţi

Corpul masculin se pregăteşte pentru maturitate sexuală producând mai mulţi hormoni androgeni. Deşi aceşti hormoni sunt numiţi, în general, hormoni masculini, ei sunt, de fapt, prezenţi la ambele sexe. Aceşti hormoni, produşi în principal de testicule, determină schimbările fizice ale pubertăţii.

Una dintre primele schimbări la băieţi este apariţia unui păr rar, uşor colorat, pe pielea din jurul bazei penisului. Scrotul, de asemenea, se măreşte şi devine mai închis la culoare. În mod normal, aceste schimbări apar înainte de a se fi atins maximul de creştere. Fiul dumneavoastră nu trebuie să se îngrijoreze dacă dezvoltă un anumit ţesut mamar în această perioadă. Rareori această schimbare se datorează unei probleme medicale sau hormonale. Mărirea sânilor, de obicei, dispare în câteva luni. Dacă persistă sau este deosebit de marcată, consultaţi un medic.

Penisul poate deveni erect încă din copilărie. Dar, de obicei, aceasta se produce aproximativ după 2 ani de la începutul

pubertății și 1 an după ce penisul începe să crească în lungime și să devină capabil pentru prima dată să ejaculeze. Poate avea loc în timpul masturbării, spontan în timpul unei fantezii sexuale sau printr-o ejaculare nocturnă.

Mai târziu, părul începe să apară în axile și pe față. Pe măsură ce laringele se mărește, mărul lui Adam devine mai proeminent. Vocea începe și ea să aibă o rezonanță mai joasă. Uneori, vocea mai înaltă, de copil, poate să apară fugar, atunci când vocea se sparge.

De-a lungul acestei perioade de maturație sexuală, care, de obicei, durează 4-5 ani, testiculele continuă să crească și penisul devine mai lung și mai gros. La sfârșitul acestei perioade, penisul, testiculele și părul pubian s-au dezvoltat complet, iar mustața și barba au început să apară.

Schimbările sexuale la fete

Schimbările sexuale la fete rezultă dintr-o creștere a hormonilor produși de ovare și glande adrenale. Prima schimbare vizibilă la femei este fie începutul dezvoltării sânilor (înmugurirea sânilor), fie apariția de păr rar, ușor colorat, în zona pubiană. Fetele nu trebuie să se îngrijoreze dacă unul dintre sâni începe să se dezvolte înaintea celuilalt. Chiar și atunci când vor fi pe deplin dezvoltați, rareori sunt egali ca mărime.

Cam după un an de la începerea dezvoltării sânilor ritmul creșterii ajunge la maxim. La un an după explozia creșterii, poate apărea ciclul menstrual (menstruația). Profitați de ocazie pentru a vorbi despre sexualitate cu fiica dumneavoastră, inclusiv despre raportul sexual și contracepție.

Se poate să apară o secreție vaginală intermitentă albă sau galbenă în lunile dinaintea începerii menstruației. Este, de asemenea, normal ca primele cicluri menstruale să fie neregulate. Cam după un an, menstruația va deveni mult mai regualtă. Menstruția durează în medie 3-7 zile, iar ciclul menstrual apare la 24-34 de zile.



Menstruaţia dureroasă (dismenoreea) este rară în timpul primelor cicluri menstruale, dar poate apărea târziu în adolescenţă (vezi pag. 1076).

Schimbările fizice includ creşterea în greutate, mărirea sânilor, creşterea părului pubian şi axilar, deşi vocea nu se schimbă atât de mult ca la băieţi în perioada puberală. De obicei, trec 4-5 ani pentru a se atinge dezvoltarea completă a corpului.

Există o legătură între perioada puberală şi nutriţie. Îmbunătăţirea hranei în ultimele decenii este principala explicaţie a faptului că pubertatea apare la vârste tot mai mici în generaţii succesive de femei din ţările industrializate, cum ar fi SUA. Factorii de mediu joacă şi ei un rol important.

Pubertatea are, de asemenea, tendinţa de a începe mai devreme la fetele care au mai multă grăsime în corp şi mai târziu la cele care sunt mai slabe. Practicarea unor sporturi poate întârzia pubertatea.

Dezvoltarea intelectuală

În adolescenţă, procesul gândirii înregistrează o transformare gradată de la copilărie la etapa de adult. Până pe la 12 ani, învăţatul presupune, în principal, înţelegerea rostului obiectelor concrete, lucrurilor care pot fi văzute şi simţite. Următorul pas în dezvoltarea intelectuală este gândirea abstractă.

De-a lungul adolescenţei, copiii încep gradat să se descurce cu ideile abstracte, cum ar fi conceptele despre trecut şi viitor. Abilităţile nou dobândite permit gândurilor unui adolescent să ia aripi, să călătorească în timp, făcând speculaţii despre ceea ce el sau lumea înconjurătoare ar putea deveni.

În acest sens, mărirea forţei gândirii poate depăşi anumite limite. Adolescenţii pot simţi că sunt centrul universului, că au capacitatea de a face orice şi oricât. Ei pot să-şi asume ceea ce alţii gândesc despre ei – pozitiv sau negativ – într-o măsură mai mare decât ceea ce sunt, de fapt. Acest sentiment de a fi în lumina reflectoarelor îi poate face pe adolescenţi şi să se simtă conştienţi de ei înşişi, lipsiţi de putere sau pierduţi.

Adolescenţii pot să treacă prin etape în care, într-un anumit moment, să creadă că toată lumea gândeşte ca ei, iar în clipa următoare, că nimeni pe lume nu poate să le înţeleagă gândurile şi sentimentele. În cele din urmă, adolescenţii încep să realizeze că gândurile lor pot fi atât diferite de ale altora, cât şi similare cu ele. De asemenea, realizează că nu sunt în centrul atenţiei tuturor.

În fine, gândirea abstractă devine mai matură şi mai pătrunzătoare. Adolescenţii devin mai capabili să judece dacă relaţia dintre două sau sau mai multe propoziţii este logică. Ei pot să rezolve probleme din ce în ce mai complexe. Adolescenţii devin în stare să gândească ştiinţific, concepând ipoteze şi metode de a le testa. În plus, adolescenţii pot gândi reflexiv. De exemplu, adolescentul dumneavoastră poate pregăti un argument pentru o discuţie sau dezbatere şi poate judeca punctele slabe sau tari ale unui argument.

Maturizarea în dezvoltarea intelectuală a unui adolescent schimbă modalitatea sa de a gândi despre lume şi felul în care reacţionează faţă de ea. Adolescenţii sunt capabili să discearnă cu mult mai clar felul în care acţiunile trecutului au influenţat ceea ce se petrece acum. De asemenea, sunt în stare să prevadă mai bine implicaţiile pe care le vor avea asupra viitorului acţiunile lor sau ale altora.

În acelaşi timp, adolescenţii încep să înţeleagă relaţia cauză-efect dintre unele comportamente distructive cum ar fi abuzul de droguri şi de alcool, şi sănătatea precară. Beneficiile unei bune alimentaţii şi ale unei activităţi fizice susţinute, de asemenea, vor începe să aibă sens.

Pentru prima dată, veţi remarca interesul adolescentului dumneavoastră în discuţii pe diferite subiecte cu prietenii săi, familia şi profesorii. Temele pot fi: dragostea, moralitatea, munca, politica, religia şi filosofia. Mulţi adolescenţi petrec destul timp frământându-se cu întebări majore cum ar fi: „Care este scopul vieţii?".

Deşi un adolescent va mai fi, probabil, îndrumat de părinţi, profesori şi alţi adulţi, deciziile lui sunt, de asemenea, influenţate de gândurile şi convingerile colegilor.

Personalitatea şi comportamentul

O mare parte a dezvoltării psihosociale a unui adolescent se referă la felul în care face faţă dezvoltării sexuale. Dezvoltarea unei identităţi clare şi dobândirea independenţei faţă de părinţi pot fi, de asemenea, o luptă.

Adolescenţii trec prin 3 faze ale dezvoltării psihosociale: adolescenţa timpurie, intermediară şi târzie.

- *Faza timpurie* începe pe la 13 ani sau mai devreme. În adolescenţa timpurie, centrul atenţiei unui adolescent începe să se deplaseze de la familie către colegi.
- *Faza intermediară* începe pe la 15-17 ani. Poate include conflictele deschise pentru independenţă.
- *Faza târzie* se întinde de la faza intermediară până la 19 ani, sau chiar 20 - 30 de ani la unele persoane. Pe la sfârşitul adolescenţei târzii, independenţa este practic asigurată, sfatul părinţilor poate fi urmat sau nu, iar imaginea corpului şi identitatea sexuală s-au stabilizat.

Procesul de trecere prin aceste stadii poate fi schimbator. Diversele aspecte ale dezvoltării fizice, psihologice şi sociale nu sunt sincronizate. Adolescenţii pot alterna între comportamente copilăroase şi adulte.

Schimbările gradate din aceşti ani permit adolescentului să-şi dezvolte simţul identităţii, să

înţeleagă natura responsabilităţilor personale. Adolescenţii încep să înţeleagă faptul că acţiunile şi deciziile lor au urmări sau sunt răsplătite. Încep să-şi asume un rol activ în a lua nenumărate hotărâri cu privire la ce să facă şi ce nu. De multe ori, adolescenţii preferă să apeleze la sfatul unui adult din afara familiei, cum ar fi un profesor sau un specialist în consiliere.

Imaginea corpului

O parte a procesului de maturizare a unui adolescent este descoperirea şi acceptarea imaginii reale a corpului său. Dacă adolescentul dumneavoastră se maturizează mai devreme sau mai târziu decât alţii – şi mulţi adolescenţi păţesc aceasta – poate avea necazuri cu colegii săi sau cu privire la imaginea pe care o are despre propriul corp. Problemele legate de această imagine se pot manifesta sub forma tulburărilor alimentare, mai ales la fete. Colegii şi modelele adolescentului pot să-i influenţeze atitudinea faţă de propriul corp. Este important să ascultaţi ceea ce spun copiii despre corpul lor şi să le observaţi comportamentul.

Problemele frecvente

În timpul maturizării, adolescentul poate:

- să nu se simtă bine cu el însuşi;
- să fie intens preocupat dacă are un corp atractiv;
- să-şi compare corpul cu acela al colegilor lui;
- să se teamă că are imperfecţiuni fizice şi să manifeste anxietate.

Unii adolescenţi găsesc util să discute aceste probleme cu un adult înţelegător, fie că este un medic, un profesor de încredere sau un părinte.

Imaginea despre sine

În această perioadă, un adolescent se gândeşte foarte mult la ce fel de persoană este şi ar putea deveni. Poate medita serios cu privire la cariera pe care o va urma mai târziu. În adolescenţă, poate să-şi stabilească anumite scopuri în carieră care sunt idealiste sau nerealiste în raport cu talentele şi abilităţile pe care le are. Mai târziu, poate avea o viziune mai practică, luând în considerare cariere mai potrivite capacităţilor şi intereselor sale. Suprapunerea planurilor fără rost cu cele practice este încă o parte a procesului de maturizare.

Deoarece statutul psiho-social al adolescentului este în formare, rolul său în societate este foarte ambiguu. Aceasta ridică întrebări dificile cum ar fi dacă să se prescrie contraceptive adolescenţilor fără consensul părinţilor. În general, specialiştii din medicină, psihologie şi servicii sociale încurajează adolescenţii să-şi implice părinţii în problemele lor psihosociale. Totuşi, aceşti specialişti vor păstra confidenţialitatea, dacă nu există nici un pericol serios pentru adolescent sau pentru alţii.

> ? **Întrebare şi răspuns**
>
> **Cum să-i insuflu încredere adolescentului meu care are probleme cu imaginea despre propriul corp?**
>
> Oferiţi-i şi alte alternative la modelele de frumuseţe ale culturii noastre. Arătaţi-i cât de mulţi oameni au reuşit în viaţă fără un corp "perfect". Cocentraţi-vă asupra numerelor: sunt 6 miliarde de oameni în lume dar mai puţin de 100 de supermodele.
>
> Exprimaţi-vă des afecţiunea faţă de el. Spuneţi-i că dragostea nu depinde de cât de înalt este sau de cât de mult cântăreşte.

Creşterea independenţei

În faza de început, adolescenţii adesea încep să experimenteze noi moduri de a se comporta şi de a se îmbrăca acasă. La început, un adolescent poate căuta aprobare din partea membrilor familiei înainte de a căuta aprobare în afară. Cu timpul, adolescentul va deveni mai puţin interesat de activităţile familiale şi mai puţin dornic să accepte aprobarea sau criticile membrilor familiei. El sau ea vor găsi mai mult confort social într-o relaţie strânsă cu cel mai bun prieten de acelaşi sex.

Pe măsură ce adolescentul începe să fugă de influenţa familiei, va acorda mai multă atenţie colegilor. O vreme, grupul colegilor îi poate chiar domina gândirea şi comportamentul. La început, grupul de colegi este restrâns la membri de acelaşi sex. Apoi, de obicei, devine mixt. Un grup de colegi poate să-i dea adolescentului sentimentul unui statut social şi al securităţii. În schimb, "gaşca" de adolescenţi cere adesea conformare în atitudine, comportament şi îmbrăcăminte.

Lupta pentru independenţă este adesea mai evidentă în etapa de mijloc a adolescenţei. Adolescentul poate începe să vă testeze autoritatea şi capacitatea de a face ordine. El sau ea poate decide că standardele dumneavoastră sunt nedrepte. Un adolescent poate să-şi dezvolte propriul sistem de valori sau să le adopte pe ale grupului şi să pună sub semnul întrebării o altă autoritate.

Adolescenţii se distrează adesea făcând pe grozavii sau făcând farse. Un adolescent poate, de asemenea, să simtă intens presiunea grupului de colegi aspra lui, pentru a-şi asuma riscuri care pot să-i pună în pericol pe el şi pe alţii – de exemplu, să experimenteze drogurile, sexul sau vandalismul. Unii adolescenţi vor continua aceste activităţi mai târziu, într-un comportamnet negativ. Acţiunile rebele duse prea departe pot produce necazuri pe termen lung, acasă, la şcoală şi chiar cu legea.

În adolescenţa târzie sau în primii ani ai etapei de adult, adolescenţii îşi dezvoltă, adesea, un alt mod de a gândi despre familie. Pe măsură ce adolescentul ajunge să se simtă mai bine cu privire la propria sa identitate, începe să se detaşeze de valorile grupului său.

Dobândirea independenţei nu înseamnă că adolescentul dumneavoastră a obţinut o bază pentru educaţie, familie şi comunitate care să-i permită să se susţină singur emoţional, social şi chiar financiar. O parte a acestei maturizări este de a şti când şi cum să se folosească de alţii pentru ajutor. El poate fi chiar în stare să vă aprecieze valoarea îndeajuns pentru a vă cere sfaturi.

Părinţii trec adesea printr-o perioadă dificilă în încercarea de a face faţă schimbărilor psihologie ale copiilor lor ajunşi la vârsta adolescenţei. Dar, în general, este cu putinţă să menţineţi un echilibru între a oferi susţinere şi înţelegere în stabilirea regulilor, pe de o parte, şi limitarea comportamentului periculos sau dăunător, pe de altă parte.

Când dezaprobaţi ceea ce face adolescentul dumneavoastră, fiţi fermi, fără a pedepsi cu asprime. Respectaţi eforturile sincere ale adolescentului de a-şi dobândi independenţa. Renunţaţi gradat la controlul pe care l-aţi exercitat asupra lui în perioada copilăriei şi aveţi încredere în el că va fi ghidat de autocontrolul pe care dumneavoastră l-aţi ajutat să şi-l trezească.

Este important să realizaţi că e bine ca părinţii să treacă de la rolul lor de susţinători şi protectori la acela de exercitare a unui control mai mic. Provocarea căreia trebuie să-i facă faţă părinţii este de a renunţa elegant la rolul lor în loc să abdice.

Judecata morală

O dată cu dezvoltarea psihosocială în adolescenţă vine şi o creştere a standardelor. Pe măsură ce adolescenţii trec de la copilărie la vârsta adultă, standardele lor morale pot evolua în faze mai mult sau mai puţin distincte. În timpul fiecărei faze predomină un anumit tip de judecată morală.

- *Influenţată de sine.* În adolescenţa timpurie, copiii şi adolescenţii adesea evaluează situaţiile de o manieră autocentrată sau oportunistă. Aprecierea unei acţiuni ca fiind morală se poate baza numai pe faptul că acea acţiune îi ajută sau le face rău. Principala preocupare este evitarea pedepsei şi câştigarea de avantaje pentru ei înşişi.
- *Influenţată de legi.* În perioada intermediară, adolescenţii pot deveni mult mai motivaţi să se conformeze standardelor legale. Încep să realizeze că legile se aplică oricum, inclusiv lor înşişi. În consecinţă, ei pot judeca acţiunile ca fiind legale sau ilegale – nu doar în funcţie de riscul de a fi pedepsiţi. Totuşi, adolescenţii nu respectă totdeauna legea. Mulţi dintre adolescenţi trec printr-o fază de rebeliune, de testare a limitelor autorităţii şi, uneori, chiar de încălcare a legilor. Unii pot avea nevoie să fie disciplinaţi, să experimenteze clar realitatea legii. În fine, cei mai mulţi adolescenţi depăşesc această fază de testare
- *Influenţată de alţii.* În adolescenţa târzie sau în primii ani ca adult, adolescenţilor începe să le pese mai mult de modul în care acţiunile lor îi afectează pe alţii. Preocupările lor morale se extind acum asupra regulilor comportamentului uman, dincolo de litera legii. Adolescenţii pot urma standarde bazate pe principii etice largi, care, în anumite cazuri, pot fi chiar mai restrictive decât legile. Ei încep să vadă conflictele morale din viaţa reală în termeni abstracţi. Ei pot recunoaşte exemple cotidiene de justiţie, egalitate, onestitate, cooperare şi reciprocitate – şi opusele lor.

În cele din urmă, standardele unui adolescent evoluează până acolo încât ea sau el să devină profund responsabili de moralitatea acţiunilor proprii. La modul ideal, adolescenţii îşi dezvoltă propriile definiţii detaliate, individualizate, cu privire la ceea ce societatea consideră că este bine sau greşit. Ei dau curs acestui cod moral interior, personal, aproape independent de aprobarea sau dezaprobarea altora. Dacă îşi încalcă principiile, se simt vinovaţi şi se autocondamnă.

Evoluţia standardelor se împleteşte cu interacţiunile sociale şi cu dezvoltarea intelectuală. Adolescenţii care participă la activităţi sociale au mai multe ocazii de a observa interacţiunile. Această experienţă poate să-i ajute să-şi formeze judecăţi morale mai mature. Totuşi, nici maturizarea socială, nici cea intelectuală nu garantează ferm dezvoltarea unor standarde morale înalte.

Părinţii pot încuraja dezvoltarea standardelor adolescenţilor lor prin exemplul pe care-l dau. Adolescenţii tind să-şi dezvolte mai bine autocontrolul şi să emită judecăţi morale mai mature dacă părinţii au respectat anumite principii de educare a copilului. Aceste principii sunt următoarele:

- Disciplinare susţinută, cu motivare şi explicaţie.
- Discutarea sentimentelor altora cu privire la anumite acţiuni.
- Promovarea de discuţii familiale democratice, în care să fie incluşi şi copiii mici.

Bolile şi problemele obişnuite

Adolescenţa are reputaţia de a fi cea mai sănătoasă perioadă, dar mulţi adolescenţi au probleme de sănătate importante. Unele boli apar mai des în perioada adolescenţei. Adolescenţa este adesea o perioadă bună pentru a forma obiceiuri de examinare şi tratare preventivă.

Examenele de rutină

Pe măsură ce adolescentul creşte, va fi pregătit să-şi asume o responsabilitate mai mare cu privire la sănătatea proprie. La modul ideal, adolescentul ar trebui să meargă singur la fiecare consultaţie a medicului său. Confidenţialitate este importantă, deoarece problemele adolescentului pot fi diferite de ceea ce

credeţi dumneavoastră. Încrederea ar trebui să fie o parte importantă a relaţiei dintre copilul dumneavoastră şi medicul său. Examenele de rutină le dau adolescenţilor ocazia de a căuta o îndrumare de specialitate cu privire la problemele lor de sănătate. Medicul va face, probabil, din promovarea obiceiurilor sănătoase şi aspectelor unui stil de viaţă sănătos principalul scop al acestor vizite medicale.

Mulţi adolescenţi au reţineri în a discuta probleme de sănătate, cum ar fi acneea, contracepţia, depresia, drogurile, obezitatea, practicile sexuale, bolile cu transmitere sexuală şi comportamentul cu părinţii şi cu alţi adulţi. Medicii înţeleg această rezervă. Adesea, este nevoie de timp, intimitate şi un talent special pentru ca medicul să tragă de limbă adolescentul cu privire la adevăratele sale motive de îngrijorare.

Deşi s-ar putea să vreţi să ştiţi tot ce-l preocupă pe adolescentul dumneavoastră, sunt câteva probleme de sănătate pe care el nu va dori să le discute cu dumneavoastră. Continuaţi să-l sprijiniţi şi lăsaţi-l să-şi dea seama că sunteţi dispuşi să discutaţi orice-l preocupă.

Controalele medicale ale adolescenţilor oferă adesea ocazia de a depista precoce boli cronice care pot ridica probleme acum sau la vârsta adultă. De exemplu, medicul va măsura tensiune arterială a adolescentului. Pe măsură ce adolescentul creşte, tensiunea se măreşte. Deoarece adolescenţii cresc în ritm diferit, înălţimea tinde să fie un factor mai bun decât vârsta în a decide ce tensiune arterială este normală.

Dacă adolescentul are o tensiune mare, depistarea precoce este importantă pentru ca medicul să intervină şi să ajute la evitarea apariţiei complicaţiilor.

Adolescentele ar trebui învăţate cum să-şi facă lunar un examen al sânilor. Dacă adolescenta este activă sexual, medicul poate să-i facă un examen ginecologic şi un test Papanicolaou de investigare a cancerului de col uterin.

Băieţii adolescenţi pot fi controlaţi pentru hernie, pentru cancer testicular şi să fie învăţaţi cum să-şi examineze singuri testiculele.

Spuneţi-i medicului adolescentului despre orice boală din familie. Dacă adolescentul are o boală cronică precum diabet sau astm, medicul poate să-l înveţe cum să trateze problema.

Alimentaţia

Necesităţile energetice şi nutriţionale cresc în perioada adolescenţei. Dar adolescenţii ocupaţi cu orare încărcate, activităţi extraşcolare şi de petrecere a timpului liber, pot mânca pe fugă şi să nu-şi asigure suficiente calorii şi substanţe nutritive de care au nevoie. Programul prea încărcat poate duce la neglijarea unor mese, mai ales a micului dejun, sau la prea multe mese. Mulţi adolescenţi mănâncă de multe ori departe de casă, mai ales la restaurante fast-food şi la automate. Aceasta poate duce la obiceiuri alimentare nesănătoase. Supraalimentaţia sau restricţia alimentară pot face oamenii tineri mai vulnerabili la tulburări alimentare.

O mai mare independenţă faţă de familie şi dorinţa de a fi acceptat de colegi determină adesea anumite practici alimentare ca dieta carenţată, dieta dezechilibrată şi consumul excesiv de alcool. Toţi aceşti factori expun adolescentul unui risc crescut de hrănire incorectă. Dar acest fapt nu este adevărat pentru toţi adolescenţii. Unele familii încep să mănânce sănătos sub influenţa adolescenţilor lor, care pot urma diete vegetariene sau alte practici alimentare sănătoase. Dietele vegetariene pot fi adecvate nutriţional – chiar şi pentru adolescenţi – dacă sunt urmate corect şi respectă principiile de asigurare a consumului de factori nutritivi esenţiali.

Continuaţi imunizările

La vârsta adolescenţei, cei mai mulţi băieţi şi fete şi-au terminat imunizările. Totuşi mai rămân câteva vaccinuri. Anatoxina combinată diftero-tetanică pentru adulţi (DT) ar trebui administrată pe la 11-12 ani şi din nou la fiecare 10 ani după aceea. Un al doilea vaccin pentru rujeolă-oreion-rubeolă poate fi şi el administrat la această vârstă dacă adolescentul nu l-a primit mai devreme. Vaccinarea anti-hepatită B, în 3 etape, se recomandă adolescenţilor care nu au primit nici o doză. În plus, studenţii pot primi vaccinul antimeningococic. Se recomandă pentru studenţii din primul an, care trăiesc în cămine sau internate, deoarece au risc crescut pentru această boală bacteriană serioasă.

Pentru mai multe informaţii despre vaccinuri, vezi cap. 1, „Vaccinările".



Părinţii au un rol crucial în oferirea unui bun exemplu şi în a-şi face timp să prepare masa şi s-o consume împreună cu întreaga familie. Implicaţi toată familia în programarea mesei şi în pregătirea ei. Dacă nu sunt posibile mese cu toată familia din cauza diferenţelor de program, strângeţi în bucătăria dumneavoastră gustări sănătoase, convenabile, cum ar fi fructe şi legume proaspete, iaurt degresat, lapte degresat şi pâine integrală.

Statusul nutriţional nu depinde de alegerea unui anumit aliment, ci, mai degrabă, de suma alimentelor alese în mai multe zile şi săptămâni. Chiar fast-food-urile şi deserturile pot fi incluse într-o dietă sănătoasă dacă mâncaţi regulat o varietate de alimente din diverse grupe alimentare.

Fierul

Necesarul de fier este esenţial în perioada adolescenţei din cauza măririi volumului de sânge din corp şi masei musculare la adolescenţii în creştere. Fierul suplimentar este necesar în timpul exploziilor de creştere, deoarece este important pentru dezvoltarea musculară şi pentru globule roşii sănătoase. Adolescentele au nevoie de fier în plus deoarece pierd fier în timpul menstrauţiei.

O lipsă de fier din dietă poate produce anemie feriprivă. Semnele şi simptomele sunt piele palidă, oboseală, ameţeală şi apetit scăzut.

Pentru a-şi asigura un aport adecvat de fier în dietă, adolescenţii trebuie să mănânce în mod regulat alimente care conţin fier. Acestea sunt: carne, peşte, ouă, leguminoase (mazăre şi fasole), cartofi şi orez. Produsele din cereale cu adaos de fier sunt o altă variantă, deoarece conţin multivitamine cu fier.

Calciul

Calciul este important în dezvoltarea oaselor şi dinţilor puternici. Cantităţile neadecvate de calciu în copilărie pot creşte riscul bolii oaselor subţiri numite osteoporoză, care apare mai târziu.

Din nefericire, majoritatea copiilor şi adolescenţilor nu primesc destul calciu în dieta lor. Doar 14% dintre adolescente şi 35% dintre băieţii la vârsta adolescenţei consumă cantitatea recomandată de calciu, care este de 1,3 mg/zi pentru un copil de 9 – 18 ani. 200 g de lapte furnizează aproximativ 300 mg de calciu.

Regimurile alimentare

Adolescenţii au nevoie de anumiţi factori nutritivi şi de calorii adecvate pentru activitatea lor şi creştere. Dacă nu furnizează factorii nutritivi necesari, regimurile alimentare pot împiedica adolescenţii să atingă greutatea normală. Adolescenţii preocupaţi de greutatea lor ar trebui să se concentreze pe a mânca sănătos şi a face mai multă mişcare în loc de a scădea caloriile.

Dacă vă nelinişteşte o problemă serioasă de greutate, consultaţi medicul sau un dietetician avizat. La tineri, este important să se stabilească reguli sănătoase de hrănire şi mişcare. Copiii care sunt obezi la vârstele de 10-13 ani au 80% şansă să devină adulţi obezi.

Pentru mai multe informaţii, vezi cap. 2, „Alimentaţia sănătoasă".

Tinerii sportivi şi suplimentele

Dacă adolescentul dumneavoastră practică sport, o dietă echilibrată şi un aport adecvat de apă sunt foarte importante pentru a face performanţe. Suplimentele pot fi necesare pentru a îmbunătăţi performanţa, dar ele pot să nu fie necesare, sigure sau legale.



Suplimentele proteice

Cei mai mulţi copii primesc proteine în dieta lor. Aceasta nu este dificil dacă mănâncă o varietate de alimente, deoarece proteinele sunt prezente în multe alimente cum ar fi cereale, cartofi copţi, nuci, legume gătite, lapte şi carne. Suplimentele proteice nu se recomandă persoanelor cu tulburări renale sau cu diabet. Se cunoaşte destul de puţin despre efectul suplimentelor proteice la copii.

Creatina

Corpul produce o substanţă numită creatină, care furnizează energie muşchilor. Cei care fac efort fizic intens şi de scurtă durată, cum ar fi sprintul, folosesc uneori suplimente de creatină în scopul îmbunătăţirii performanţei. Se cunoaşte puţin despre riscul unor astfel de suplimente la sportivii tineri.

Batoanele energetice

Carbohidraţii determină creşterea nivelului zahărului din sânge. Cei care practică sporturi ce necesită rezistenţă, cum ar fi tracţiunea sau înotul, pot consuma batoane energetice care conţin mai ales carbohidraţi pentru energie. Trebuie consumată multă apă împreună cu un baton energetic, pentru a ajuta corpul să absoarbă carbohidraţii.

Băuturile energizante

În timpul activităţii, corpul pierde săruri dacă transpiră. Dacă se pierde prea multă sare, muşchii nu mai pot funcţiona bine şi performaţa poate scădea. Băuturile energizante ajută deoarece conţin elemente ca sodiul şi potasiul (electroliţi) pentru a compensa pierderile prin transpiraţie. În timpul unei activităţi mai scurte de o oră, aceste băuturi nu par a aduce beneficii, dar oferă avantaje în activitatea de lungă durată. Băuturile energizante pot fi, de asemenea, utile în a-i face pe copii să consume mai multe lichide.

Exerciţiul fizic

Adolescenţii şi adulţii tineri au mari beneficii de pe urma unui program regulat de mişcare. Mişcarea făcută regulat este bună pentru starea generală a sănătăţii şi ajută la controlul greutăţii. Formarea unor obiceiuri bune de mişcare ca adolescent susţine obiceiurile sănătoase de la vârsta adultă.

Totuşi, este importantă moderaţia. Efortul excesiv poate duce la traumatisme şi, la femei, la anomalii menstruale. Durerea sau umflarea articulaţiilor, probleme frecevente, sunt semne de prea multe exerciţii sau de tehnică improprie. Sportivele pot avea discontinuităţi de ciclu menstrual (amenoree). Când survin acestea, este importantă o investigare medicală, deoarece această situaţie creşte riscul de subţiere a oaselor la o femeie.

Traumatismele

La adolescenţii americani, traumatismul este o problemă de sănătate publică. Traumatismele neintenţionate sunt cauza principală a deceselor la adolescenţi. Accidentele de autoturism sunt cea mai frecventă cauză. 50% din accidentele fatale survin seara, chiar dacă doar 20% dintre adolescenţi conduc noaptea. Alcoolul este adesea un factor. Centurile de siguranţă pot împiedica multe traumatisme şi salva vieţi, dar, în pofida programelor de educaţie a şoferului şi legilor care impun folosirea lor, adolescenţii neglijează adesea să şi le pună.

Activităţile sportive sunt cauze importante de traumatisme lipsite de importanţă. Fotbalul este printre cele mai riscante. Genunchii şi gleznele sunt zonele lovite frecvent, dar se produc şi traumatisme ale capului şi gâtului, în ciuda progreselor în domeniul echipamentelor.

Deşi mai puţin riscantă, participarea la sporturi cum ar fi baschetul poate duce la traumatisme, mai ales la băieţi. Pentru fete, gimnastica ar comporta cel mai mare risc. La ambele sexe, unele sporturi, cum ar fi alergările pe teren accidentat, înotul şi tenisul au un anumit risc. Puteţi ajuta la scăderea riscului de traumatism al adolescentului asigurându-vă că poartă echipamentul de protecţie special pentru fiecare sport pe care-l practică şi că are condiţia fizică necesară.

Cefaleea

Cefaleea (durerea de cap) recurentă este frecventă în copilăria târzie şi în adolescenţă. Se poate asocia cu o boală virală, dar rareori indică o problemă serioasă. Durerile de cap pot fi puse în legătură cu factori ca stres, reacţia la un medicament sau la un aliment, sau cu un istoric familial de migrene. Dacă durerile de cap persistă sau se agravează, luaţi legătura cu medicul copilului. De asemenea contactaţi-l dacă o durere de cap urmează după o infecţie recentă la ureche, o durere de dinţi, roşu în gât sau altă infecţie.

Migrenele apar prima dată în adolescenţa timpurie, de obicei, deşi pot apărea şi la copiii mici şi adulţi. Migrenele sunt atacuri repetate de dureri intense, pulsatile, care durează cel puţin o oră. Sunt adesea însoţite de greaţă, sensibilitate la lumină şi, uneori, vărsături. Pentru mai multe informaţii cu privire la durerile de cap vezi pag. 554

Probleme de vedere

Creşterea rapidă din adolescenţă include şi ochii. Uneori ochii unui adolescent îşi modifică atât forma cât şi dimensiunile. În consecinţă, în adolescenţă apar frecvent probleme de acuitate vizuală, cea mai frecventă fiind slăbirea vederii la distanţă (miopie), care poate fi uşor corectată prin prescriere de ochelari sau de lentile de contact.

Adolescenţii sunt, de asemenea, predispuşi la traumatisme oculare. Cele mai multe dintre asemenea probleme pot fi evitate prin purtarea de ochelari de protecţie, măşti sau alte dispozitive pentru cap în timpul practicării sportului.

Dacă suspectaţi copilul dumneavoastră că are probleme de vedere sau dacă se plânge de tulburări de vedere, mergeţi la un medic oftalmolog.

Pentru mai multe informaţii despre problemele de vedere, vezi cap. 23, „Ochii".

Probleme de auz

Adolescenţii pot suferi o scădere definitivă a auzului pentru frecvenţe mai înalte de 4 000 Hz. Scăderea auzului rezultă cel mai frecvent din expunerea la zgomote

Adolescenţi pe patru roţi

Adolescenţii sunt şoferi mai puţin experimentaţi şi mai dispuşi să rişte. Iată câteva sfaturi pentru siguranţă dacă aveţi un adolescent şofer în casă:

- *Limitele.* Stabiliţi limite cu privire la când poate conduce maşina, cine poate fi în maşină şi câte persoane. De asemenea, fixaţi reguli dacă adolescentul dumneavoastră este sau nu pasager. Cele mai multe decese ale pasagerilor adolescenţi survin când şoferul este un adolescent.
- *Practica.* Asiguraţi-i adolescentului o practică de condus maşina în diferite condiţii, inclusiv pe timpul nopţii şi la loc deschis, sub supravegherea dumnevoastră.
- *Exemplul.* Daţi-i un exemplu bun când conduceţi maşina, purtând mereu centura de siguranţă, respectând limita de viteză şi fiind un şofer neagresiv.
- *Siguranţa.* Luaţi în calcul criteriile de siguranţă când alegeţi o maşină care va fi condusă de adolescentul dumneavoastră.
- *Înţelegerea.* Faceţi o înţelegere de a nu pune întrebări astfel încât adolescentul dumneavoastră să nu se jeneze să vă sune oricând, de oriunde, dacă are nevoie să ajungă acasă cu maşina. Este mai bine să-l aduceţi acasă în siguranţă decât să conducă băut sau să meargă într-o maşină condusă de cineva care a băut.

puternice, cum ar fi muzica la maxim. Pentru a împiedica scăderea auzului, sfătuiţi-l să reducă volumul sonic sau să evite concertele cu muzică excesiv de tare.

Dacă adolescentul este continuu expus la zgomote puternice – de exemplu, să ia zilnic metroul sau să lucreze în preajam unor dispozitive zgomotoase – sfătuiţi-l să poarte dopuri pentru urechi. Protectorii pentru urechi vor fi utilizaţi când se folosesc arme de foc sau când se află în preajma cuiva care le foloseşte.

Pentru mai multe informaţii despre scăderea auzului, vezi cap. 24, „Urechi, nas şi gât".

Acneea

Acneea este o problemă frecventă şi o preocupare în rândul adolescenţilor. 3 din 4 adolescenţi au acnee. De obicei începe în preajma pubertăţii şi dispare pe la sfârşitul ei, dar şi adulţii pot fi afectaţi. Dacă acneea este supărătoare, persistentă sau severă pot fi necesare examinarea medicală şi tratamentul cu medicamente prescrise.

Acneea apare când foliculul pilos din piele se blochează cu grăsime şi celule moarte. Poate apărea pe faţă, gât, piept, spate, umeri şi scalp. Coşurile rezultă din inflamaţia foliculilor de păr. Inflamaţia este, de obicei, cauzată de supraproducţia de grăsime (sebum) de căte glandele sebacee ale foliculului pilos. Grăsimea poate bloca foliculul pilos şi-l predispune la inflamaţie. Când un coş este blocat cu puroi alb se numeşte punct alb. Dacă acest dop se întinde în suprafaţa pielii şi este expus la aer, devine negru şi este numit punct negru.



Atât la băieţi cât şi la fete, acneea poate fi însoţită de o creştere normală de hormoni androgeni, care fac glandele sebacee să producă multă grăsime. La fete, acneea se poate agrava în preajma ciclului menstrual.

Pentru mai multe informaţii despre acnee vezi pag. 1173.

Menstruaţia dureroasă

Multe femei au anumite dureri în prima sau în a doua zi a ciclului. Totuşi, pentru unele, durerea este atât de severă încât poate întrerupe activităţile normale zilnice. Menstruaţia dureroasă (dismenoree) este cauza principală la adolescente şi la femei adulte a absenţei de la lucru şi de la şcoală. Problema se reduce adesea în jurul vârstei de 20 de ani sau după sarcină.

Există 2 tipuri de dismenoree: primară şi secundară. Dismenoreea primară este durerea care apare în timpul menstrauţiei, când muşchii uterului se contractă şi se elimină mucoasa uterină. Dismenoreea secundară este o durere produsă de o afecţiune ginecologică existentă deja, cum ar fi o tumoră fibromatoasă sau o boală cu transmitere sexuală (BTS).

Simptomele includ dureri generale, dureri în abdomenul inferior, cu extindere pe coapse, în şale sau în şolduri, greaţă, vărsături şi diaree. Statul într-o cadă cu apă caldă sau mişcarea pot ajuta în calmarea durerii. Pentru multe femei medicamentele anti-inflamatoare nesteroidiene (AINS) eliberate cu sau fără prescripţie medicală, cum ar fi Ibuprofen (Advil, Motrin etc.) sau Naproxen (Aleve, Naprosyn etc.) sunt eficiente. Aceste medicamente acţionează mai bine dacă sunt luate din timp, când ciclul menstrual a început, decât dacă se aşteaptă până când crampele devin mai intense. Pilulele contraceptive, de asemenea, pot ajuta. Pentru mai multe informaţii cu privire la dismenoree vezi pag. 1076.

Infecţiile de tract urinar

Infecţiile de tract urinar apar când bacteriile aflate în mod normal în colon colonizează vezica urinară în care intră prin canalul de legătură dintre vezică şi exterior (uretră). La adolescenţii care nu au avut infecţii de tract urinar în copilărie, apariţia infecţiei coincide adesea cu începutul activităţii sexuale.

Cea mai frecventă infecţie de tract urinar este cistita, inflamaţia vezicii urinare. Cistita apare, de obicei, când urme de scaun contaminează uretra. Poate fi produsă de raportul sexual, care irită uretra. Semnele şi simptomele includ urinatul frecvent, imperios şi dureros, urina urât mirositoare şi febra. Dacă adolescentul dumneavoastră are aceste semne şi simptome, trebuie să consulte un medic.

Pentru mai multe informaţii despre infecţiile de tract urinar vezi pag. 940.

Mononucleoza infecţioasă

Mononucleoza infecţioasă se numeşte şi „boala sărutului". Oricine poate contracta mononucleoză, dar incidenţa sa este mai mare la adolescenţi.

Majoritatea cazurilor de mononucleoză sunt produse de virusul Epstein Barr. Cei mai mulţi oameni sunt expuşi virusului Epstein Barr până la 35 de ani, dar au făcut anticorpi. Deşi sărutul poate transmite virusul, mononucleoza se poate răspândi şi prin tuse, strănut sau folosirea în comun de pahare. Nu este foarte contagioasă, dar poate produce o îmbolnăvire de lungă durată. Afecţiunea se vindecă, de obicei, complet.

La început, infecţia la copiii de 4-15 ani constă doar în semne uşoare şi simptome cum ar fi febra pe termen scurt şi oboseala. În unele cazuri, simptomele sunt minime şi infecţia poate trece neobservată. Mai târziu, în adolescenţă şi la adultul tânăr, virusul poate cauza o boală îndelungată, epuizantă.

Semnele şi simptomele includ febra care durează câteva zile, ganglionii umflaţi, gâtul dureros şi oboseala. Un examen de sânge poate arăta indirect prezenţa virusului Epstein Barr. Odihna şi lichidele multe sunt principalul tratament. Cele mai multe semne şi simptome dispar în 10 zile, dar adolescentul s-ar putea să mai aibă nevoie de încă 2-3 săptămâni de odihnă înainte de a-şi relua activitatea – mai ales dacă are splina mărită - şi de vreo 2 luni în plus pentru a se simţi normal.

Pentru mai multe informaţii despre mononucleoză vezi pag. 494.

Tulburările de creştere

Multe probleme de creştere sunt diagnosticate în copilărie, dar anumite probleme de creştere apar în timpul adolescenţei.

Scolioza

Scolioza este o curbare laterală a coloanei vertebrale care face coloana să arate ca litera S sau C. Cauza celor mai multe cazuri de scolioză este necunoscută. Problema poate afecta băieţi şi fete, dar adolescentele sunt mai predispuse la scolioza care necesită tratament.

Debutul scoliozei este gradat şi, de obicei, nu produce durere. Investigarea scoliozei se face de rutină în multe şcoli. Unele cazuri pot fi prea uşoare pentru a necesita tratament. În alte cazuri, se impune tratament prin centuri speciale sau chirurgie. Netratată, scolioza poate produce o afecţiune permanentă.

Pentru mai multe informaţii despre scolioză vezi pag. 981.

Boala Osgood-Schlatter

Boala Osgood-Schlatter este o inflamaţie dureroasă a zonei de inserţie a unui tendon pe osul gambei (tibie). Este frecventă la tinerii sportivi, mai ales bărbaţi, în timpul exploziei de creştere.

Este produsă de suprasolicitarea prin activităţi care forţează repetat vârful osului gambei, acolo unde se inseră tendonul rotulei. Tracţiunea repetată a tendonului rotulei produce durere. Simptomul major este durerea de genunchi, care este agravată de mişcare şi ameliorată de repaus.

Tratamentul implică repaus şi evitarea activităţilor care forţează timp îndelungat genunchiul flectat. Asemenea activităţi sunt mersul pe bicicletă şi baschetul. Medicamentele anti-inflamatoare, cum ar fi Ibuprofenul (Advil, Motrin etc.), de asemenea sunt utile. Când creşterea osului afectat ia sfârşit, durerea, de obicei, cedează de la sine.

Sexualitatea în adolescenţă

Părinţii se simt adesea perplecşi şi chiar ameninţaţi de trezirea sexualităţii adolescentului lor. Dacă sunteţi părintele unui adolescent, este mai bine pentru amândoi să acceptaţi sexualitatea copilului dumneavoastră, să-i arătaţi încredere şi să-i acordaţi tot sprijinul cerut.

Copilul dumneavoastră poate primi la şcoală educaţie cu privire la sex, la viaţa de familie şi bolile cu transmitere sexuală (BTS). Dar nu vă bazaţi pe şcoală că va explica întreaga complexitate a relaţiilor sexuale pe care aţi dori s-o înţeleagă copilul dumneavoastră. Indiferent cât de stânjenitor ar fi pentru dumneavoastră, aveţi responsabilitatea de a vă informa copilul despre fapte de viaţă.

Ca părinte, sunteţi principalul educator în probleme sexuale al copilului dumneavoastră. S-ar putea să găsiţi util să căutaţi materiale relevante şi să vă gândiţi din timp la răspunsuri. În plus, sunt deosebit de preţioase pentru a deschide discuţia anumite cărţi pe care dumneavoastră şi copilul dumneavoastră să le citiţi împreună. Evitaţi să-l încărcaţi cu prea multe informaţii, dar răspundeţi-i onest la toate întrebările. Dacă nu ştiţi răspunsul la o anumită întrebare, spuneţi-i copilului că veţi căuta răspunsul împreună. Fanteziile

Vorbiţi-le adolescenţilor despre sex

A-i învăţa pe copii despre sex este cel mai bine de făcut într-o discuţie liberă, începând din perioada preşcolară şi şcolară. În anii adolescenţei, pot apărea unele chestiuni noi.

- *Întâlnirile.* Câteva întrebări pe care adolescentul vi le poate pune:"Când să încep să am întâlniri?", „Cum voi şti dacă sunt gata să fac sex?", „Mă va ajuta actul sexual să-mi păstrez prietenul sau prietena?".
- *Abstinenţa.* Adolescentul poate fi motivat să facă sex din cauza presiunii colegilor, curiozităţii sau din multe alte motive. Spuneţi-i că mulţi adolescenţi hotărăsc să aştepte până când se simt pregătiţi, că există multe alte moduri de a exprima afecţiunea: discuţii intime, plimbări lungi mână în mână, ascultatul muzicii împreună şi dansul, sărutul, atingerea, îmbrăţişarea.
- *Violul la întâlnire.* Violul la o întâlnire se produce când unul dintre cei pe care-i cunoaşte adolescentul sau adolescenta dumneavoastră îi forţează să aibă activitate sexuală. Învăţaţi-vă copiii că „nu" înseamnă totdeauna „nu". Spuneţi-i copilului că evitarea alcoolului şi drogurilor îl (o) fac mai puţin vulnerabil(ă) de a fi victimă sau agresor într-un viol la întâlnire. Mai vorbiţi-i despre implicarea drogurilor în violul la întâlnire.
- *Orientarea sexuală.* Multe persoane tinere se întreabă la un anumit moment dacă sunt homosexuali, lesbiena sau bisexuali. Informaţi-vă copilul că este normal să-i placă mult de cineva de acelaşi sex cu el şi faptul că are aceste sentimente nu înseamnă că este homosexual sau bisexual. Accentuaţi aceasta dacă adolescentul dumneavoastră este homosexual, lesbiană sau bisexual, nu-l respingeţi.

sexuale, masturbarea, homosexualitatea, contracepţia, sarcina şi BTS sunt câteva subiecte despre care vă poate întreba adolescentul dumneavoastră.

Începuturile sexualităţii

Trăirile şi fanteziile sexuale se amplifică în adolescenţă. Adolescentului poate să-i fie dificil să facă faţă atâtor sentimente, mai ales dacă acestea par a veni în conflict cu atitudinea faţă de sex pe care a învăţat-o. Prietenia cu persoane de acelaşi sex sau de sex opus va fi influenţată de aceste trăiri şi va evolua în adolescenţă.

Prietenia cu persoane de acelaşi sex

În adolescenţa timpurie, cea mai apropiată relaţie a adolescentului în afara familiei este, de obicei, cu cel mai bun prieten de acelaşi sex. La început, adolescentul se poate apăra de statutul său de fiinţă sexuală prin prietenia sigură cu persoane de acelaşi sex. În acelaşi timp, el poate fi intrigat de chestiuni sexuale şi să caute în mod frecvent informaţii cu privire la sex. Uneori, apariţia trăirilor sexuale în prima parte a adolescenţei se manifestă prin spusul glumelor necuviincioase.

Până când adolescentul va deveni capabil pentru prima dată să aibă un raport sexual, vor fi trecut, probabil, câţiva ani de pregătire emoţională pentru această acţiune şi consecinţele ei.

Prieteniile într-un grup de colegi

În perioada intermediară a adolescenţei, adolescentul va începe să devină mai conştient de sine ca femeie sau bărbat. El poate petrece mai mult timp cu un grup mai mare de colegi, grup în care survine un proces natural de experimentare socială. Adolescentul poate deveni mai interesat în a avea relaţii cu persoane de sex opus, dar alegerea poate fi influenţată de aprobarea grupului căruia îi aparţine. Poate începe să-şi dea întâlniri şi să experimenteze sexual.

Adolescentul poate simţi o presiune puternică a colegilor în a-şi pierde virginitatea. Unii adolescenţi reacţionează la această presiune şi la propria lor curiozitate prin a avea raporturi sexuale la o vârstă foarte tânără.

Prieteniile cu persoane de sex opus

În adolescenţa târzie, adolescentul va deveni mai sigur pe sine cu privire la identitatea sexuală. Poate fi pregătit să aibă o relaţie intimă care cere un alt tip de dăruire şi încredere. El poate să se simtă emoţional gata de a avea un act sexual cu această persoană. Dar este puţin probabil că va fi pregătit să devină părinte şi trebuie să cunoască diverse metode de a scădea riscul bolilor cu transmitere sexuală (BTS).

Fanteziile sexuale

Visatul cu ochii deschişi este o parte importantă a adolescenţei, care poate constitui un debuşeu pentru imaginaţia debordantă. Multe vise cu ochii deschişi au şi un conţinut sexual. Adolescentul poate avea fantezii sexuale şi noaptea. Gândurile sexuale pot fi experienţe ipotetice sau amintirea unor experinţe din viaţa reală. Este normal să aveţi fantezii sexule. Fanteziile sexuale pot fi utile în dezvoltarea identităţii sexuale deoarece permit explorarea unor situaţii sexuale care ar fi nepotrivit să se desfăşoare.

Masturbarea

Masturbarea este stimularea organelor genitale pentru obţinerea plăcerii sexuale. Unii adolescenţi se simt vinovaţi din cauza unor vechi şi nefondate mituri – de exemplu, că masturbarea ar duce la orbire sau la apariţia negilor.

Copilul dumnevoastră poate începe să se masturbeze înainte de adolescenţă. Este o metodă pentru adolescenţi de a îndepărta tensiunea sexuală, de a-şi oferi plăcere, de a savura fantezii sexuale şi chiar de a ţine în frâu impulsuri care i-ar putea duce la activităţi sexuale neadecvate. Cât timp adolescentul nu se masturbează în public, nu este nimic neobişnuit, dăunător sau inacceptabil legat de această practică.

Homosexualitatea

Unii adolescenţi descoperă persoane de acelaşi sex. Adolescenţii care sunt homosexuali declaraţi pot fi respinşi de alţi colegi, profesori şi membri ai familiei. Adolescenţii care au dificultăţi în a se adapta la orientarea sexuală sau la reacţiile altora faţă de aceasta pot fi ajutaţi prin psihoterapie şi consiliere.

Bărbaţii homosexuali activi au risc de a contracta boli cu transmitere sexuală (BTS), cum ar fi infecţia cu Chlamydia, hepatita B, gonoreea, SIDA şi sifilisul. Unui risc şi mai mare se expun cei care au mai mulţi parteneri sexuali. Folosirea unui prezervativ în timpul actului sexual poate scădea, deşi nu elimină, riscul de a fi infectat.

Activitatea sexuală

Adolescenţii care au avut măcar un raport sexual sunt consideraţi activi sexual. Mulţi încep să aibă raporturi sexuale în perioada de mijloc sau târzie a adolescenţei. Studiile arată că mai bine de jumătate dintre cei cu vârsta de 17 ani au avut raporturi sexuale. Vârsta medie la care fetele au primul raport sexual este de 17 ani, pentru băieţi, 16 ani.

Adolescenţii tind să aibă reacţii diferite faţă de primul act sexual. Fetele obişnuiesc să spună că se simt speriate, vinovate, îngrijorate, jenate şi curioase. Băieţii, pe de altă parte, de obicei mărturisesc că se simt excitaţi, emoţionaţi, fericiţi şi maturi.

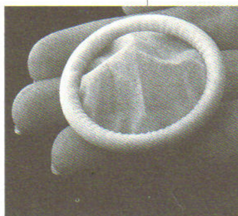
Este normal să existe mari diferenţe cu privire la frecvenţa întâlnirilor. Adolescenţii pot să nu aibă întâlniri în ultimii ani de şcoală generală ori la liceu sau pot să aibă o iubită sau un iubit tot liceul. De regulă, un adolescent

are 2-3 relaţii sentimentale intense, una după alta. De obicei, pe durata fiecărei relaţii nici unul dintre parteneri nu se întâlneşte cu altcineva şi, dacă sexualitatea face parte din realţie, nici unul nu are alţi parteneri sexuali.

Aproximativ 20% dintre liceenii activi sexual au avut 4 sau mai multe partenere sexuale. Aceştia au cel mai mare risc de a recepta boli cu transmitere sexuală (BTS).

Contracepţia

Adolescentele active sexual care nu au utilizat contracepţia au risc 90% de a rămâne gravide în primul an. Dacă adolescentul(a) vrea să aibă raport sexual, sfătuiţi-l (o) să aplice metode de contracepţie. Atât băieţii cât şi fetele ar trebui să ştie ce metode contraceptive există.



Un tip de control al sarcinii este contracepţia orală (pilula). O altă metodă este cea a barierei. Aceasta include prezervativul sau diafragma. Alegerea metodei poate fi influenţată de motivaţia de a evita sarcina şi de accesul la o consultaţie medicală.

Fiecare tip de control al sarcinii are avantajele şi dezavantajele lui. Contraceptivele asigură cea mai mare protecţie contra infecţiilor în comparaţie cu alte forme de contracepţie. Prezervativele pot, totuşi, să nu fie atât de eficiente ca alte metode în prevenirea sarcinii. Mulţi obişnuiesc să utilizeze atât prezervativele cât şi alte metode de control al sarcinii, cum ar fi contraceptivele orale. În cele din urmă, cea mai bună metodă de a fi protejat de BTS şi de sarcină este abstinenţa.

Pentru mai multe informaţii cu privire la evitarea sarcinii vezi pag.1061.

Sarcina la adolescente

SUA au cea mai mare rată de adolescente gravide dintre toate ţările occidentale industrailizate. Aproape 1 milion de adolescente anual devin gravide şi aproape 1/2 dintre aceste sarcini dau copii în viaţă. În pofida scăderii frecvenţei sarcinii la adolescente, 4 din 10 fete din SUA rămân gravide până la vârsta de 20 de ani. 50% dintre sarcinile adolescentelor survin în primele 6 luni de la începerea activităţii sexuale.

Majoritatea sarcinilor adolescentelor sunt neplanificate şi nedorite. Sărăcia, lipsa de educaţie cu privire la controlul sarcinii, dezinformarea despre controlul sarcinii, faptul de a avea o mamă care a rămas gravidă în adolescenţă şi negarea riscului de a rămâne gravidă sunt câţiva factori care pot contribui la riscul de a avea o sarcină la adolescenţă.

Creşterea unui copil este o responsabilitate serioasă. Cei mai mulţi adolescenţi nu sunt pregătiţi emoţional sau financiar să se angajeze la aşa ceva. Aşa cum un tată adult ar trebui să participe la îngrijirea şi susţinerea copilului său, tot astfel ar trebui să facă un tată adolescent. Dar, adesea, o mamă adolescentă este nevoită să-şi crească în condiţii dificile copilul, fără ajutor din partea tatălui copilului.

Bolile cu transmitere sexuală

Mai mult de 25 de boli pot fi transmise prin activitate sexuală. 25% dintre cele 15 milioane de cazuri noi de boală cu transmitere sexuală (BTS) apar în fiecare an la adolescenţi. Infecţia cu Chlamydia şi gonoreea sunt cele mai frecvente boli cu transmitere sexuală printre adolescenţi. Femeile tinere sunt biologic mai predispuse decât bărbaţii tineri la infecţia cu Chlamydia, gonoree şi virusul imunodeficienţei umane (HIV). Frecvenţa infecţiilor noi cu herpes virus şi papilomavirus uman (HPV) este, în general, mai mare în perioada de sfârşit a adolescenţei şi pe la 20 de ani.

Adolescenţii şi adulţii tineri au risc mare de BTS deoarece utilizează mai rar prezervative şi au tendinţa de a avea mai mulţi parteneri, care au avut înainte alte raporturi sexuale. Luarea deciziilor şi aptitudinile de comunicare sunt în dezvoltare la cei mai mulţi adolescenţi şi pot să nu ţină pasul cu activitatea sexuală. Lipsa unei educaţii sexuale adecvate, de asemenea, poate juca un rol important.

Miturile sarcinii

Nu vă bazaţi pe faptul că adolescentul dumneavoastră ştie totul despre sarcină. Iată câteva mituri cu privire la sarcină:

Mit: nu poţi rămâne gravidă de prima dată.
Adevăr: poate fi de ajuns un singur raport sexual pentru a rămâne gravidă, chiar dacă este primul.

Mit: nu poţi rămâne gravidă dacă penisul este scos afară înainte de ejaculare.
Adevăr: de obicei sperma se prelinge din penis înainte şi după ejaculare.

Mit: nu poţi rămâne gravidă în timpul menstruaţiei.
Adevăr: şansele de a rămâne gravidă pot fi reduse în timpul menstruaţiei, dar este posibil să rămâi gravidă oricând.

Mit: nu poţi rămâne gravidă dacă te speli cu duşul.
Adevăr: clătirea vaginului cu apă sau cu alt lichid nu împiedică sarcina.

Fiecare tip de BTS este produs de un alt agent infecţios. Riscul de a contracta o boală cu transmitere sexuală creşte proporţional cu numărul partenerulor sexuali. Nu în toate BTS apar semne şi simptome. Când nu există semne sau simptome şi partenerii sexuali nu sunt conştienţi de infecţie, boala se poate transmite de la unul la altul.

Adolescenţii activi sexual ar trebui să consulte în mod regulat un medic pentru a fi examinaţi şi testaţi cu privire la BTS. Dacă unul este diagnosticat, este important ca toţi partenerii sexuali să fie examinaţi şi trataţi. În toate cazurile, este importantă abstinenţa până la tratarea cu succes a infecţiei.

Cele mai multe BTS pot fi tratate cu medicamente. Există diverse antibiotice care pot ucide bacteriile care au produs o parte dintre aceste boli. SIDA, care este produsă de un virus, este o excepţie. Deşi există medicamente care pot încetini evoluţia bolii, nu există nici un tratament. Alte boli, ca herpes sau HPV, pot reapărea, chiar dacă au fost tratate. HPV este cauza principală a cancerului cervical. Examenul Papanicolaou este important în depistarea precoce a cancerului de col.

Cu cât se întârzie tratamentul, cu atât este mai eficient de controlat boala cu transmitere sexuală şi cu atât mai mari sunt complicaţiile. De exemplu, episoadele repetate de boală inflamatorie pelvină pot face o femeie incapabilă de a rămâne gravidă.

Neangajarea în acte sexuale (abstinenţa) este cea mai eficientă metodă de a evita BTS. Pentru adolescenţii activi sexual, metodele de reducere a riscului sunt folosirea unui prezervativ şi alegerea cu grijă a partenerilor sexuali. Prezervativele sunt, în general, eficiente – deşi nu sunt lipsite de pericole – în stoparea răspândirii agenţilor infecţioşi, dacă sunt utilizate corect. Când se utilizează împreună prezervativul şi spuma contraceptivă, ele oferă protecţia mărită contra sarcinii şi răspândirii BTS.

Pentru mai multe informaţii cu privire la bolile cu transmitere sexuală vezi cap. 6, „A face faţă comportamentului riscant" şi cap. 20, „Bolile infecţioase".

Probleme speciale

Adolescenţa este adesea privită ca o fază turbulentă, dar studiile arată că majoritatea adolescenţilor nu trec prin tulburarea şi rebeliunea asociate cu acest stadiu al vieţii. Pentru unii adolescenţi, totuşi, anii aceştia pot fi foarte frământaţi.

Comportamentul rebel

Un copil care până nu demult era ascultător şi calm, poate deveni capricios, contradictoriu, imprevizibil şi chiar rebel în adolescenţă. Adolescentul se poate certa cu dumneavoastră pe diverse teme, majore sau minore. Acestea pot include totul, de la ceea ce îmbracă şi când să ducă gunoiul, la când să se întoarcă acasă noaptea şi dacă să aibă raporturi sexuale.

Un anumit grad de rebeliune la adolescenţi, asumarea de riscuri şi testarea autorităţii sunt normale. Poate fi o etapă esenţială în procesul de separare de părinţi în adolescenţă şi de dezvoltare a identităţii personale. Oricum, cei mai mulţi adolescenţi nu se răzvrătesc prea mult.

Rebeliunea poate fi văzută ca parte a procesului prin care adolescenţii îşi definesc identitatea. Ei pot să facă un anumit lucru mai ales ca să vadă ce reacţie produce aceasta în oamenii din jur. De aceea, nu trebuie să vă daţi bătuţi în faţa adolescentului dumneavoastră rebel. Interveniţi atunci când comportamentul său întrece limitele pe care le-aţi stabilit. În cele din urmă, un adolescent va



Tulburările de comportament

Este normal pentru adolescenţi să joace un rol şi să testeze autoritatea. Dar o continuă nesocotire a normelor şi regulilor societăţii poate avea consecinţe serioase. Dacă a manifestat cel puţin 3 dintre următoarele comportamente pe durata a 6 luni, adolescentul dumneavoastră ar trebui evaluat de un specialist în probleme mentale deoarece poate avea tuburări de comportament:

- fură;
- minte continuu;
- chiuleşte;
- aprinde focuri;
- sparge case, birouri sau maşini;
- distruge proprietatea altora;
- manifestă cruzime fizică faţă de animale sau oameni;
- îi forţează pe alţii la raporturi sexuale;
- declanşează bătăi;
- foloseşte arme în confruntări.

Adesea copiii cu tulburări de comportament au probleme mai adânci care au fost scăpate din vedere sau ignorate, cum ar fi depresie sau tulburarea cu deficit de atenţie/hiperactivitate (ADHD).

Tratamentul adecvat este important. Unul dintre scopurile tratamentului este de a ajuta adolescentul să realizeze şi să înţeleagă efectele comportamentului său asupra altora. Tratamentul poate include terapie comportamentală şi psihoterapie. Copiii care au şi depresie sau ADHD trebuie trataţi cu medicamente, pe lângă psihoterapie.

învăţa din consecinţele comportamentului său şi va face efortul de a-şi cunoaşte propriile limite.

Rebeliunea uşoară este comună şi chiar normală în fazele de început şi de mijloc ale adolescenţei. În adolescenţa târzie, cei mai mulţi sunt pe cale de a-şi dezvolta un simţ al perspectivei. Au devenit mult mai capabili să-şi amâne satisfacţiile, să facă unele compromisuri cu privire la cerinţele contradictorii şi să stabilească limite.

Dacă acest comportament rebel devine autodistructiv sau se prelungeşte în adolescenţa târzie, consultaţi un medic sau un specialist în probleme mentale. Problemele de familie pot produce sau agrava rebeliunea. Terapia care implică întreaga familie poate ajuta la ameliorarea acestor probleme.

Dacă adolescentul dumneavoastră este rebel, ţineţi-vă firea. Exprimaţi-vă îngrijorarea şi stabiliţi limite rezonabile. Nu ameninţaţi cu pedepse pe care nu le puteţi pune în practică. În cele mai multe cazuri, dacă trataţi ferm situaţia, adolescentul va depăşi această fază fără ca el sau alţii să fie afectaţi.

De obicei, convingerile şi comportamentul se schimbă pe măsură ce adolescentul creşte şi-şi face o familie. Este probabil ca să revină atunci la punctele de vedere şi standardele pe care le-a învăţat de la dumneavoastră în perioada copilăriei. Păstrând acestea în minte, încercaţi să evitaţi rupturi în adolescenţă, care să stea în calea unei împăcări de mai târziu.

Ca părinte, exercitaţi cea mai mare influenţă asupra convingerilor şi comportamentului adolescentului dumneavoastră, chiar mai mult decât colegii săi. Chiar când copilul pare să dezaprobe orice-i spuneţi, are nevoie de dumneavoastră ca să îmbrăţişeze şi să apere viziunea dumneavoastră sănătoasă asupra lumii.

Probleme la şcoală

Problemele la şcoală pot surveni dintr-o varietate de motive. Deşi pot fi prezente şi la copiii din primii ani de şcoală, asemenea probleme devin mai evidente în anii adolescenţei.

Tulburările de învăţare

O problemă de învăţare poate să-l facă pe adolescent să aibă rezultate şcolare mai slabe, în ciuda inteligenţei sale. Deşi este adesea diagnosticată în primii ani de şcoală, o tulburare de învăţare de obicei nu iese la iveală până când copilul nu a ajuns la vârsta adolescenţei.

Tulburarea cu deficit de atenţie/hiperactivitate

50% dintre copiii cu tulburare cu deficit de atenţie/hiperacitivitate (ADHD) continuă să aibă simptome ca adolescenţi şi adulţi. Aproximativ 80% dintre copiii care au nevoiae de medicamente trebuie să continue tratamentul în perioada adolescenţei. ADHD este o tulburare mentală care produce stres şi frustrare în plus în perioada adolescenţei, când cerinţele educaţionale şi sociale cresc.

Neatenţia la detalii, incapacitatea de a se organiza şi impulsivitate pot afecta învăţarea. Strategiile pentru a face faţă acestei probleme, cum ar fi folosirea unui plan zilnic pentru îndatoriri şi întâlniri, respectarea unei anumite rutine şi asigurarea unui răgaz de linişte şi a unui climat calm pentru făcutul temelor pot fi de ajutor.

Participarea la activităţi extraşcolare ca sportul, teatrul şi discuţiile de grup poate oferi un debuşeu pentru excesul de energie şi o oportunitate de a-şi face prieteni. Păstraţi legătura cu profesorii adolescentului dumneavoastră pentru a şti ce face.

Boala cronică

Dacă adolescentul a avut o boală cronică în copilărie şi în adolescenţă, cum ar fi astmul sau fibroza chistică, s-ar putea să aibă nevoie să stea acasă în timpul episoadelor acute ale bolii. Foarte adesea, aceste absenţe vă expun copilul riscului de eşec şcolar. Copilul poate avea nevoie de încurajări suplimnetare şi de susţinere pentru a recupera lecţiile la care nu a fost. Ca părinţi, nu-l încurajaţi să lipsească des de la şcoală pentru probleme minore. Colaboraţi cu medicul, profesorii şi asistenta medicală de la şcoală. Împreună puteţi ajuta la scăderea numărului absenţelor.

Fobia şcolară

Evitarea şcolii sau refuzul de a urma şcoala pot constitui o modalitate de a reacţiona la un stres prea mare şi la situaţii pe care adoelscentul nu le poate controla. Fobia şcolară apare mai frecvent când un elev merge pentru prima dată la şcoală. Dacă problema persistă la un copil mai mare, evaluarea şi tratarea de către un specialist în probleme mentale sunt adesea utile.

Chiulul

Chiulul poate începe prin plecarea ocazională de la ore şi să continue apoi cu absenţe numeroase. Poate rezulta din conflictele de familie, din aşteptările prea mari ale părinţilor, din lipsa acordării atenţiei părinteşti sau din presiunea colegilor de a lipsi. Chiulangiii sunt adesea adolescenţi rebeli care au necazuri nu doar la şcoală, dar şi acasă şi în altă parte.

Uneori chiulul poate fi rezolvat printr-un program educaţional care pune accentul pe controlul comportamental şi implică familia, şcoala şi personalul medical. Poate fi de folos şi psihoterapia individuală şi familială. Dacă adolescentul nu respectă strict programul de la şcoală, este posibil să se ia în calcul o alternativă educaţională cum ar fi „work-study" şi programe de studii independente.

Repetenţia

Repetenţia poate rezulta din chiul. Este dificil pentru copilul dumneavoastră să ştie ce se face la ore dacă nu este acolo. Unele şcoli exmatriculează automat elevii care au lipsit de un anumit număr de ori. Oportunităţile de serviciu pentru liceenii exmatriculaţi sunt limitate, aşa că este important să se evite repetenţia.

Depresia

În trecut se considera că numai adulţii pot face depresii, dar cercetările au arătat că şi copiii şi adolescenţii sunt expuşi aceloraşi tipuri de depresie ca adulţii. Incidenţa depresiei majore la copii şi adolescenţi atinge maximul în perioada adolescenţei. Din nefericire, depresia este adesea nediagnosticată şi netratată. Iată câţiva factori de luat în considerare:

- Depresia poate apărea la aproximativ 1 din 8 adolescenţi în SUA.
- Dacă un copil sau un adolescent are un episod depresiv, va avea mai mult de 50% risc de a repeta episodul în următorii 5 ani.
- 2/3 din copiii cu boli psihice nu primesc tratamentul de care au nevoie.
- Suicidul este a treia cauză importantă de deces la 15-24 de ani şi a şasea cauză de deces la 5-15 ani.
- Rata suicidului la 5-24 de ani s-a triplat din 1960.

Recunoaşterea depresiei la copii şi adolescenţi poate fi o provocare, deoarece semnele şi simptomele ei pot fi uşor atribuite unei faze de creştere sau unei schimbări hormonale. Multe dintre comportamentele asociate cu depresia la oamenii tineri sunt reacţii comune la copii şi adolescenţi. De exemplu, aproape toţi adolescenţii se ceartă cu părinţii sau cu profesorii lor sau refuză din când în când să facă treburile casnice. Criteriile pentru a stabili diagnosticul de depresie includ numărul, durata şi severitatea semnelor şi simptomelor.

Factori de risc

În perioada adolescenţei fetele sunt de două ori mai expuse la depresie decât băieţii. O familie cu istoric de depresie este, de asemenea, un factor de risc. Alţi factori pot fi:

- Un stres important.
- A fi victimă a abuzului sau neglijării.
- Moartea unui părinte sau a cuiva drag.
- Despărţirea de cineva.
- O boală cronică precum diabetul.
- Altă afecţiune.
- O tulburare de comportament.

Tratament

Dacă sunteţi de părere că suferă de depresie copilul dumneavoastră, stabiliţi un consult la un medic sau la un specialist pe probleme de sănătate psihică. Tratamentul specializat poate ajuta copilul să-şi regăsească speranţa că lucrurile vor merge mai bine şi că problemele vor fi depăşite. Tratamentul poate consta în medicaţie, psihoterapie sau o combinaţie a celor două.

Deşi părerile cu privire la ce tip de tratament să fie folosit primul diferă, experienţa a arătat că mai potrivită, pentru cei mai mulţi oameni tineri, ar fi o combinaţie de medicaţie şi de psihoterapie numită terapie cognitiv-comportamentală. Mai ales în depresia severă este utilă combinarea celor două.

O listă de verificare pentru părinţi a depresiei la adolescent

Următoarea listă vă poate aduce informaţii despre trăirile copilului, gândirea lui, problemele de comportament şi riscul de sinucidere:

Sentimente

Copilul dumneavoastră manifestă:

- tristeţe
- golire lăuntrică
- lipsă de speranţă
- vinovăţie
- lehamite
- incapacitate de a se bucura de plăcerile vieţii

Gândire

Copilul dumneavoastră are probleme legate de:

- concentrare
- luarea de decizii
- făcutul temelor
- menţinerea nivelului notelor
- păstrarea prietenilor

Probleme fizice

Copilul dumneavoastră se plânge de:

- cefalee
- durere de stomac
- lipsă de energie
- probleme de somn – prea mult sau prea puţin
- schimbări de greutate sau de apetit - în plus sau în minus

Probleme de comportament

Când copilul dumneavoastră:

- este iritabil
- nu vrea să meargă la şcoală
- vrea să fie mai mereu singur
- are deficultăţi în a se înţelege cu ceilalţi
- chiuleşte de la ore sau nu se duce la şcoală
- evită sporturile, nu are hobby-uri sau alte activităţi
- bea alcool sau se droghează.

Riscul de sinucidere

Copilul dumneavoastră vorbeşte despre sau se gândeşte la:

- sinucidere
- moarte
- alte subiecte morbide.

În cazul în care copilul a manifestat în ultimele 2 săptămâni cel puţin 5 dintre sceste simptome şi semne, se poate să sufere de depresie sau de altă boală mentală. Notaţi-vă de cât timp durează semnele şi simptomele, cât de des apar şi daţi exemple. Aceste informaţii pot ajuta medicul sau terapeutul să înţeleagă mai bine starea emoţională a copilului. Mărturisiţi-vă imediat motivele de îngrijorare cu privire la sinucidere.

Tratament medicamentos

În trecut, medicii erau reticenţi cu privire la prescrierea de antidepresive pentru copii şi adolescenţi, din cauza lipsei dovezilor că aceste medicamente ar fi sigure şi eficiente la tineri. Dar studiile recente arată faptul că utilizarea pe termen scurt a unor antidepresive nou descoperite, mai ales inhibitorii selectivi ai serotoninei (SSRI) este sigură şi eficientă.

SSRI includ medicamentele Citalopram (Celexa), Fluvoxamine (Luvox), Fluoxetine (Prozac), Paroxetine (Paxil) şi Sertraline (Zoloft). Sunt necesare cercetări suplimentare pentru a evalua eficienţa pe termen lung la copii şi adolescenţi. Adesea, antidepresivele sunt asociate cu psihoterapie. Unele studii sugerează că metoda combinării lor poate fi mai eficientă decât utilizarea doar a antidepresivelor.

În general, antidepresivele sunt tratamentul de primă alegere la un copil sau adolescent care:

- are simptome severe care par a nu răspunde la psihoterapie;
- nu are acces imediat la psihoterapie;
- suferă de psihoză sau de tulburare bipolară;
- are episoade recurente de depresie sau are depresie cronică.

Chiar după ce simptomele depresiei s-au ameliorat, se recomandă, în general, să se continue luarea medicamentelor câteva luni, pentru a evita o recurenţă. Când va sosi momentul stopării medicamentului, medicul va scădea treptat medicaţia cu câteva săptămâni sau luni înainte. Dacă depresia reapare, mai ales în timpul scăderii dozei sau la scurt timp după aceea, de obicei este necesar să se reia tratamentul.

Psihoterapia

Anumite tipuri de psihoterapie pe termen scurt, mai ale terapia cognitiv-comportamentală, s-au vădit a fi eficiente în ameliorarea simptomelor depresiei la copii şi adolescenţi. Când un copil sau un adolescent au depresie, adesea au puncte de vedere distorsionate,



Sinuciderea

Uneori, pentru adolescenţii cu depresie, viaţa devine atât de dureroasă încât simt că nu mai au pentru ce să mai trăiască. Cea mai mare parte a adolescenţilor care încearcă să se sinucidă suferă de depresie. Alte sinucideri pot fi motivate de factori precum ruperea unei relaţii, moartea unui prieten sau a unui membru al familiei, de problemele psihice din familei, de bolile fizice cronice, de abuzul de droguri sau de alcool sau de abuzul sexual ori fizic. Sunt multe motive pentru care adolescenţii încearcă să se sinucidă. Uneori nu există nici un avertisment, iar tentativa lor nu este previzibilă.

Rata sinuciderii printre cei cu vârste de 5-24 de ani în SUA s-a triplat din 1960. Sinuciderea este a treia cauză de deces printre adolescenţi. Când încearcă să se sinucidă, băieţii utilizează, de obicei, arme. Spre deosebire de ei, fetele folosesc adesea medicamente, care pot să nu fie letale.

Deoarece adolescenţii depresivi simt adesea că familiile nu-i înţeleg, faceţi un efort special pentru a umple golul de comunicare ce s-a creat. Speranţele şi visele pe care vi le faceţi cu privire la fericirea copilului dumneavoastră, la forţa şi succesul său, nu au de ce să vină în contradicţie cu acceptarea de către dumneavoastră a mărturisirii depresiei lui. Cereţi-i copilului să vă spună exact ce simte - şi apoi ascultaţi-l. Întrebaţi-l de cât timp durează starea şi cât este de intensă. Puteţi să-l ajutaţi oferindu-vă spijinul şi arătându-vă preocupat. Puteţi, de asemenea, să vă asiguraţi copilul că nu se va simţi aşa mereu. Cele mai multe episoade de depresie au şi un sfârşit. Un adolescent care trăieşte o depresie adâncă pentru prima dată poate să nu recunoască aceasta sau să creadă că nu se va mai termina.

Când copilul vă mărturiseşte intenţia de a se sinucide, luaţi-l în serios şi faceţi-i o evaluare psihiatrică imediat. Chiar dacă sunteţi convins că nu se va sinucide, este un semnal de alarmă care merită luat în considerare.

negative, care accentuează depresia. Terapia cognitiv-comportamentală îi ajută pe oamenii tineri să-şi dezvolte puncte de vedere mai pozitive despre ei înşişi, lume şi situaţii de viaţă. Cercetările au arătat că acest tip de terapie este mai eficient decât terapia de grup sau terapia familială. De asemenea, acţionează mai eficient decât alte forme de psihoterapie.

Uneori un terapeut poate recomanda continuarea psihoterapiei o perioadă de timp după ce simptomele depresiei dispar. Aceasta poate ajuta la dezvoltarea capacităţii unui copil sau unui adolescent de a face faţă bolii, scăzând riscul de recidivă. Recunoaşterea şi tratarea depresiei sunt importante. Copiii şi adolescenţii care trăiesc cu o depresie netratată pot avea şi alte probleme. Relaţiile de familie pot avea de suferit, dezvoltarea socială poate fi afectată, performanţele şcolare pot scădea. Depresia poate să conducă la abuz de alcool sau de droguri, iar copiii sau adolescenţii cu depresie au risc de sinucidere. Din fericire, dacă depresia la copii şi adolescenţi este rapid diagnosticată, durata, severitatea şi riscul de complicaţii pot fi reduse.

Tulburările alimentare

Mulţi adolescenţi sunt preocupaţi de felul în care arată corpul lor. Cei mai mulţi, mai ales fete, dar şi băieţi, pot ţine ocazional o dietă de câteva săptămâni pentru a slăbi. Dacă slăbitul devine o obsesie, poate fi semnul unei eventuale tulburări alimentare.

Tulburările alimentare sunt mai frecvente la adolescenţi şi la adulţii tineri, dar pot apărea şi în copilărie sau la maturitate. Deşi tulburările alimentare survin la ambele sexe, adolescentele şi tinerele sunt mai predispuse decât adolescenţii de sex masculin şi bărbaţii tineri la tulburări alimentare. Anorexia nervosa şi bulimia nervosa sunt două tipuri de tulburări alimentare. Variante ale acestor afecţiuni sunt mâncatul excesiv fără evacuare, eliminările masive fără a fi mâncat la fel de mult şi comportamentul anorexic, fără o pierdere severă în greutate.

Anorexia nervosa

Se caracterizează prin obiceiuri alimentare neobişnuite. Persoanele cu această tulburare mănâncă, de obicei, cantităţi foarte mici din doar câteva alimente. De asemenea, se pot manifesta compulsiv, varsă, folosesc laxative sau iau medicamente pentru controlul greutăţii.

Un exemplu tipic de anorexia nervosa este o fată care-şi consideră corpul gras, deşi este foarte slabă. Adesea lipsite de grăsime corporală, fetele cu anorexia nervosa nu au sânii, coapsele sau şoldurile prea dezvoltate şi păstrează aparenţa unui copil de vârstă mai mică. Dacă fiica dumneavoastră nu este supraponderală şi graficul greutăţii ei arată o stagnare a greutăţii sau chiar o scădere, medicul ei poate suspecta anorexia nervosa.

Semnele şi simptomele pentru anorexia nervosa sunt scăderea în greutate (uneori severă), incapacitatea de a-şi menţine corpul la greutatea sa normală sau măcar la limita inferioară a normalităţii, frica intensă de a se îngrăşa, schimbările menstruale sau absenţa menstruaţiei şi preocuparea pentru mişcare şi pregătire şcolară.

Pentru mai multe infomaţii despre anorexia nervosa vezi pag. 1233.

Bulimia nervosa

Bulimia nervosa presupune mâncatul de necontrolat (îndoparea) urmat de vărsături sau utilizarea de laxatve (purgative) pentru a evita creşterea în greutate. Din nefericire, bulimia nervosa nu are întotdeauna semnalmente clare. În funcţie de frecvenţa şi de durata etapelor de abuz alimentar, unii adolescenţi cu bulimie îşi pot menţine greutatea normală, în timp ce alţii scad în greutate sau chiar se îngraşă. Aproximativ 1-4% dintre femei suferă de bulimia nervosa.

Semnele şi simptomele de bulimie includ o preocupare nesănătoasă pentru forma şi greutatea corpului, episoade repetate de abuz alimentar, impulsuri alimentare necontrolate, îndopare urmată de efortul de a împiedica îngăşarea – cum ar fi provocarea vărsăturilor, utilizarea laxativelor sau altor medicamente sau mişcarea făcută excesiv.

Pentru mai multe informaţii despre bulimia nervosa vezi pag. 1233.

Fumatul

Unii adolescenţi nu iau în considerare riscurile pentru sănătate legate de fumat sau chiar îşi supraestimează capacitatea de a se lăsa de fumat o dată ce au început. Mulţi adolescenţi cred că se pot lăsa de fumat oricând vor. Realitatea este că 70% dintre elevii din ultimii ani de liceu care fumează 1-5 ţigări pe zi mai fumează şi după 5 ani. Mai bine de ½ dintre cei care fumau în liceu au încercat fără succes să se lase.

Adolescenţii încep să fumeze mai devreme decât îşi dau seama mulţi dintre părinţi. 10% dintre fumătorii adulţi au început să fumeze pe la 9-10 ani şi 50% dintre adolescenţii care fumează s-au apucat de fumat pe la 14 ani. Cu cât un copil începe mai devreme să fumeze, cu atât are riscul mai mare de a deveni un mare fumător ca adult. În plus, adolescenţii care fumează au tendinţa mai pronunţată de a experimenta marijuană sau alte droguri ilegale.

Iată câteva sfaturi pentru părinţi pentru a evita fumatul la copiii lor:

- *Daţi exemplu personal.* Dacă dumneavoastră ca părinte fumaţi, unul dintre cele mai bune motive ca să vă opriţi este de dragul copilului dumneavoastră. Părinţii dau cel mai bun exemplu.
- *Vorbiţi cu copilul.* Întrebaţi-l dacă prietenii săi fumează. Riscul de a fuma este de 13 ori mai mare dacă cel mai bun sau cea mai bună prietenă a sa fumează.
- *Aflaţi ce gândeşte despre fumat.* Cereţi-le să scrie toate acestea pentru a le discuta împreună.

- *Ajutați-l să caute modalități de a scăpa de presiunea colegilor pe această temă.* Puneți-i întrebări nepărtinitoare și repetați împreună felul în care ar putea ieși din asemenea situații dificile.
- *Încurajați-vă adolescentul să se bucure de întreaga energie și sănătate de care dispune.* Stilul de viață activ, vivace prezentat în multe reclame de țigări de fapt este specific nefumătorilor. Persoanele care fumează au răceli și alte infecții respiratorii mai frecvent.
- *Arătați-i repercusiunile sociale.* Indivizii care fumează adesea au respirație, haine și păr urât mirositoare. Fumatul poate produce tuse cronică și poate rida prematur pielea.
- *Cooperați cu școala.* Activați în cadrul programelor comunitare de stopare a fumatului.

Pentru mai multe informații despre fumat vezi pag. 78.



Abuzul de alcool

Cei mai mulți tineri încearcă băuturile alcoolice în anii adolescenței. Alcoolul este disponibil și mulți adolescenți beau excesiv. Dacă multor adulți le trebuie ani pentru a ajunge la dependența de alcool, adolescenții dezvoltă dependență în câteva luni. Alcoolul singur sau combinat cu medicamente sau droguri poate împiedica creșterea și dezvoltarea normală a copilului dumneavoastră și comportă riscuri.

Consumul de alcool a crescut dramatic în rândul adolescenților din clasele a XI-a și a XII-a. În fiecare an, în SUA mai bine de 2 000 de tineri cu vârste între 15 și 20 de ani mor în accidente de mașină din cauza consumului de alcool și mult mai mulți rămân cu handicap. Alcoolul este implicat și în alte decese ale adolescenților inclusiv înec, sinucidere și incendiu.

La persoanele tinere probabilitatea de a deveni dependenți ține de influența părinților, colegilor și altor modele pe care le au, de teama de a recunoaște, de cât de devreme încep să bea, de nevoia psihologică de alcool și de factorii genetici care pot predispune la dependență. Urmăriți aceste semne la copilul dumneavoastră:

- își pierde interesul pentru activități și hobby-uri;
- pare anxios sau iritabil;
- are dificultăți în relațiile cu prietenii sau în a-și face noi relații;
- ia note proaste la școală.

Pentru a preveni cosumul de alcool în adolescență oferiți dumneavoastră un bun exemplu. Vorbiți-i copilului despre consumul de alcool și discutați atât despre consecințele legale cât și despre cele medicale ale băutului.

Pentru mai multe informații despre abuzul de alcool și alcoolism vezi pag. 84.

Abuzul de droguri și dependența

Așa cum un adult poate bea ca să se simtă mai bine la o petrecere, tot astfel un adolescent poate lua un drog ca să se relaxeze și să se obișnuiască cu lumea. Dar consumul de droguri este o metodă contraproductivă. Interacțiunile sociale sunt mult mai de succes atunci când cineva este el însuși, decât când manifestă o altă personalitate, indusă de un drog. Persoanele drogate adesea evită societatea și pot deveni deprimați. Pe de altă parte, adolescenții deprimați pot abuza de droguri în încercarea neizbutită de a-și îmbunătăți starea de spirit.

La cei mai mulți adolescenți, experimentarea drogurilor începe o dată cu consumul de alcool și fumatul. Deoarece alcoolul și țigările sunt legale la adulți, ele sunt ușor accesibile adolescenților.

Aproape 80% dintre elevii mari de liceu din SUA au băut alcool și mai bine de 50% dintre ei au fumat. Cam la fel stau lucrurile cu privire la fumatul de marijuană. Aproape 1/2 dintre elevii din ultimii ani de liceu din SUA au folosit marijuană măcar o dată. Din fericire, doar unii elevi de liceu trec la droguri mai tari sau folosesc marijuană mult sau ritmic pe perioade lungi de timp.

Anii adolescenței includ în mod normal dezvoltarea spiritului independent, lărgirea cunoașterii și structurarea unei identități sexuale, printre alte procese. Toate acestea pot fi suficient de înspăimântătoare pentru un adolescent treaz. Dar, în cazul în care copilul dumneavoastră este dependent de droguri sau de alcool, provocările adolescenței pot deveni copleșitoare.

Presiunea colegilor și problemele la învățătură pot să-i facă pe adolescenți să abuzeze de droguri. Reciproc, abuzul de droguri poate scădea motivația copilului de a învăța bine. Drogurile pot dăuna procesului învățării, producând scăderea memoriei și a capacității de a fi atent. Adolescenții care abuzează de droguri își compromit viitorul și în afara școlii. Ei pot avea necazuri cu legea din cauza abuzului de droguri ilegale, vânzării lor sau furturilor pentru a face rost de bani ca să-și procure droguri.

Drogurile pot întrerupe procesul prin care adolescentul își dezvoltă o identitate sigură. Pot dăuna, de asemenea, judecății și autocontrolului. Ele elimină inhibițiile și îl pot face pe copil să comită cu ușurință lucruri pe care în mod normal nu le-ar fi făcut, inclusiv cu privire la sex.

Întrebare şi răspuns

Cum pot şti dacă adolescentul meu se droghează?

Aceste indicii sunt doar orientative cu privire la consumul de droguri de către adolescentul dumneavoastră:

- *Şcoala*. Copilul dumneavoastră manifestă dintr-o dată dezinteres pentru şcoală şi-şi găseşte scuze pentru a sta acasă. Luaţi legătura cu personalul şcolii pentru a vedea dacă starea din prezent se potriveşte cu ceea ce ştiaţi despre el înainte. Un elev de nota 9 sau 10 care dintr-o dată începe să lipsească de la ore sau ia note mici e posibil să folosească droguri.
- *Sănătatea fizică*. Neatenţia şi apatia sunt posibile indicii ale consumului de droguri.
- *Aspectul*. Aspectul este foarte important pentru adolescenţi. Un semnal de alarmă cu privire la droguri poate fi o pierdere bruscă a interesului pentru felul în care se îmbracă.
- *Comportamentul*. Adolescenţilor le place intimitatea. Totuşi, fiţi îngrijoraţi cu privire la eforturile lor de a se baricada în dormitor şi informaţi-vă unde merge cu prietenii.
- *Banii*. Cererile repetate de bani fără o explicaţie plauzibilă cu privire la folosirea lor poate fi un indiciu de consum de droguri.

Adolescenţii au nevoie să ştie că există o comunicare deschisă între ei şi părinţii lor. Chiar puşi în faţa refuzului copilului dumneavoastră de a-şi împărtăşi trăirile, continuaţi să vă manifestaţi interesul de a-l asculta vorbind despre experienţele sale.

Cel mai important lucru este că abuzul de droguri creşte riscul decesului la adolescenţi. Cele 3 cauze principale de deces la adolescenţi – accidentele, crima şi sinuciderea – sunt mai frecvente la consumatorii de droguri.

În plus, când adolescenţii împrumută ace şi seringi folosite pentru drogurile intravenoase, ei au risc mai mare de a face SIDA sau hepatită.

Cea mai eficientă metodă de a-l descuraja să folosească droguri este de a adapta mesajul dumneavoastră nivelului său de dezvoltare intelectuală sau morală. Mai ales în perioadele de început şi de mijloc ale adolescenţei, copilul poate fi mai puţin impresionat de efectele pe termen lung asupra sănătăţii ale acestor substanţe, cât de consecinţele lor imediate.

Chiar şi mai important decât transmiterea unui mesaj antidrog este oferirea unui bun exemplu. Dependenţa se repetă în generaţii succesive ale unei familii. Poate fi şi o componentă genetică, dar învăţarea din exemplul celorlalţi joacă şi ea un rol. În situaţia în care copilul dumneavoastră abuzează de droguri şi alţii din familie s-au confruntat cu alcoolism sau cu dependenţa de droguri, educarea din timp şi intervenţia precoce pot sparge cercul vicios. Ajutându-l pe copil să-şi câştige încrederea în sine îl veţi ajuta să reziste presiunii colegilor de a bea şi de a fuma.

Abuzul de inhalante

Copiii nu au nevoie de droguri ca să se ameţească. Există mai bine de 1 000 de feluri de inhalante de care ei pot abuza, cum ar fi gazolină, vopsea cu tiner, spray cu aerosoli, dizolvant de lac de unghii şi soluţii menajere de curăţare.

Inhalarea de substanţe oferă o alternativă ieftină la droguri, iar inhalanţii sunt uşor de găsit. Copiii pot să şi aspire pe gură – înmoaie cârpe în inhalanţi şi şi le împing în gură. O altă variantă este inhalarea de vapori de chimicale puse într-o pungă de plastic.

Inhalanţii pot produce o ameţeală rapidă şi puternică. Abuzul de inhalante poate începe în şcoala elementară şi continua în adolescenţă. Cam 17% dintre adolescenţii americani au folosit inhalanţi măcar o dată în viaţă.

Când copilul trage pe nas sau pe gură, poate ingera multe substanţe toxice – butan, propan, fluorocarburi, nitriţi şi altele. Consumatorii cronici au risc de scădere a greutăţii, de slăbire musculară, de pierderea echilibrului şi de dependenţă. Alte posibile efecte pot fi afectarea creierului, inimii, rinichilor şi ficatului. Abuzul de inhalante poate fi mortal.

Persoanele care abuzează de inhalante adesea arată şi se comportă de parcă ar fi sub influenţa alcoolului. Manifestările imediate sunt:

- excitare urmată de somnolenţă
- zăpăceală
- ameţeală
- dezinhibare
- iritabilitate crescută
- insomnie
- halucinaţii
- comportament incoerent.

Din nefericire, adulţii rareori recunosc abuzul de inhalante. Părinţii şi medicii ar trebui să fie mai îngrijoraţi cu privire la abuzul de alcool, nicotină şi droguri ilegale, ca marijuana. Prevenirea abuzului de inhalante începe cu recunoaşterea indiciilor.

Consumer Product Safety Commission (SUA) sugerează următoarele ca posibile semne de abuz de inhalante:

- miros neobişnuit al respiraţiei şi un iz chimic al hainelor;
- vorbire neclară sau dezorientată;
- aparenţă de beţie, uluire sau ameţeală;
- urme de vopsea sau de alte substanţe pe faţă sau pe degete;
- ochi sau nas care curg sau sunt roşii;
- pete sau răni în jurul nasului;
- greaţă sau lipsa apetitului;
- anxietate, excitabilitate, iritabilitate sau agitaţie;
- statul cu un stilou sau un marker aproape de nas;

- mirosirea continuă a mânecilor hainelor;
- ascunderea în dulapuri sau în alte locuri a cârpelor, hainelor sau recipientelor goale ale eventualelor produse folosite.

Vorbiţi-le copiilor despre riscuri şi spuneţi-le că şi experimentarea este periculoasă. Asiguraţi-vă că medicul, profesorii, specialiştii în consiliere şi antrenorii copilului dumneavoastră ştiu despre abuzul de inhalante astfel că pot avertiza asupra pericolului şi pot recunoaşte eventualele semne ale tulburării. Discuţia deschisă poate preveni tragedia.

Abuzul sexual

Abuzul sexual poate surveni în adolescenţă ca şi mai devreme, în copilărie. Poate include o gamă variată de comportamente nepotrivite, de la mângâiere la viol. Abuzul sexual este orice acţiune de contact sexual forţat al unei persoane asupra alteia.

Violul presupune, de obicei, forţă sau ameninţarea cu forţa. Totuşi, violul include şi situaţia în care victima este incapabilă să-şi dea acordul din cauză că este beată, drogată, bolnavă psihic sau handicapată. Aproape 1/2 din cazurile raportate de viol sunt de adolescente. Majoritatea abuzurilor sexuale la adolescenţi le implică pe fete, dar frecvenţa agresiunilor asupra băieţilor este în creştere.

Incestul este contactul sexual între rude apropiate. Poate surveni între un adolescent sau un copil mai mic şi un membru al familiei. Agresorul poate fi vreun membru al familiei, chiar dacă persoana nu este înrudită prin sânge sau căsătorie. De exemplu, poate fi prietenul mamei adolescentei sau adolescentului ori un părinte adoptiv. Chiar atunci când nu implică rude de sânge sau vreo amaninţare cu forţa, incestul constiutie o înşelare a încrederii. Abuzul sexual poate fi devastator, ostil şi dezumanizant.

Abuzul sexual produce adesea o traumă psihică majoră care are efecte de lungă durată asupra

Siguranţa pe Internet

În perioada adolescenţei, părinţii, în general, le permit copiilor lor să facă mai multe lucruri singuri. Agresorii sexuali pot profita de timpul nesupravegheat pentru a se împrieteni cu copiii creduli. Adolescenţii care îşi fac relaţii în camerele de chat de pe Internet şi prin discuţii de grup se pot împrieteni cu uşurinţă cu agresori sexuali şi pot fi ademeniţi la o întâlnire. Deşi Internetul este un instrument grozav pentru învăţare, asiguraţi-vă că adolescentul dumneavoastră este la adăpost de orice pericol.

Pentru mai multe informaţii cu privire la siguranţa pe Internet vezi pag. 203.

password

Relaţii abuzive de întâlnire

Se estimează că aproximativ 1/3 din adolescente sunt implicate în relaţii abuzive de întâlnire. Este fiica dumneavoastră în pericol? Luaţi în considerare aceste semnale de alarmă:

- Distanţarea progresivă de membrii familiei şi de prieteni
- Leziuni inexplicabile sau a căror explicaţie este lipsită de sens
- Pierderea interesului faţă de şcoală sau corigenţe
- Capricii sau depresie
- Dezinteres brusc faţă de felul în care arată
- Are o relaţie cu un băiat care este abuziv verbal sau fizic
- Are o relaţie cu un băiat care are un temperament violent
- Are o relaţie cu un băiat care o sună mereu şi pare posesiv.
- Dacă suspectaţi un abuz, vorbiţi imediat cu fiica dumneavoastră. Dacă aţi obţinut informaţiile necesare, susţineţi-o în activ în a pune la punct un plan pentru a pune capăt violenţei.

Dacă aveţi motive să credeţi că prietenul fiicei dumneavoastră este capabil să-i facă rău într-un anumit context, luaţi măsuri să o protejaţi.



simţului propriei valori şi identităţii victimei. Aceasta este important mai ales la adolescenţi, care încă se mai întreabă cine sunt, mai ales cu privire la identitatea lor sexuală. Dacă violul este prima experienţă sexuală a unui adolescent, acomodarea sexuală viitoare poate fi dificilă.

După un abuz sexual victima poate trece prin variaţii mari de stare, trăiri negative alternante, furie, vinovăţie şi neputinţă. Victima poate fi urmărită mult timp de frici, coşmare şi somn perturbat. Relaţiile victimei cu colegii şi partenerii sexuali pot avea de suferit. Temându-se de răzbunarea atacatorului, victima poate să nu declare abuzul, să se ascundă şi să dezvolte un comportament ritualistic pentru a se apăra.

Consilierea poate ajuta victima şi familia să facă faţă efectelor de durată ale abuzului sexual. S-ar putea să doriţi o ghidare de specialitate printr-un program sau un centru cu privire la abuzul sexual. Unii părinţi îşi resping copiii care au devenit victime, în timp ce alţi părinţi îi protejează excesiv. Puteţi ajuta copilul să depăşească abuzul sexual şi să-şi continue viaţa fără a nega sau a exagera în reacţia faţă de abuzul sexual.

Repercusiunile psihologice ale abuzului sexual din partea membrilor familiei pot fi mult mai complexe decât în cazul abuzului din partea unui nemembru al familiei. De teamă că raportarea evenimentelor va destrăma familia, victima poate să nu spună nimănui despre aceasta. Aşa că abuzul se poate repeta. Ruda abuzivă poate invoca autoritatea familială pentru a împiedica victima să declare abuzul. Dacă abuzul rămâne nedeclarat, victima se poate simţitot mai neajutorată, ruşinată, vinovată şi chiar răspunzătoare de cele petrecute.

Pot apărea consecinţe serioase dacă adolescenţii nu au ocazia de a divulga abuzul. Aceste persoane au risc mare de a face abuz de droguri, de promiscuitate, vagabondaj sau sinucidere.

CAPITOLUL **15** PARTEA a II-a

Sarcina şi naşterea

Perioada sarcinii este una dintre cele mai frumoase perioade din viaţa multor femei. Gândindu-se la viitorul copil, multe femei mănâncă mai bine, fac mai mult exerciţiu fizic şi acordă o atenţie mai mare ca oricând sănătăţii lor. Dar, oricât de scurte par unora cele 9 luni, ele pot trece foarte greu dacă sarcina este dificilă sau deznodământul este nesigur.

Din fericire, nu a existat un timp mai bun pentru a avea un copil ca în zilele noastre. Sarcina va presupune întotdeauna şi oarecare riscuri pentru mamă şi copil, dar progresele medicinei actuale ne-au învăţat multe despre cum să micşorăm acele riscuri şi cum să facem mai bine faţă problemelor inevitabile. Îngrijindu-vă corect şi mergând regulat la control medical, aveţi toate şansele ca dumneavoastră şi copilul să fiţi puternici şi sănătoşi.

Pregătirea pentru sarcină

Înainte de a aştepta să deveniţi părinţi ar fi bine ca medicul dumneavoastră să vă facă un control riguros, atât o revizuire a antecedentelor personale de boală cât şi un examen fizic amănunţit. Acest control este important pentru că multe afecţiuni iniţial asimptomatice pot complica ulterior sarcina. Diabetul, hipertensiunea arterială, tumorile pelvine şi anemia sunt doar câteva afecţiuni frecvente ce pot fi uşor depistate în cursul unei examinări generale atente.

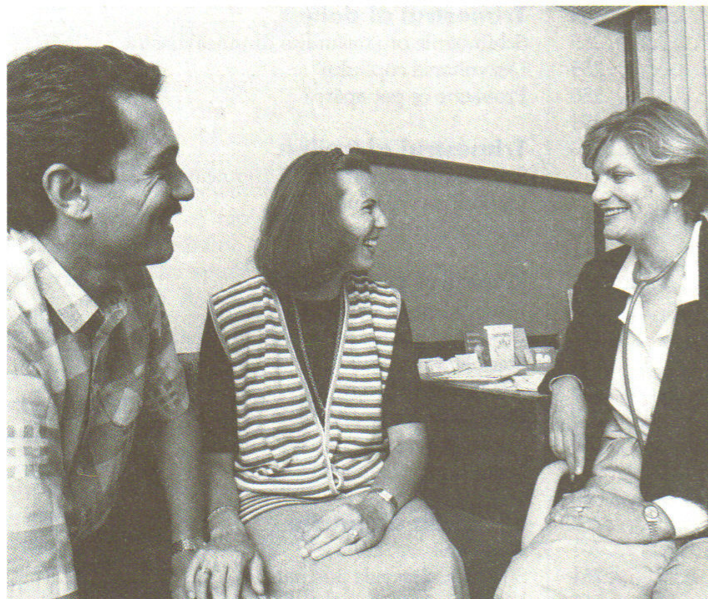
Dacă medicul descoperă o problemă de sănătate, nu înseamnă neapărat că nu veţi putea avea copii, dar veţi dori, probabil, să rezolvaţi problema înainte de a vă gândi la o sarcină. Unele gravide, de exemplu cele cu diabet, ar fi mai bine să fie urmărite de un obstetrician specializat în sarcinile cu risc crescut.

Un consult medical efectuat înainte de sarcină poate fi un bun prilej de a pune întrebări medicului dumneavoastră sau de a discuta cu el anumite îngrijorări pe care le aveţi. Poate există o anumită boală sau predispoziţie în familia dumneavoastră. Sau poate aveţi mai mult de 35 de ani şi sunteţi îngrijorată de posibilitatea de a avea un copil cu sindrom Down sau alt sindrom genetic. Poate aţi mai fost însărcinată înainte şi aţi avut o problemă, de exemplu pierderea sarcinii, şi sunteţi îngrijorată că acest lucru ar putea să se repete. O discuţie deschisă cu medicul dumneavoastră poate să vă aducă informaţii preţioase despre şansele dumneavoastră de a avea un copil sănătos.

În timpul acestei consultaţii de dinainte de sarcină, medicul vă poate prescrie acid folic. Dacă este posibil, femeile ar trebui să ia acid folic cel puţin o lună înainte de concepţie şi în primele 3 luni după aceea. S-a demonstrat că acidul folic poate preveni tulburările timpurii de dezvoltare ale embrionului (defectele de tub neural).

Înainte de a vă hotărî să aveţi un copil este bine să vă revizuiţi stilul de viaţă. Dacă sunteţi supraponderală şi doriţi să scădeţi în greutate, este mai bine s-o faceţi înainte de sarcină deoarece sarcina nu este un moment potrivit pentru a începe o cură de slăbire. De asemenea, renunţaţi la fumat dacă sunteţi fumătoare. Femeile care fumează în timpul sarcinii sunt predispuse la avea copii cu greutate mică la naştere comparativ cu nefumătoarele şi copiii pot prezenta probleme de dezvoltare. În plus, fumătoarele au un risc crescut de a pierde sarcina şi de naştere de feţi morţi.

Nu consumaţi alcool sau droguri ilegale în timpul sarcinii. Dacă urmaţi un tratament medicamentos, prescris sau nu, întrebaţi-vă medicul dacă este bine să continuaţi tratamentul în perioada în care încercaţi să rămâneţi însărcinată.



Faceţi-vă timp să vă acomodaţi cu medicul, să puneţi întrebări şi să discutaţi despre îngrijorările dumneavoastră. Aceste aspecte constituie o parte importantă a consultaţiilor prenatale.

Îngrijirea prenatală

Unul dintre cele mai importante lucruri pe care le puteţi face pentru dumneavoastră şi copilul dumneavoastră este să începeţi îngrijirea prenatală imediat ce suspectaţi că aţi rămas însărcinată. În momentul în care se programează la o consultaţie, majoritatea femeilor ştiu deja că sunt însărcinate - şi-au făcut acasă un test de sarcină care a ieşit pozitiv, şi încep să aibă primele semne şi simptome de sarcină. Dacă sarcina nu a fost confirmată, puteţi cere medicului dumneavoastră să vă examineze.

Majoritatea medicilor recomandă să începeţi îngrijirea medicală prenatală imediat după ce nu v-a mai venit ciclul, în special dacă vă doriţi un copil şi să nu amânaţi mai mult de două perioade succesive de amenoree.

În timpul primei vizite la medic veţi completa o fişă medicală amănunţită. De asemenea, medicul vă va întreba despre istoricul de boală al familiei şi despre starea dumneavoastră generală de sănătate pentru a afla dacă aveţi vreo afecţiune preexistentă care ar putea să vă creeze probleme sau să necesite măsuri speciale de îngrijire în timpul sarcinii.

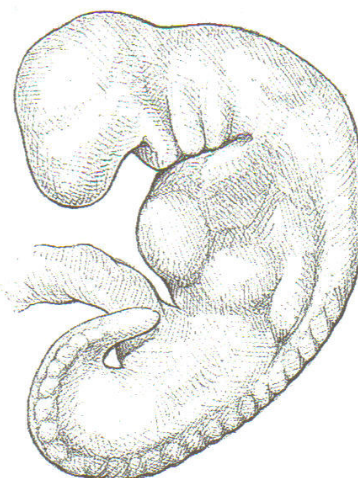
Pentru a afla data probabilă a naşterii este important să determinaţi data concepţiei, astfel că medicul va întreba de prima zi a ultimului ciclu. Cu toate acestea, data probabilă a naşterii este doar aproximativă. Doar puţini copii se nasc exact la acea dată. Este absolut normal ca un copil să se nască cu 2 săptămâni înainte sau după data calculată.

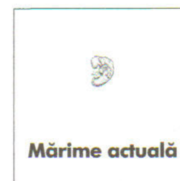
După ce a notat istoricul dumneavoastră medical, următorul pas al primei consultaţii prenatale este adesea un examen fizic general şi unul ginecologic. După acest examen ginecologic iniţial nu va mai fi nevoie de altul decât târziu în timpul sarcinii şi atunci numai pentru a determina dacă începe travaliul. În timpul primei vizite se efectuează şi testele de sânge şi urină.

Medicul sau alt membru al echipei medicale va discuta cu dumneavoastră alte aspecte importante legate de sarcină, de exemplu alimentaţia, câştigul în greutate, exerciţiul fizic, precum şi semne ale potenţialelor complicaţii. Majoritatea medicilor îşi văd pacientele însărcinate la 4-6 săptămâni în cursul primelor 7 luni, o dată sau de 2 ori în cursul lunii a opta şi apoi săptămânal.

După vizita iniţială, celelalte vizite vor începe în mod obişnuit cu măsurarea greutăţii şi tensiunii dumneavoastră arteriale. De asemenea, veţi putea face şi teste de urină. Medicul va dori să ştie dacă aveţi vreo problemă.

După aproximativ 10-12 săptămâni de gestaţie, o parte interesantă a vizitei dumneavoastră la medic va consta în ascultarea bătăilor cordului fetal, care se poate realiza cu un instrument Doppler. De asemenea, medicul vă va palpa şi abdomenul pentru a determina dacă fătul se dezvoltă normal.





La 4 săptămâni de la concepţie, un embrion nu mai este microscopic, dar are o lungime sub 0,5 cm. Dezvoltarea este rapidă în cursul săptămânii a patra când embrionul îşi triplează dimensiunea.

Testele de sarcină

Cel mai rapid mod de a afla, în mod sigur, dacă sunteţi însărcinată sau nu, este să vă faceţi un test de sarcină. De la vârsta gestaţională de 4 zile, un ovul fecundat începe să secrete un hormon numit gonadotropină chorionică umană (HCG). Acest hormon se răspândeşte în ţesuturile organismului. Iniţial, el poate fi detectat în sânge şi la scurt timp după aceea în urină.

Cele mai multe teste de sarcină care pot fi efectuate acasă sunt teste de urină, pentru că urina se poate recolta cu uşurinţă acasă. Există multe tipuri de teste folosite la depistarea hormonului HCG. Majoritatea se bazează pe o reacţie între HCG şi un anticorp antiHCG. O a doua reacţie indică dacă prima reacţie a avut loc sau nu. Adesea, acest lucru se traduce printr-o modificare de culoare.

Majoritatea testelor de sarcină pentru acasă sunt simplu de executat şi sunt destul de sigure, dacă instrucţiunile sunt urmate cu atenţie. Majoritatea constau într-un băţ care trebuie introdus, pentru câteva secunde, în jetul de urină. După o anumită perioadă de timp, de obicei câteva minute, se poate observa pe băţ o modificare de culoare în cazul în care sunteţi însărcinată. La anumite mărci, sarcina este indicată de apariţia unui cerc negru.

Cât de sigur este un test de sarcină?

Reţineţi: rezultatele oricărui test de sarcină, indiferent dacă este făcut acasă sau în cabinetul medicului, sunt mai precise dacă folosiţi prima urină de dimineaţă. În plus, precizia lui depinde de momentul în care faceţi testul şi de cât de exact urmaţi instrucţiunile de folosire. Un test făcut în prima zi de întârziere a ciclului are o acurateţe de 90%. Acurateţea testului va fi mai mare - aproximativ 97% - după o săptămână de întârziere a ciclului.

Dacă testul este făcut în primele zile ale sarcinii, poate arăta că nu sunteţi însărcinată, când de fapt sunteţi. Acesta se numeşte un rezultat fals negativ. Acest tip de rezultat poate apărea datorită faptului că la începutul sarcinii, nivelurile de HCG pot fi suficient de scăzute pentru a nu putea fi detectate. Prin urmare, un rezultat negativ al unui test de sarcină este mai puţin fidel ca unul pozitiv.

Dacă rezultatul testului este negativ, dar aveţi semne sau simptome de sarcină, repetaţi testul peste o săptămână sau consultaţi medicul. Dacă, de această dată, testul este pozitiv, mergeţi la medic pentru instituirea îngrijirii prenatale. Pentru a confirma sarcina, medicul va putea recolta o mostră de sânge pentru un test de depistare a HCG-ului.

Sarcina şi alimentaţia

Cel mai bun moment pentru a vă gândi la o alimentaţie mai sănătoasă este înainte de a rămâne însărcinată. În acest caz, veţi fi sigură că bebeluşul va beneficia de cei mai buni factori nutriţionali încă din momentul concepţiei. Îmbunătăţirile pe care le faceţi în dieta dumneavoastră vor determina, de asemenea, şi o schimbare sănătoasă pentru familia dumneavoastră.

Factorii nutriţionali de risc

Dacă obişnuiţi să mâncaţi sănătos, veţi începe sarcina cu cantităţi optime din factorii nutriţionali necesari accentuatei creşteri şi dezvoltări a bebeluşului dumneavoastră. În schimb, un istoric de permanente cure de slăbire, neglijarea alimentării, post sau alimentaţie puţin variată vă pot conferi dumneavoastră şi copilului un risc nutriţional. Alţi factori ce cresc riscul de nutriţie săracă sunt: fumatul, consumul de alcool sau droguri ilegale, sarcina multiplă şi starea de sub- sau supraponderalitate în momentul concepţiei.

Obiceiurile alimentare defectuoase din timpul perioadei de concepţie sau sarcină pot să vă afecteze şi pe dumneavoastră şi pe copil. Dacă aportul de calorii sau elemente nutritive este foarte scăzut, dezvoltarea fetală poate fi necorespunzătoare şi copilul poate avea o greutatre mică la naştere. Copiii cu greutate mică la naştere au un risc crescut de a dezvolta diferite probleme de sănătate, pe termen lung sau scurt.

În primele săptămâni de sarcină - poate chiar dinainte de a bănui că sunteţi însărcinată - majoritatea organelor vitale ale viitorului bebeluş sunt în formare. Din această cauză, este esenţial ca obiceiurile nutriţionale sănătoase să înceapă să facă parte din noul dumneavoastră stil de viaţă.

Câştigul în greutate

Sarcina poate fi singura dată în viaţă în care sunteţi încurajată să luaţi în greutate. Dar a lua în greutate în timpul sarcinii nu înseamnă să deveniţi supraponderală sau să mâncaţi orice vreţi. Creşterea în greutate este determinată de mai mulţi factori fizici, inclusiv de dezvoltarea copilului pe care îl veţi naşte.

Pe parcursul timpului, recomandările cu privire la numărul ideal de kilograme pe care puteţi să le câştigaţi în timpul sarcinii au variat mult. Acum 20-30 de ani, cel mai indicat, atât pentru mamă cât şi pentru copil, era o creştere minimă în greutate. Astăzi, cercetările au arătat că femeile cu o greutate normală în momentul concepţiei au cele mai sănătoase sarcini şi cei mai sănătoşi copii, în condiţiile în care nu iau mai mult de 11-15 kg în greutate în timpul sarcinii.

Medicul dumneavoastră va stabili cât este sănătos pentru dumneavoastră să luaţi în greutate în timpul sarcinii. Recomandările individuale variază în funcţie de anumiţi factori: greutatea înainte de sarcină, istoricul dumneavoastră medical, starea dumneavoastră de sănătate ca şi cea a fătului.

Cât veţi lua în greutate în timpul sarcinii determină parţial şi cât va avea copilul dumneavoastră la naştere, iar o greutate normală la naştere este importantă pentru o bună stare de sănătate a copilului. Greutatea ideală a unui nou-născut la termen este de 3000 - 4000 g. Nou-născuţii cu această greutate sănătoasă au:

- rată mai mică de deces prematur;
- risc mai mic de handicap fizic şi psihic;
- mai puţine boli grave în copilărie;
- un start în viaţă mai avantajos, din punct de vedere fizic şi mental, faţă de copiii cu o greutate mai mică la naştere.

În timpul sarcinii, străduiţi-vă să creşteţi în greutate încet şi constant, ţinând minte că există variaţii individuale de câştigare în greutate. Iată câteva reguli generale ale câştigului în greutate din sarcină:

- în primul trimestru: 250-450 g pe lună;
- în al doilea trimestru: 250 –350 g pe săptămână;
- în al treilea trimestru: 350-450 g pe săptămână.

Necesarul de calorii

Fătul ce se dezvoltă este complet dependent de caloriile furnizate de dumneavoastră, prin ceea ce mâncaţi şi beţi. Aceasta nu înseamnă că trebuie să mâncaţi excesiv, dar va trebui să mâncaţi mai des ca înainte de sarcină. Anumite simptome frecvente la începutul sarcinii, ca voma şi greaţa, pot fi deseori ameliorate prin mici gustări luate din când în când. Dacă vă simţiţi mai bine luând mici gustări, atunci micşoraţi cantitatea de mâncare de la mesele principale pentru a nu vă îngrăşa în mod excesiv.

În primul trimestru de sarcină, un plus de 200 de calorii pe zi peste ceea ce consumaţi în mod normal va duce exact la creşterea în greutate recomandată şi anume 250-450 g pe lună. Este important ca aceste calorii să fie furnizate de alimentele cele mai sănătoase pentru dumneavoastră şi copil. Nu vreţi ca bebeluşul dumneavoastră

Cum se distribuie greutatea

Copilul dumneavoastră	3 000-4 000 g
Placenta	700 g
Lichidul amniotic	1 000 g
Mărirea de volum a sânilor	450-1 300 g
Mărirea uterului	1 000 g
Rezerve de grăsime şi dezvoltarea musculaturii	1 800-3 600 g
Mărirea volumului sangvin	1 400-1 800 g
Mărirea volumului lichidian	1 000-1 400 g
Total	10-15 kg

să crească din chips-uri, băuturi acidulate sau mâncare de fast-food. Organismul dumneavoastră vă va semnaliza că are nevoie de mai multe calorii, dar 200 de calorii nu înseamnă o creştere prea mare. De exemplu, o felie de pâine integrală, un pahar de lapte degresat şi 30 g de carne slabă vor adăuga aproximativ 200 de calorii.

În cel de-al doilea şi al treilea trimestru de sarcină veţi avea nevoie de un total de 300-500 de calorii în plus pe zi faţă de aportul normal. Cu cât depuneţi mai mult efort fizic, cu atât mai multe calorii vă vor fi necesare. Chiar şi cu această cerere crescută de calorii, nu va trebui să vă forţaţi să mâncaţi mai mult pentru că apetitul dumneavoastră normal vă va ajuta să consumaţi suficiente calorii.

Alegerea alimentelor

În timpul sarcinii nu va trebui, totuşi, să ţineţi „un jurnal" al mâncării consumate sau să vă analizaţi fiecare masă sau gustare, ci trebuie să ţineţi cont de nişte reguli de bază. Pentru a rămâne sănătoasă cel mai bine este să mâncaţi regulat şi cât mai variat. Încercaţi să consumaţi zilnic următoarele alimente în cantităţile recomandate.

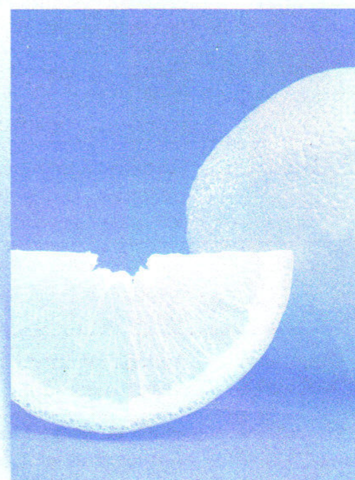
- *Cereale*: 6-11 porţii. Consumaţi cereale, pâine, orez şi paste făinoase care sunt bogate în carbohidraţi energizanţi şi furnizează importanţi factori nutritivi şi fibre. Alături de fructe şi legume, cerealele ar trebui să constituie baza alimentaţiei dumneavoastră.
- *Legume*: cel puţin 3 porţii. Legumele sunt în mod natural sărace în calorii şi aproape lipsite de grăsimi. Ele furnizează fibre, vitamine şi minerale.
- *Fructe*: cel puţin 2 porţii. Fructele proaspete conţin puţine calorii şi nu conţin grăsimi, în schimb conţin fibre, vitamine şi substanţe minerale benefice pentru organism.
- *Lapte şi produse lactate*: 2-3 porţii. Laptele, iaurtul şi brânza sunt importante surse de calciu şi vitamină D, care ajută organismul dumneavoastră să absoarbă calciul. Ele furnizează, de asemenea, proteinele necesare la alcătuirea şi menţinerea ţesuturilor organismului. Alegeţi produsele cu conţinut redus în grăsimi.

Vitaminele şi suplimentele minerale



Gravidele au nevoie de o cantitate mai mare de vitamine şi substanţe minerale decât cele neînsărcinate. Recomandările Consiliului American al Cercetării arată că gravidele care au o alimentaţie bine echilibrată nu au nevoie de suplimente. Cu toate acestea, majoritatea femeilor însărcinate nu pot consuma cantităţi mari de alimente care să conţină suficient fier şi acid folic pentru a respecta recomandările, şi unele femei nu pot sau nu vor să mănânce suficiente alimente bogate în calciu pentru a satisface nevoile de minerale. Multivitaminele ce conţin acid folic, luate zilnic la începutul sarcinii, pot preveni apariţia anumitor anomalii ale feţilor şi pot furniza cantitatea necesară zilnic de vitamine şi substanţe minerale.

Acidul folic: absolut necesar în sarcină



Acidul folic este forma sintetică a folatului, o vitamină ce există în mod natural în anumite alimente. El este un important factor nutritiv şi cu atât mai important atunci când vă hotărâţi să rămâneţi însărcinată.

În primele câteva săptămâni de sarcină au loc anumite procese de dezvoltare a embrionului foarte importante. Dacă plănuiţi să rămâneţi însărcinată, consultaţi medicul pentru a vă scrie o reţetă cu acid folic. Aceste suplimente cu acid folic ajută la prevenirea anumitor malformaţii ale fătului. De fapt, Serviciul de Sănătate Publică al SUA recomandă ca toate femeile care sunt la vârsta la care pot avea copii şi care vor să aibă copii să consume zilnic 400 mcg (micrograme) în scopul reducerii riscului de a avea un copil cu defecte de tub neural (NTDs), de exemplu spina bifida. Dacă aţi avut o sarcină cu un făt cu NTS, puteţi scădea cu 70% riscul de o altă asemenea sarcină dacă, înainte să rămâneţi din nou însărcinată, luaţi 400 mcg acid folic zilnic, cu 3 luni înainte de conceperea copilului şi continuaţi să luaţi în cursul primului trimestru. Acidul folic este esenţial în creşterea şi funcţionarea celulară cât şi în sinteza ADN-ului, cărămizile de bază în construirea codului dumneavoastră genetic.

Folatul se găseşte în citrice, fasole boabe, nuci, seminţe, ficat şi legume cu frunze verde închis cum este spanacul. Totuşi pentru a vă asigura necesarul de acid folic veţi avea nevoie de un supliment.

- *Carne (inclusiv de pui), pește și fructe de mare*: cel puțin 3 porții. Aceste alimente sunt surse bogate de proteine cu vitamina B, fier și zinc. Alegeți carnea slabă sau cea de pui pentru a micșora aportul de grăsimi și colesterol.
- *Leguminoase*: frecvent. Având conținut scăzut în grăsimi și lipsite de colesterol – fasolea boabe, mazărea uscată și lintea – leguminoasele sunt cea mai bună sursă de proteine vegetale și, de asemenea, o sursă excelentă de fibre.
- *Grăsimi și dulciuri*: rareori. Grăsimile și dulciurile furnizează calorii care pot rapid depăși nevoile dumneavoastră ducând la un surplus de greutate

.

Diete vegetariene

Dacă sunteți vegetariană, vă puteți continua dieta vegetariană în cursul sarcinii, fără ca acest lucru să afecteze sănătatea copilului dumneavoastră. Va trebui, însă, să acordați o atenție suplimentară planificării meniurilor dumneavoastră. Revizuiți-vă regulat aportul alimentar. Va fi mai ușor să vă echilibrați aportul nutrițional dacă includeți pește, lapte și ouă în dieta dumneavoastră.

Mâncați variat în fiecare zi și includeți 1-2 porții suplimentare de legume bogate în fier.

Gustările

Gustările sănătoase constituie o modalitate excelentă de a vă suplimenta alimentația, în sarcină, cu calorii și factori nutritivi. De asemenea, gustările bine planificate sunt folositoare în situațiile în care nu puteți servi o masă completă. Deseori în prima parte a sarcinii, gustările frecvente vă pot ajuta în stările de greață. În ultimile săptămâni, presiunea exercitată de făt pe stomacul dumneavoastră poate limita cantitatea de mâncare pe care o puteți mânca o dată. În aceste cazuri, gustările pot fi mai ușor de suportat.

Factori nutritivi de bază în timpul sarcinii

Există mai mult de 50 de factori nutritivi cu rol esențial în menținerea unei bune stări de sănătate în timpul sarcinii. Iată un sumar al celor mai importanți pentru dumneavoastră și copil.

Factor nutritiv	De ce aveți nevoie de el, dumneavoastră și copilul	Cele mai bune surse
Proteine	Cele mai bune cărămizi pentru construcția celulelor fătului. Vă furnizează rezervele necesare pentru travaliu și naștere	Ouă, carne slabă, pui, pește, brânză, lapte, mazăre uscată, fasole boabe
Carbohidrați	Furnizează energie pentru dumneavoastră și copil. Permit proteinelor să fie folosite la procesul de creșterea tisulară	Pâine integrală și îmbogățită, cereale, fructe, legume, orez, paste făinoase, cartofi
Grăsimi	Furnizează energie de lungă durată pentru creștere. Esențiale pentru dezvoltarea cerebrală a copilului dumneavoastră.	Carne slabă, pește, pui, ouă, nuci, semințe, unt de arahide, uleiuri, margarină, unt
Lichide	Ajută la creșterea volumului lichidian. Previn constipația și uscarea pielii. Necesare pentru formarea lichidului amniotic	Apă de robinet și îmbuteliată, supă
Vitamina A	Ajută la menținerea sănătății pielii, vederii și creșterii osoase	Cartofii dulci, morcovi, legumele cu frunze verde închis, dovleac, piersici
Vitamina C	Ajută la dezvoltarea sănătoasă a gingiilor, dinților și oaselor. Vă ține țesuturile în bună formă și îmbunătățește absorbția fierului	Citrice, broccoli, roșii, ardei, fructe de pădure, pepeni galbeni, coaja cartofilor
Folatul	Ajută la formarea hemoglobinei și a hematiilor. În stadiile timpurii ale sarcinii poate preveni anomaliile în dezvoltarea timpurie a fătului (defecte de tub neural)	Legume cu frunze verde închis, mazăre și fasole boabe uscate, pâine integrală și cereale, citrice, banane, dovleac, roșii
Calciu	Ajută la întărirea dinților și oaselor	Lapte, brânză, iaurt, sardine și somon conservate cu oase, broccoli, fasole boabe uscate.
Fier	Este o componentă a hemoglobinei folosită în transportul oxigenului către copilul dumneavoastră	Carne roșie slabă, spanac, brânză de soia, fructe uscate, pâine integrală și îmbogățită, cereale

Sarea

În trecut, gravidele erau încurajate să-şi limiteze consumul de sare. Noile cercetări arată că este mai bine să nu procedaţi aşa. În timpul ultimelor câteva săptămâni de sarcină, aproape toate femeile prezintă edeme ale încheieturilor, picioarelor, degetelor sau feţei. Reducerea considerabilă a aportului de sare pentru a scădea edemul determină organismul să încerce să conserve sare şi apă ce are ca efect tocmai o agravare a edemelor.

Dacă aveţi hipertensiune arterială sau dezvoltaţi complicaţii târziu în sarcină, medicul poate să vă sugereze să vă feriţi de sare şi de mâncărurile sărate.

Îndulcitorii artificiali

În rafturile magazinelor există mai mult de 1500 de alimente ce conţin îndulcitori, printre care: gumă de mestecat, băuturi răcoritoare, budinci, iaurturi şi dulciuri. Deşi nu există dovezi concludente care să susţină folosirea sau interzicerea îndulcitorilor, ar fi bine totuşi ca gravidele să-şi limiteze aportul îndulcitorilor. Se recomandă moderaţie în tot ceea ce faceţi.

Cofeina

Cofeina este un drog care face parte din alimentaţia oamenilor de mii de ani. Se găseşte în mod natural în cafea, ceai, ciocolată şi cacao. Cofeina este deseori adăugată în băuturile răcoritoare şi în medicamentele luate în exces, incluzând multe medicamente pentru durerile de cap şi răceală, precum şi cele antialergice.

Conform numeroaselor studii efectuate, consumul moderat de cofeină - 200 mg zilnic - nu are efecte negative în timpul sarcinii. Cu toate acestea, cantităţi mari de cofeină -500 mg pe zi sau mai mult, pot creşte perioada de timp în care fătul este într-o stare activă, de trezire şi pot determina o greutate şi o circumferinţă craniană mai mică la naştere.

Cea mai comună sursă de cofeină este cafeaua. Nu este recomandat să beţi mai mult de 3 ceşti de cafea pe zi. Dar să nu credeţi că este mai bine să treceţi la consumul de ceai de plante, deoarece nu se cunosc prea multe despre ceaiurile de plante şi efectele lor în sarcină. Este mai bine să evitaţi consumul de ceai de plante în timpul sarcinii.

Sarcina şi exerciţiul fizic

Astăzi, un număr tot mai mare de femei, ce se îngrijesc de sănătatea lor, fac exerciţii fizice pe parcursul sarcinii. Aceasta nu înseamnă că sarcina este perioada în care trebuie să începeţi un program intens de fitness, mai ales dacă înainte nu eraţi prea active.

Gustări sănătoase

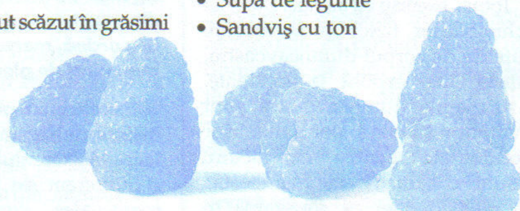
Iată câteva exemple.

De ronţăit
- Legume crude
- Biscuiţi din făină integrală

Dulciuri
- Fructe proaspete
- Fructe uscate
- Iaurt dietetic
- Brioşă cu conţinut scăzut în grăsimi

Băuturi răcoritoare
- Apă cu gheaţă sau apă minerală carbogazoasă
- Sucuri de fructe în combinaţie cu apă minerală carbogazoasă
- Suc de fructe amestecat cu lapte degresat
- Suc de legume

Gustări consistente
- O brioşă cu fructe sau pâine
- Cereale cu iaurt dietetic
- Supă de legume
- Sandviş cu ton



Conţinutul de cofeină

	Miligrame de cofeină	
	Medie	**Intervalul**
Cafea, 140 ml		
fiartă, filtru	115	60-180
fiartă, espresso	80	40-170
instant	65	30-120
Ceai, 140 ml fierbinte sau 340 ml cu gheaţă		
fiert, importat	60	25-110
fiert, mărci americane	40	20-90
instant	30	25-50
cu gheaţă	70	67-76
Băuturi nealcoolice, 340 ml	36	30-50
Cacao, 140 ml	4	2-20
Lapte cu cacao, 224 ml	5	2-7
Ciocolată demidulce, 30 ml	20	5-35
Cicolată cu lapte, 30 ml	6	1-15
Sirop de ciocolată, 30 ml	4	4-5

Cu toate acestea, dacă înainte de sarcină obişnuiaţi să faceţi regulat exerciţii fizice, puteţi continua să o faceţi, dacă medicul nu vă interzice. Medicii chiar recomandă pacientelor care înainte de sarcină erau sedentare să înceapă o formă uşoară de exerciţii fizice în cursul sarcinii.

Beneficiile pe termen lung ale exerciţiilor fizice regulate, pentru bărbaţi şi femei, este binecunoscut. Dar care este impactul exerciţiilor fizice asupră fătului? Studiile arată că exerciţiile fizice nu au nici un impact asupra fătului. Cu toate acestea, exerciţiul fizic poate creşte rezistenţa fizică a mamei.

Rezultatul acestei rezistenţe crescute poate fi o expulzie spontană reuşită, probabil datorată creşterii antrenamentului cardiovascular şi a rezistenţei la efort. Rezistenţa la efort este necesară în special când mama îşi împinge copilul afară în timpul expulziei. Femeile care au făcut un antrenament regulat pot împinge pe perioade mai lungi de timp fără să obosească.

Totuşi, exersaţi cu atenţie. Datorită schimbărilor fizice şi hormonale suferite de corpul dumneavoastră, sunteţi mai expusă la accidente. Articulaţiile dumneavoastră sunt mai puţin stabile şi pot fi mai uşor accidentate pentru că, acum, ţesutul conjunctiv este mai elastic. În plus, o dată cu câştigarea în greutate, centrul dumneavoastră de greutate se modifică şi vă veţi pierde mai uşor echilibrul. Fiţi atentă la corpul dumneavoastră în continuă schimbare.

Există multe exerciţii şi sporturi adecvate gravidelor. Unul dintre cele mai bune exerciţii fizice din timpul sarcinii este înotul. El asigură un bun antrenament cardiovascular cu un risc minim de accidentare, datorită protecţiei oferite de apă. De asemenea, este indicat şi aerobicul cu impact scăzut. În multe comunităţi există ore de astfel de aerobic destinate viitoarelor mame. Jogging-ul şi ciclismul sunt şi ele bune dacă au fost practicate şi înainte de sarcină. Dacă vă simţiţi mai obosită ca de obicei, va trebui să vă încetiniţi puţin ritmul şi intensitatea activităţii dumneavoastre fizice. În timpul sarcinii, se recomandă deseori mersul pe jos, şi este de regulă primul sport indicat pentru viitoarele mame ce au fost inactive înainte de sarcină şi vor acum să înceapă exerciţiul fizic.



Mersul în ritm vioi este unul dintre cele mai sigure şi uşoare forme de exerciţii fizice practicate în timpul sarcinii. Dacă nu eraţi prea activă din punct de vedere fizic înainte de sarcină, mersul pe jos este un bun punct de plecare.

Indiferent de tipul de antrenament ales, consultaţi medicul înainte să începeţi să-l practicaţi. Deşi pentru majoritatea femeilor nu este periculos să facă exerciţii fizice în timpul sarcinii, totuşi unele gravide suferă de anumite afecţiuni medicale în care efortul nu este recomandat. În timpul exerciţiilor fizice este recomandabil să beţi multe lichide pentru a preveni deshidratarea.

Îngrijorări frecvente

Multe femei parcurg sănătoase şi cu bucurie perioada de sarcină şi naşterea. Totuşi, puţine sunt acelea care scapă fără cel mai mic disconfort. Şi pe parcursul sarcinii ele au numeroase îngrijorări. Mulţi medici ce asistă naşterile sunt obişnuiţi ca gravidele să le pună multe întrebări. Notaţi-vă toate întrebările pe măsură ce ele apar şi puneţi-le când mergeţi la controalele periodice.

Greţurile de dimineaţă

Starea de greaţă, ameţeală sau vomă este prezentă în primele 12 săptămâni de sarcină la aproape 50% din femeile însărcinate. Deşi starea se accentuează în general dimineaţa, ea poate apărea în orice moment al zilei. Nu se cunoaşte de ce anumite femei au asemenea simptome de greaţă şi vomă. Pot fi responsabile de acest lucru schimbările hormonale. Deşi greţurile matinale sunt cu siguranţă neplăcute, sunt rareori periculoase.

Deşi nimic nu este 100% eficient, există câteva modalităţi de a ameliora aceste simptome. Multe femei susţin că starea este mai greu de suportat dacă stomacul este gol. În momentul în care aveţi deja senzaţia de foame, poate fi prea târziu, puteţi să simţiţi deja cum începe să vi se facă greaţă. Ar fi bine să vă obişnuiţi să luaţi mai multe gustări în timpul zilei. Puteţi să ţineţi nişte biscuiţi pe noptieră şi să mâncaţi câţiva înainte să vă daţi jos din pat. Păstraţi porţii de alimente nutritive, pe care le suportaţi, în locuri strategice - în maşină, în sertarul biroului sau în geantă.

Puteţi constată că numai mirosul unei mâncări vă face greaţă. Dacă este aşa, evitaţi acel aliment. Păstraţi o dietă uşoară evitând condimentele, alimentele săţioase şi grase. Pe de altă parte, mâncaţi ce simţiţi că face bine stomacului dumneavoastră dificil. Dacă apa plată vă face rău, încercaţi să beţi gheaţă zdrobită, suc de fructe sau băuturi ce taie senzaţia de greaţă.

Există şi câteva medicamente eficiente în combaterea greţurilor matinale. În general, este bine să evitaţi medicamentele. Fac excepţie doar anumite cazuri severe. În majoritatea cazurilor, greţurile matinale dispar după primele 12 săptămâni de sarcină. La unele femei pot însă persista mai mult timp.

Constipaţia

Constipaţia constă în deplăsări dificile şi uneori dureroase ale conţinutului intestinal, în diminuarea tranzitului intestinal şi dificultatea de eliminare a scaunului. Constipaţia este o problemă frecventă în timpul sarcinii. Dacă sunteţi în mod obişnuit constipată, veţi constata că acest lucru se agravează în timpul sarcinii.

Pentru a ameliora problema, puteţi bea multe lichide, puteţi face exerciţii zilnic şi puteţi să vă asiguraţi că mâncaţi zilnic mai multe porţii de fructe (prunele sunt în mod special eficiente), legume şi cereale de tipul celor integrale sau tărâţelor. Pot fi utile şi anumite produse ce-şi măresc volumul şi conţin psyllium. Nu luaţi laxative înainte să vă consultaţi medicul.

Senzaţia de arsură epigastrică

Acestea nu au nici o legătură cu inima. Mai degrabă aceste senzaţii de arsură în regiunea centrală a abdomenului superior (epigastrică) şi gustul rău din gură care le acompaniază uneori, sunt rezultatul refluxului acid din stomac în regiunea inferioară a esofagului. Acest lucru se întâmplă atunci când muşchiul neted ce închide stomacul dinspre esofag (sfincterul esofagian) se relaxează permiţând sucului gastric să reflueze şi să irite esofagul.

Aproximativ 1/2 dintre gravide prezintă arsuri epigastrice. Acestea se pot accentua pe măsură ce sarcina avansează datorită deplasării stomacului de către uterul în dezvoltare, ducând la încetinirea golirii gastrice.

Dacă aveţi arsuri epigastrice, încercaţi să luaţi mese mai mici la intervale mai dese sau cel puţin mâncaţi mai încet şi evitaţi mâncarea grasă. Atât cafeaua normală cât şi cea decofeinizată pot accentua arsurile. Deoarece aceste arsuri sunt deseori mai puternice în poziţia culcat, încercaţi să dormiţi cu capul ridicat la 10-15 cm faţă de nivelul patului. În plus, evitaţi să mai mâncaţi cu 2-3 ore înainte de culcare. Dacă nu vă ajută aceste metode, vorbiţi cu medicul, care ar putea să vă prescrie un antiacid.

Durerea de spate

Durerea în regiunea inferioară a spatelui este un lucru obişnuit în timpul sarcinii. Deseori, aceasta apare când sunteţi obosită, vă aplecaţi, ridicaţi ceva sau mergeţi mult pe jos.

În timpul sarcinii ligamentele sunt mai elastice, ajutând oasele bazinului să se desfacă în momentul expulziei fătului. Deşi este un fenomen necesar, el predispune la întinderea şi lezarea articulaţiilor. În timpul sarcinii centrul de greutate se modifică şi la fel se întâmplă şi cu postura dumneavoastră, provocând un surmenaj suplimentar al spatelui dumneavoastră deja vulnerabil.

De obicei, durerea este în regiunea inferioară a spatelui. Unele gravide se plâng de dureri ce pleacă din regiunea inferioară a spatelui şi iradiază în jos pe unul sau ambele picioare (sciatică).

Multe femei acuză, de asemenea, dureri pe părţile laterale ale abdomenului provocate de întinderea ligamentelor abdominale de către uterul în expansiune. Imaginaţi-vă că uterul dumneavoastră este ancorat de ligamente ce trag în jos părţile laterale ale abdomenului. Pe măsură ce uterul creşte în dimensiuni, ligamentele se întind pentru a nu ţine uterul în tensiune. Durerea, numită durerea de ligamente rotunde, este de obicei mai accentuată în al doilea trimestru de sarcină. Ea poate fi ameliorată dacă staţi culcate pe partea stângă.

Încercaţi să nu luaţi mai mult în greutate decât este recomandat deoarece greutatea în exces vă afectează spatele. Durerea de spate poate fi ameliorată, de obicei, eliminânâd cât mai mult posibil solicitarea acestuia. Uneori, poate fi de folos o centură abdominală recomandată gravidelor. Medicul dumneavoastră vă poate recomanda exerciţii fizice pentru ameliorarea durerii. Dacă durerea este severă, medicul va face investigaţii suplimentare pentru a depista o eventuală cauză.

Varicele

Acestea se agravează, de obicei, la sfârşitul sarcinii şi sunt mai pronunţate la gravidele mai în vârstă sau la cele ce stau perioade lungi de timp în picioare. Un rol important îl joacă şi moştenirea genetică. Cam 20% din gravide au varice. Ele tind să apară devreme şi se agravează cu fiecare sarcină.

Când sunteţi însărcinată, venele dumneavoastră trebuie să se adapteze unui volum crescut de sânge, pentru a asigura necesităţile fătului. Uterul se măreşte, iar întoarcerea venoasă de la nivelul membrelor inferioare scade. Această combinaţie poate provoca umflarea venelor de la nivelul membrelor inferioare, determinând diconfort.

Dacă aveţi varice, încercaţi să staţi mai puţin în picioare şi, când este posibil, staţi cu ele mai ridicate. Nu purtaţi îmbrăcăminte prea strânsă pe gambe sau talie. Ciorapii medicinali pot ameliora durerea şi edemele. Mulţi medici recomandă să purtaţi ciorapii de dimineaţa, de cum vă treziţi până târziu înainte de culcare.

Chirurgia vasculară nu este recomandată în timpul sarcinii şi, rareori, problema este aşa de severă ca să necesite o asemenea intervenţie.

Hemoroizii

Hemoroizii apar când venele canalului anal se măresc datorită presiunii. Când vă forţaţi în timpul defecării, venele pot protruziona prin anus producând durere şi mâncărime. De obicei, hemoroizii se agravează în timpul sarcinii şi apar deseori în asociere cu constipaţia.

Cel mai bun tratament este cel preventiv. Evitaţi să deveniţi atât de constipată încât să fie nevoie să faceţi efort la defecare. Pentru prevenirea constipaţiei, puteţi consuma alimente bogate în fibre, beţi mai multă apă şi faceţi exerciţii fizice zilnic.

Dacă aveţi durere la defecat şi palpaţi o masă umflată în vecinătatea rectului, este foarte probabil să aveţi un hemoroid. Pentru a diminua disconfortul,

faceţi des băi cu apă caldă. De asemenea, puteţi să vă puneţi comprese umede, reci, îmbibate cu cremă antihemoroidală în zona respectivă. De asemenea, multe femei folosesc doze suplimentare de supozitoare care reduc hemoroizii şi lubrifiază zona anală.

Tulburări de somn

Tulburările de somn apar deseori în cursul ultimelor luni ale sarcinii. La apariţia lor contribuie atât nevoile frecvente de urinare cât şi mişcările fătului. Unele femei, însă, au pur şi simplu atâtea pe cap că nu mai pot dormi.

Ce aţi putea face dacă vă găsiţi în situaţia de a privi la tavan jumătate de noapte? Ar trebui să evitaţi cafeaua, ceaiul sau băuturile gen coca-cola sau pepsi deoarece acestea conţin cofeină, care vă poate ţine treze. În plus, evitaţi să consumaţi cantităţi mari de alimente chiar înainte de culcare. Unii medici recomandă mai mult exerciţiu fizic pentru a obosi şi a adormi mai uşor. În acest caz, asiguraţi-vă că terminaţi exerciţiile cu câteva ore înainte de culcare.

Unor gravide le poate fi de ajutor o baie caldă. Dacă aceste sfaturi nu vă ajută, ridicaţi-vă, citiţi o carte sau faceţi vreo treabă casnică. Reîncercaţi mai târziu să vă culcaţi.

Dacă lipsa somnului devine mai severă, consultaţi medicul. Nu luaţi nici o medicaţie până nu v-o recomandă acesta.

Edemele

Edemul este un lucru obişnuit în cursul sarcinii. Aproximativ 1/4 din câştigul dumneavoastră în greutate din sarcină este reprezentat de lichide, ce au tendinţa să se acumuleze în diferite părţi ale corpului, inclusiv în gambe, picioare şi mâini. Puteţi observa că vi s-au umflat picioarele şi încheieturile după perioade lungi de timp pe care le-aţi petrecut în picioare.

Starea se agavează, de obicei, la sfârşitul zilei şi în timpul anotimpului călduros. La majoritatea femeilor, după o noapte de odihnă, gambele şi picioarele revin la dimensiunile obişnuite.

De asemenea, degetele sunt frecvent afectate de edeme. Puteţi să vă sculaţi dimineaţa cu degetele aşa de înţepenite că nu veţi putea nici măcar să vă încheiaţi la nasturi. Degetele dumneavoastră pot fi, de asemenea, moi.

Alte femei pot avea faţa umflată. Dacă faţa se umflă extrem de mult, în special în jurul ochilor, puteţi avea preeclampsie (vezi pag. 274), o urgenţă medicală. Sunaţi imediat medicul.

O metodă de a vă reduce edemele de la nivelul picioarelor este de a sta culcate, în timpul după-amiezii, cu picioarele ridicate timp de aproximativ o oră. Înotul şi păşitul prin apă pot, de asemenea, să vă reducă temporar edemele de la nivelul picioarelor. Chiar şi statul într-o piscină poate fi de ajutor.

Călătoriile

Nu există nici un motiv pentru care nu puteţi merge în călătorii în timpul sarcinii, cu excepţia situaţiei când medicul dumneavoastră vă interzice acest lucru.

Totuşi, înainte de a hotărî să plecaţi într-o excursie cu rulota prin ţară sau într-o croazieră de 2 săptămâni, gândiţi-vă la cum o să vă simţiţi. Multe femei au, mai ales în primele 3 luni de sarcină, frecvente accese de vărsături sau de greţuri matinale. A călători în această perioadă poate agrava stările de greaţă.



Plasaţi partea de jos a centurii de siguranţă sub abdomen şi peste şolduri. Poziţionaţi banda de umăr între sâni şi pe partea laterală a abdomenului.

Un alt potenţial risc al călătoriilor din timpul sarcinii este formarea cheagurilor de sânge la nivelul membrelor inferioare (tromboflebită), ce poate apărea datorită poziţiei şezânde pe perioade lungi de timp. În timpul călătoriei, ridicaţi-vă şi plimbaţi-vă pentru câteva minute la fiecare câteva ore, pentru a activa musculatura picioarelor şi a creşte astfel fluxul sangvin.

Un alt aspect important în planificarea călătoriilor este apropierea de data probabilă a naşterii. Mulţi medicii nu recomandă călătoriile în ultimile câteva săptămâni înainte de naştere, în special dacă aţi avut anumite probleme în timpul sarcinii. Multe companii aeriene nu vă vor permite să zburaţi dacă sunteţi în preajma naşterii. În cazul călătoriei cu maşina, nu uitaţi să purtaţi întotdeauna centura de siguranţă. Fixaţi o parte a centurii sub abdomen şi plasaţi partea de pe umăr între sâni şi pe partea laterală a abdomenului. Vă va ajuta poate să plasaţi o pernă în regiunea lombară pentru a preveni durerea de spate. Opriţi-vă la fiecare câteva ore pentru a ieşi şi plimba puţin.

Probleme medicale în timpul sarcinii

Majoritatea femeilor străbat perioada sarcinii fără probleme majore de sănătate. Pentru un mic procent de femei, totuşi, această experienţă de 9 luni nu trece fără probleme. În această secţiune sunt analizate cele mai frecvente probleme medicale ce pot complica sarcina.

Anemia

Anemia apare atunci când o proteină din sânge ce transportă oxigenul prin organism (hemoglobina) scade sub nivelele obişnuite. O uşoară scădere a hemoglobinei este normală în timpul sarcinii. În mod obişnuit, anemia din cursul sarcinii se datorează unei deficienţe de fier sau unui aport inadecvat de folat.

Dacă anemia dumneavoastră este uşoară, puteţi să nu aveţi nici un semn sau simptom de boală şi să fie descoperită la o analiză întâmplătoare de sânge. În cazul unei anemii mai severe, semnele şi simptomele includ: oboseală, dificultăţi de respiraţie, stare de leşin, palpitaţii şi paloare. Anemia poate fi riscantă atât pentru mamă cât şi pentru copil. O femeie însărcinată ce are anemie poate tolera mult mai greu o eventuală pierdere de sânge comparativ cu una cu o concentraţie normală de hemoglobină.

Medicul dumneavoastră vă va prescrie, cu siguranţă, fier şi acid folic pentru a preveni apariţia unei anemii. Puteţi preveni apariţia anemiei şi mâncând alimente bogate în fier, de exemplu ficat, fructe uscate, cereale integrale şi carne de vacă. Legumele cu frunze verde închis sunt o bună sursă de acid folic. Dacă dezvoltaţi o anemie, medicul vă va prescrie tratamentul adecvat.

Diabetul zaharat

A avea diabet nu vă împiedică să rămâneţi însărcinată. De fapt, în această situaţie aveţi o şansă nemaipomenită de a avea un copil sănătos. Cu toate acestea, înainte de concepţie şi în timpul sarcinii, este extrem de important să vă menţineţi sub control glicemia printr-o monitorizare atentă. Un nivel satisfăcător al glicemiei la sfârşitul sarcinii va scădea şansele ca bebeluşul dumneavoastră să se nască cu vreo anomalie.

Dacă nu vă menţineţi glicemia sub control, glucoza în exces va traversa bariera placentară şi va determina creşterea glicemiei copilului dumneavoastră. Acest lucru va duce la stimularea pancreasului fetal să producă insulină, care acţionează ca un hormon de creştere. Copiii născuţi din mame a căror glicemie nu a fost ţinută sub control în timpul sarcinii sunt adesea extrem de mari, o caracteristică ce complică travaliul şi naşterea. De asemenea, ei tind să aibă mai multe defecte congenitale şi sunt predispuşi la diabet.

Riscurile pe care le are o femeie însărcinată bolnavă de diabet sunt următoarele: infecţii, sângerare postpartum, probleme cardiace şi pulmonare. Ele prezintă un risc de 4 ori mai mare de a face preeclampsie faţă de mamele fără diabet.

O femeie cu diabet ar trebui să fie urmărită de un obstetrician specializat în sarcinile cu risc crescut.

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Mergeţi la toate controalele prenatale planificate. Uneori, pare că nu prea se întâmplă mare lucru în cursul acestor întrevederi dar, ascultarea bătăilor cordului fetal, măsurarea greutăţii dumneavoastră şi controlul tensiunii arteriale sunt vitale pentru depistarea anumitor probleme înainte ca ele să devenă serioase.

Diabet gestaţional

Uneori, femeile ce nu au diabet dezvoltă, în timpul sarcinii, un aşa numit diabet gestaţional. Şi acest tip de diabet necesită monitorizarea atentă a glicemiei. Primul pas al tratamentului este schimbarea dietei dumneavoastră.

Medicul vă poate prescrie un medicament numit Glyburide (DiaBeta, Micronase). Acesta poate preveni nevoia de tratament cu insulină. Acest tip de diabet se remite, de obicei, o dată cu naşterea, dar vă creşte riscul de a dezvolta diabet mai târziu în viaţă.

Medicul vă poate recomanda un test de depistare a diabetului gestaţional în săptămânile 24-28 de gestaţie.

Astmul bronşic

Astmul bronşic este o afecţiune respiratorie cronică ce afectează 3% din adulţi.

Evoluţia astmului în cursul sarcinii este greu de prevăzut. La unele femei, afecţiunea se înrăutăţeşte în timpul sarcinii, la altele se îmbunătăţeşte sau rămâne neschimbată.

Dacă suferiţi de astm, veţi fi probabil mai predispusă la infecţii respiratorii în timpul sarcinii. Stresul emoţional din timpul sarcinii ar putea agrava crizele dumneavoastră de astm. Cu toate acestea, o femeie astmatică poate duce o sarcină la bun sfârşit. Multe femei cu astm au nevoie de tratament medicamentos. Majoritatea medicaţiei antiastmatice se poate folosi în siguranţă în timpul sarcinii.

Hipertensiunea arterială

Hipertensiunea arterială este o problemă potenţial periculoasă în timpul sarcinii. Gravidele cu hipertensiune arterială tind să aibă o placentă mică şi feţii să fie mici la naştere. De asemenea, incidenţa morţii fetale este mai mare la gravidele cu hipertensiune arterială decât la cele fără.

Unele gravide au hipertensiune arterială preexistentă, ceea ce înseamnă că au avut-o înainte de a rămâne însărcinate. La altele, însă, sarcina determină o creştere a nivelului tensiunii arteriale. Puteţi avea hipertensiune arterială fără să aveţi vreun simptom. Hipertensiunea este decelată uşor, în timpul unui control de rutină a tensiunii arteriale, care are loc la toate controalele prenatale. Uneori se indică repaus la pat. Dacă însă tensiunea arterială este foarte ridicată medicul poate prescrie tratament medicamentos.

Unele femei, ce au o formă uşoară de hipertensiune arterială preexistentă, nu au probleme majore în timpul sarcinii. La altele, însă, tensiunea arterială continuă să crească şi se detectează proteine în urină, ce constituie un semn de preeclampsie, o complicaţie medicală gravă (vezi pag. 274). Preeclampsia debutează, de obicei, după săptămâna 20 de sarcină. Dacă preeclampsia nu este monitorizată şi tratată, pot urma convulsii (eclampsia).

Dacă aveţi tensiune arterială ridicată, medicul vă poate cere efectuarea analizelor de sânge şi urină, pentru a vedea dacă rinichii dumneavoastră funcţionează normal sau nu. Poate, de asemenea, repeta ecografia fetală pentru a vedea dacă fătul se dezvoltă normal.

Afecţiuni cardiace

Aproximativ 1% dintre gravide au o afecţiune cardiacă preexistentă sarcinii. Deşi aceste afecţiuni sunt potenţial severe, mult femei cu boli de inimă duc la bun sfârşit sarcina şi au copii sănătoşi.

Sarcină determină o creştere a efortului depus de inimă şi de celelalte organe. Astfel, dacă aveţi deja o boală cardiacă, aceast efort suplimentar poate determina complicaţii. Discutaţi cu medicul dumneavoastră riscurile unei asemenea sarcini, înainte de a rămâne însărcinată.

Sângerarea vaginală în cursul sarcinii

Sângerarea vaginală din timpul sarcinii este deseori un semn că ceva nu merge bine. În primele 20 de săptămâni de sarcină, sângerarea poate fi asociată cu avortul, sarcina ectopică sau alte situaţii.

Sângerarea din timpul unui avort poate fi slabă sau abundentă, poate apărea brusc sau poate fi precedată de o secreţie maronie.

Aproximativ 20% dintre gravide au o uşoară sângerare în fazele timpurii ale sarcinii, fără ca aceasta să ducă la un avort. Aşa că nu vă gândiţi neapărat la ce este mai rău dar mergeţi la un control.

După săptămâna a 20-a de sarcină, sângerarea este mult mai puţin frecventă ca la începutul sarcinii, putând afecta mai puţin de 2% dintre gravide. Cauzele acestei sângerări tardive pot fi: placenta praevia (când placenta acoperă deschiderea colului uterin), debutul prematur al travaliului, avortul şi dezlipirea placentei de pe peretele uterin.

De obicei, sângerarea (hemoragia) este uşoară. Totuşi, o hemoragie severă poate pune în pericol viaţa dumneavoastră şi a copilului. Dacă începeţi să sângeraţi după săptămâna a 12-a de sarcină, mergeţi imediat la medic. Va trebui probabil să vă internaţi şi să faceţi nişte analize pentru a determina cauza sângerării. Dacă sângerarea este severă, pot fi necesare transfuzii de sânge. Uneori, se provoacă travaliul sau se efectuează o cezariană.

Creşterea excesivă în greutate, anemia şi retenţia anormală de lichide pot fi deosebit de periculoase pentru o femeie cu o afecţiune cardiacă. Trebuie luate toate măsurile pentru a evita asemenea probleme. În anumite cazuri, poate fi recomandat repausul la pat pentru restul sarcinii.

Tulburările convulsive

Dacă urmaţi tratament medicamentos pentru o tulburare convulsivă, de exemplu epilepsie, veţi avea nevoie de o îngrijire specială în timpul sarcinii. Greţurile şi vărsăturile severe din prima parte a sarcinii pot să vă împiedice să vă luaţi medicamentele anticonvulsivante. Creşterea volumului de sânge poate să modifice concentraţia medicamentelor din sângele dumneavoastră. Toate aceste modificări pot creşte riscul de crize convulsive.

Medicaţia folosită pentru controlul crizelor poate determina anomalii fetale, pentru că unele anticonvulsivante scad concentraţia de folat din sângele dumneavoastră. Unele medicamente au un risc mai mare decât altele de a determina probleme. Dacă suferiţi de o tulburare convulsivă şi doriţi să aveţi un copil, discutaţi cu medicul dumneavoastră despre boală şi medicaţia pe care o luaţi.

Afecţiuni ale pielii

În timpul sarcinii apar adesea modificări de pigmentare a pielii. Puteţi observa pete maronii pe faţă sau pe alte zone ale corpului. Această decolorare a feţei poartă numele de masca gravidelor sau chloasma. Modificările pigmentare pălesc după naştere.

Alte modificări ce afectează gravidele sunt erupţiile (urticarie) şi colestaza. Erupţia constă în papule roşii de diferite dimensiuni, deseori pruriginoase ce apar şi dispar pe piele. Ele pot fi cauzate de medicamente, reacţii alergice, substanţele chimice alimentare sau, cel mai adesea, de cauză necunoscută.

Colestaza apare când curgerea bilei dinspre vezică spre intestin este diminuată sau redusă. Pigmenţii biliari (bilirubina) se depune la nivelul pielii cauzând mâncărime. Această mâncărime, fără existenţa unei erupţii, apare în general pe toată suprafaţa corpului. La gravide, colestaza este în general determinată de modificările hormonale.

Evitaţi scărpinatul, care poate duce la suprainfectare. Spălaţi-vă cu un săpun blând. Dacă simptomele dumneavoastră sunt severe, vorbiţi cu medicul, care va putea să vă facă recomandări pentru ameliorarea simptomatologiei.

Bolile infecţioase

Anumite boli ce par inofensive, în funcţie de perioada de dezvoltare fetală în care apar, pot afecta iremediabil fătul.

Rubeola

Rueola (pojărelul) este în general o afecţiune virală blândă, ce constă într-o uşoară erupţie, pruriginoasă şi febră. Totuşi, dacă este contractată în primele 10 săptămâni de sarcină, virusul poate traversa bariera feto-placentară şi infecta fătul. Mai mult de 1/2 din copiii născuţi din mame ce au avut rubeolă în prima parte a sarcinii au malformaţii congenitale precum cataractă, surditate, hernii, defecte cardiace şi malformaţii ale sistemului nervos central.

Dacă este contractată în perioadele târzii ale sarcinii, rubeola nu determină malformaţii congenitale, dar copilul are infecţia virală la naştere, ceea ce poate duce la o afectare serioasă. Mulţi dintre aceşti copii dezvoltă mai târziu diabet.

Cea mai bună apărare a dumneavoastră împotriva rubeolei este imunizarea. Multe femei din SUA au fost vaccinate împotriva rubeolei, dar dacă dumneavoastră nu aţi făcut acest vaccin şi nici boala, ar trebui să vă vaccinaţi înainte de a rămâne însărcinate.

Varicela

Dacă nu aţi avut varicelă, ar fi bine să vă faceţi vaccinul antivaricelos înainte de a rămâne însărcinate. Varicela (vărsatul de vânt) poate fi o boală severă în cazul gravidelor şi poate fi periculoasă pentru făt.

Fătul poate dezvolta intrauterin vezicule. Dacă acest lucru are loc la începutul sarcinii, aceste vezicule pot determina malformații ale membrelor.

Însă, cel mai mare risc pentru copil este de a fi expus virusului la naștere. Dacă fătul se naște înainte să fi primit anticorpi de la dumneavoastră, el va putea face boala. Tratamentul instituit de urgență poate preveni grave complicații și chiar moartea nou-născutului.

Dacă sunteți expusă virusului varicelos în timpul sarcinii și nu ați avut boala, medicul vă poate recomanda o injecție cu imunoglobulină antizosteriană.

Boala a cincea (eritemul infecțios)

Această infecție este foarte răspândită printre copiii de vârstă școlară. Medicii o numesc infecția cu parvovirus sau eritemul infecțios. Cea mai vizibilă modificare dată de această infecție este o erupție de culoare roșu aprins în special pe obraji dând aspectul de obraji pălmuiți. O erupție fină roșie poate apărea și pe picioare, trunchi și gât.

Gravidele sunt vulnerabile la această infecție. La 1/3 dintre gravidele bolnave există semne de infecție și la feți. În majoritatea cazurilor, nașterea decurge normal și copilul este sănătos. Cu toate acestea, în anumite cazuri, boala mamei poate determina o anemie severă, chiar fatală la făt. Anemia fătului poate duce la insuficiență cardiacă congestivă.

Uneori se încearcă corectarea anemiei și a insuficienței cardiace prin transfuzie sangvină fetală sau prin administrarea de medicamente mamei. Medicația străbate placenta și ajunge în circulația fetală.

Dacă sunteți însărcinată și credeți că ați fost expusă la această infecție, consultați-vă medicul.

Toxoplasmoza

Toxoplasmoza este o boală ce apare în urma contactului cu un parazit numit *Toxoplasma gondii*. Infestarea cu acest parazit se poate produce prin consumul de carne insuficient preparată termic sau prin contactul cu fecale de pisică, contaminate. Această boală poate trece de la o femeie însărcinată bolnavă la fătul ei. Dacă sunteți însărcinată, fiți atentă să nu veniți în contact cu fecale de pisică, contaminate. Purtați mănuși la grădinărit sau când aruncați gunoiul și spălați-vă bine pe mâini după aceea.

25-45 % dintre femeile aflate la vârstă fertilă sunt purtătoare ale acestui microorganism, deși ele pot să nu prezinte simptome. Se estimează că 1 din 800-1400 de feți contractează toxoplasmoză. Această boală este mult mai frecventă în Europa, în special în Franța.

Simptomele uzuale sunt oboseala și durerile musculare. Vă puteți simți ca și cum ați avea o răceală. Boala este greu de diagnosticat. Dacă aveți toxoplasmoză, medicul vă poate prescrie un tratament.

Mulți dintre nou-născuții cu toxoplasmoză nu au semne precoce de infestare cu toxoplasma, însă, mulți medici recomandă oricum tratamentul antibiotic. Mulți dintre nou-născuți nu sunt infestați în ciuda infestației materne. Dintre cei ce sunt, majoritatea au totuși simptome minore. Puțini pot însă dezvolta simptome neurologice și orbire parțială. Un mic procent dintre sugari mor datorită acestei boli.

Infecțiile cu streptococ grupa B

Streptococii din grupa B sunt microbi ce pot fi transmiși fătului la naștere. Aproximativ 20% din gravidele testate în ultimul trimestru de sarcină găzduiesc această bacterie în vagin, fără a prezenta vreun simptom. Dacă se identifică acest microb, ar trebui să faceți tratament antibiotic în timpul travaliului pentru a preveni transmiterea lui către copil, în momentul în care acesta trece prin vagin.

Deși mulți nou-născuți se nasc cu această bacterie, infecția se dezvoltă doar la 2-3‰. Un nou-născut cu infecție cu streptococ grupa B prezintă, de obicei, primele semne de infecție la 48 de ore de la naștere, acestea fiind probleme respiratorii și șoc septic. Ocazional, simptomele pot apărea după o săptămână de la naștere. La nou-născuții ce prezintă această infecție este necesar tratament antibiotic imediat.

Herpes genital

Herpesul genital este o boală cu transmitere sexuală ce constă în apariția de vezicule dureroase în zonele genitale. Și colul uterin și partea superioară a vaginului pot prezenta vezicule, dar care sunt asimptomatice. La nou-născut, herpesul poate determina afectări grave ale ochilor și ale sistemului nervos central sau, în rare cazuri, moarte.

Nu există un tratament pentru herpesul genital. După un episod acut pot trece luni sau ani până la următorul. Unele femei sunt purtătoare asimptomatice de virus herpetic. Dacă vi s-a confirmat herpesul sau suspectați că aveți virusul, vorbiți cu medicul.

Riscul pentru copil apare în cazul unei infecții active (primare) a mamei, în momentul expulziei. Dacă în apropierea datei probabile a nașterii, un test sau o examinare vă confirmă faptul că aveți o infecție activă cu virus herpetic, medicul vă poate recomanda o naștere prin cezariană. Medicul poate recomanda gravidelor infectate un tratament preventiv în timpul ultimelor 3 săptămâni de sarcină, în scopul prevenirii unei izbucniri virale în timpul expulziei.

Hepatita B

Hepatita B este o infecție hepatică produsă de virusul hepatitic tip B. Acest virus se poate transmite prin schimbul de fluide. Dacă aveți virusul hepatitic B, acesta poate fi transmis, prin placentă, fătului dumneavoastră. Riscul nașterii premature este crescut la gravidele cu hepatită B. În plus, nou-născutul se poate contamina cu virusul.

Testarea pentru depistarea hepatitei B se efectuează, în mod normal, în timpul controalelor prenatale. Dacă aveți hepatită B, copilului dumneavoastră poate să i se facă o injecție cu anticorpi antivirali, imediat după naștere.

Deoarece virusul hepatitic B se poate găsi şi în laptele matern, mamele cu hepatită B n-ar trebui să alăpteze.

Sfilisul

Sifilisul este o boală cu transmitere sexuală severă, ce poate trece de la o gravidă infectată la copilul ei. În cazul în care aveţi sifilis veţi putea vedea una sau mai multe leziuni (şancru de inoculare) pe organele dumneavoastră genitale. Uneori, aceste leziuni pot trece neobservate. Ele apar la 10-90 de zile după expunere. După aproximativ 6 săptămâni puteţi observa o erupţie.

Aşa cum este stipulat şi de lege, la prima consultaţie prenatală veţi face un test pentru depistarea sifilisului. Această boală se vindecă cu penicilină. Şi copilul dumneavoastră va fi testat la naştere. Când copilul are sifilis congenital, tratamentul se instituie de urgenţă.

Gonoreea

Gonoreea este o altă boală cu transmitere sexuală care poate fi tratată eficient cu antibiotice. Cu toate acestea, dacă aveţi o gonoree netratată, copilul dumneavoastră va fi expus în timpul naşterii.

Infecţia gonoreică poate afecta ochii bebeluşului dumneavoastră. Din această cauză, toţi nou-născuţii primesc tratament preventiv imediat după naştere. Acest tratament constă în ungerea pleoapelor nou-născutului cu un unguent cu antibiotic.

O secreţie purulentă la nivelul ochilor copilului poate fi un semn de gonoree. Dacă aveţi gonoree, nou-născutul dumneavoastră va fi tratat cu penicilină.

Infecţia cu *Chlamydia*

Infecţia cu *Chlamydia*, o altă boală cu transmitere sexuală, poate determina o infecţie a ochiului (conjunctivită) la nou-născut. Aceasta apare, de obicei, în timpul celei de-a doua săptămâni de viaţă. Dacă este tratată cu antibiotic, infecţia nu are efecte adverse pe termen lung. Unguentul folosit la tratarea infecţiei gonoreice previne, de obicie, şi această infecţie oculară.

Infecţia cu citomegalvirus

Citomegalvirusul (CMV) este cel mai frecvent virus ce afectează fătul. Anual, aproape 1% dintre nou-născuţi - circa 40 000 de copii - se nasc fiind infectaţi cu acest virus.

Din fericire, majoritatea acestor nou-născuţi nu prezintă probleme. Dar, 8 000 din aceşti nou-născuţi pot prezenta afectări datorate virusului. El poate provoca moartea sau numeroase malformaţii, de exemplu orbire, surditate, convulsii, anemie şi tulburări neurologice. Nu există, din păcate, un tratament eficient.

CMV-ul se transmite prin contactul cu sângele sau alte fluide infectate ale organismului, deseori într-o secţie de îngrijire a copiilor. Acolo este deci foarte importantă respectarea strictă a normelor de igienă. Infecţia cu CMV prezintă riscul pierderii auzului, la un copil sănătos în rest.

Infecţia cu Papillomavirusul uman

Papillomavirusul uman produce nevi cutanaţi şi la nivelul colului uterin. Aceşti nevi de la nivelul organelor genitale se numesc nevi venerici. Ei sunt foarte contagioşi, se transmit pe cale sexuală şi ocazional pot fi dureroşi. Aceşti nevi au tendinţa să se înmulţească rapid în timpul sarcinii.

Deseori, tratamentul efectuat în timpul sarcinii nu este eficient. Uneori aceşti nevi sunt atât de voluminoşi încât blochează trecerea fătului prin canalul cervical fiind nevoie de o cezariană.

SIDA

O gravidă se poate infecta cu virusul HIV ce determină SIDA prin contact sexual cu un partener infectat, prin injectarea de droguri folosind seringi contaminate, prin însămânţare artificială cu un embrion infectat cu HIV sau printr-o transfuzie de sânge. Datorită măsurilor îmbunătăţite de depistare, infectarea cu HIV prin transfuzii de sânge este acum rară.

Dacă aveţi HIV sau SIDA şi sunteţi însărcinată, puteţi transmite infecţia copilului dumneavoastră. Transmiterea de la mamă la făt are loc în 20-25% din cazuri, iar riscul de transmitere poate scădea sub 8% dacă mama primeşte tratament în timpul sarcinii.

Factorii de risc pentru sarcină

Majoritatea gravidelor nasc la termen sau aproape de acesta, copii sănătoşi şi normali. Există însă nişte factori ce tind să crească şansele complicaţiilor de genul avortului, naşterii de feţi morţi şi naşterii premature. Unii dintre aceşti factori, cum ar fi vârsta, nu prea puteţi să-i controlaţi. Pe alţii, însă, de exemplu fumatul sau consumul de alcool, ce constituie practici periculoase, ar trebui să-i evitaţi.

Vârsta

Acest factor merită atenţia dumneavoastră pentru că multe femei amână sarcina până după 30, chiar 40 de ani. Multe femei de peste 35 de ani au sarcini fără evenimente negative. Deoarece aceste femei şi-au planificat sarcina, ele sunt adesea foarte motivate şi sunt extrem de grijulii cu ele însele. Cu toate acestea, rămân riscuri, atât pentru mamă cât şi pentru copil.

Gravidele cu vârsta peste 35 de ani au un risc crescut să dezvolte diabet gestaţional şi hipertensiune arterială. Şi ratele de avort spontan şi moarte fetală intrauterină sunt uşor crescute. Acest lucru se datorează faptului că există un risc crescut ca mamele să transmită fătului anomalii cromozomiale. De asemenea, placenta praevia (când placenta acoperă deschiderea colului uterin) este şi ea mai frecventă la gravidele mai vârstnice. Travaliul tinde să fie puţin mai lung la primiparele mai în vârstă.

Şi adolescentele au un risc crescut de complicaţii în timpul sarcinii. În aceste cazuri, ricul de complicaţii ţine mai mult de lipsa de interes a adolescentelor în îngrijirea propriei sănătăţi decât de factorul vârstă. Frecvent, adolescentele însărcinate au o alimentaţie inadecvată, consumă droguri ilegale şi alcool, şi primesc puţină sau nici o îngrijire

prenatală, ceea ce poate duce la o frecvenţă mai mare a preeclampsiei sau eclampsiei, complicaţii potenţial fatale pentru mamă şi copil. În plus, ele prezintă rate mai mari de avorturi, tulburări de dezvoltare intrauterină, morţi intrauterine şi naşteri premature faţa de femeile cu câţiva ani mai în vârstă.

Alimentaţia

O alimentaţie inadecvată vă creşte riscul pentru naşterea de copii subponderali, aceştia fiind mai vulnerabili la infecţii, boli şi deces. Incapacitatea de a lua adecvat în greutate în timpul sarcinii poate influenţa negativ copilul dumneavoastră. Dacă starea proastă de nutriţie v-a caracterizat toată viaţa, efectele vor fi resimţite de copil în ciuda unei alimentări îmbunătăţite în timpul sarcinii.

Fumatul

Fumatul este un obicei greu de dezvăţat dar nu imposibil, după cum arată milioane de americani. Studiile arată că mamele ce consumă unul sau mai multe pachete de ţigări pe zi au copii vizibil mai mici ca nefumătoarele. Un nou-născut cu greutate mai mică este în general mai slab şi mai vulnerabil la boli ca unul de greutate medie. Mai mult, fumătoarele au un risc mai mare de avort spontan sau moarte fetală intrauterină.



Alcoolul

Consumul de alcool în timpul sarcinii este principala cauză de retard mental la copii, cauză ce poate fi prevenită. Necunoscându-se cantitatea de alcool ce poate fi consumată fără efecte negative asupra fătului, medicul recomandă să nu beţi deloc alcool în timpul sarcinii.

Când consumaţi alcool în exces, copilul dumneavoastră se poate naşte cu sindromul alcoolic fetal. Acesta constă în retard în dezvoltarea fizică pre- şi postnatală, anomalii faciale, defecte cardiace, probleme articulare şi ale membrelor, cât şi retard mental. Rezultatul studiilor, ce au folosit mai multe metode de lucru şi surse de informaţie, sugerează că prevalenţa sindromului alcoolic fetal în SUA variază între 3-22 de cazuri la 10 000 de naşteri.

Cu cât este mai mare cantitatea de alcool pe care o beţi, cu atât mai mare este riscul de a avea un copil cu sindrom alcoolic fetal sau cu probleme. Aproape 33% dintre sugarii ale căror mame consumă

Diminuarea creşterii intrauterine

Un nou-născut care la naştere era foarte mic pentru vârsta gestaţională - sub 10 deviaţii standard -se consideră că a suferit de o diminuare a creşterii intrauterine. Acest fenomen apare adeseori atunci când fătul nu primeşte un aport nutritiv adecvat de la mamă, prin placentă.

Un nou-născut mic pentru vârsta gestaţională nu are cantitatea de grăsime corporală pe care o are un nou-născut normoponderal. Astfel, nou-născutul va întâmpina dificultăţi în menţinerea unei temperaturi normale a corpului, precum şi a unei valori normale a glicemiei. În plus, mulţi din aceşti sugari cresc cu dificultate în mica copilărie. De asemenea, pot avea şi întârzieri în dezvoltarea intelectuală.

Există multe cauze şi situaţii ce pot duce la dezvoltarea intrauterină diminuată a fătului. O femeie care fumează, consumă droguri ilegale sau mari cantităţi de băutură are mai multe „şanse" de a naşte un copil subponderal. O gravidă care este malnutrită sau nu reuşeşte să ia corespunzător în greutate prezintă, de asemenea, pericol de a naşte un copil subponderal. Anumite boli cronice ca cele cardiovasculare, lupusul sau hipertensiunea arterială vă pot conferi acest risc. Există şi cauze ce ţin de sarcină care să ducă la o dezvoltare intrauterină necorespunzătoare. Acestea sunt: anomalii placentare sau ale cordonului ombilical, infecţii sau malformaţii fetale, precum şi prezenţa sarcinii multipe. Când fătul nu se dezvoltă corespunzător datorită fumatului matern, alimentaţiei sărace sau consumului de alcool sau droguri ilegale, poate fi de ajutor schimbarea modului de viaţă într-unul mai sănătos. Cu toate acestea, dacă fătul rămâne departe de o dezvoltare normală, trebuie cântărită eventualitatea unei naşteri premature, în balanţă cu aceea de a lăsa copilul în continuare în uter pradă procesului de malnutriţie.

Malformaţiile congenitale

Malformaţiile congenitale, cauza majoră a mortalităţii infantile în SUA, sunt răspunzătoare de mai mult de 20% din totalul deceselor infantile. În SUA, din aproximativ 120 000 de copii născuţi anual cu malformaţii, 8 000 mor în timpul primului an de viaţă.

Anumite anomalii sunt legate de vârsta mamei la naşterea copilului. De exemplu, dacă aveţi 30 de ani, şansele de a naşte un copil cu sindrom Down sunt de 1 la 900. Dacă aveţi peste 40 de ani, incidenţa este de 1 la 100. Gravidele ce iau anumite medicamente sau care au afecţiuni de tipul diabetului, alcoolismului sau prezintă infecţii intrauterine au, de asemenea, un risc crescut de a da naştere unui copil cu malformaţii congenitale.

alcool în exces au anumite anomalii congenitale. Comparativ cu aceştia, sugarii cu malformaţii congenitale proveniţi din mame neconsumatoare sunt mai puţin de 5%.

Consumul de droguri ilegale

Astăzi, tot mai mulţi copii se nasc având atât dependenţă de droguri cât şi grave probleme de sănătate. Gravidele ce consumă heroină sau cocaină prezintă un risc de 2 - 6 ori mai mare de a avea un copil născut prematur sau cu greutate mică la naştere. De asemenea, sarcina se complică mai frecvent cu hipertensiune sau sângerare vaginală.

Aproape 1/2 dintre copiii născuţi din mame dependente de drog sunt la rândul lor dpendenţi de drog. De obicei, în prima zi de viaţă, nou-născuţii dependenţi de heroină devin iritabili, au convulsii, vomă, febră şi diaree. Frecvent, nou-născuţilor li se administrează sedative şi li se scade treptat drogul. Sevrajul trebuie să fie lent, altfel pot prezenta convulsii.

Medicamentele

Aproape orice drog luat de dumneavoastră în timpul sarcinii îl afectează şi pe făt. Chiar şi un aparent inofensiv medicament luat în exces traversează placenta spre copil. De aceea, evitaţi să luaţi medicamente până ce nu sunt aprobate de medicul dumneavoastră.

Uneori, expunerea fetală la un anumit medicament nu se vede mulţi ani. Acesta este şi cazul copiilor mamelor ce au luat dietilstilbestrol în timpul sarcinii. În trecut, acesta era un medicament recomandat frecvent celor cu iminenţă de avort sau cu antecedente de avort. Prin anii '70, o mulţime de tinere femei şi adolescente au fost descoperite cu modificări neobişnuite ale vaginului, colului sau uterului. Iar singurul lucru pe care acestea îl aveau în comun era că toate proveneau din mame ce luaseră dietilstilbestrol în timpul sarcinii.

Uneori, însă, medicamentele nu pot fi evitate în timpul sarcinii. Dacă aveţi o afecţiune ce necesită tratament medicamentos, doctorul poate, de obicei, să selecteze pe cele care vă vor ajuta şi vor prezenta cel mai mic risc pentru copil. Multe gravide prezintă infecţie urinară ce necesită tratament antibiotic. La fel, deseori sunt recomandate antiinflamatorii de tipul paracetamolului şi o bună hidratare gravidelor ce prezintă viroze cu febră înaltă.

În general, cel mai periculos moment pentru a lua medicamente este în cursul primului trimestru de sarcină deoarece atunci are loc cea mai intensă dezvoltare fetală şi fătul este cel mai vulnerabil. Cu toate acestea, există şi medicamente care sunt mai periculoase dacă sunt luate mai târziu în timpul sarcinii.

Medicamentele menţionate mai jos sunt cunoscute sau suspectate de a produce malformaţii congenitale. Aceasta nu este o listă completă. Vorbiţi cu medicul dumneavoastră înainte de a lua orice medicament.

- Isotretinoin (Accutane) este folosit la tratarea acneei. Poate determina afectare cardiacă şi severe anomalii faciale şi ale urechii la nou-născut.
- Antibioticul streptomicină, folosit timp îndelungat de gravidă, poate determina surditate la nou-născut. Antibioticul tetraciclină poate determina încetinirea creşterii osoase şi modificarea pigmentaţiei dinţilor copilului
- Dicumarol este un anticoagulant care este luat uneori de gravidele ce suferă de afecţiuni cardiace sau tromboză producând la nou-născut trăsături faciale anormale şi retard mental.
- Fenitoin, un anticonvulsivant folosit în tratarea epilepsiei, poate duce la apariţia tumorilor, tulburărilor de dezvoltare intrauterină a fătului sau a altor anomalii fetale.
- Diureticele folosite în exces pentru ameliorarea retenţiei lichidiene poate interfera cu nutriţia fătului.
- Metiltestosteron, folosit în tratarea cancerului de sân, poate duce la masculinizarea fătului de sex feminin.
- Tranchilizantele pot produce tremorul nou-născutului, ce poate persista luni de zile după naştere.

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Evitaţi, în timpul sarcinii, sauna, băile cu aburi şi imersia peste şold în apă fierbinte datorită posibilităţii de leşin ce poate determina o accidentare. Sunt permise băile şi duşurile calde.

Există şi situaţii când medicamentele sunt folosite pentru a ajuta fătul. Anumite anomalii ale frecvenţei cardiace fetale pot fi tratate cu medicaţie cardiacă administrată mamei, chiar dacă aceasta nu prezintă vreo anomalie cardiacă. În mod similar, dacă medicul anticipează că naşterea va trebui provocată înainte de 32 de săptămâni de gestaţie datorită unei probleme medicale, copilului i se vor administra corticosteroizi înainte de travaliu, pentru a permite copilului să respire mai bine după naştere.

Iradierea

Iradierea cu raze X poate afecta negativ fătul, deşi nivelul la care radiaţiile devin periculoase este destul de ridicat. Cu toate acestea, evitaţi în timpul sarcinii radiaţiile

? Întrebare şi răspuns

Pot merge la stomatolog în timpul sarcinii?

Cu siguranţă că nu doriţi să vă neglijaţi dantura în timpul sarcinii. Unele femei observă că gingiile lor devin mai sensibile şi sângerează mai uşor în timpul sarcinii. Este o idee bună să mergeţi la un control stomatologic pentru o curăţare a dinţilor chiar înainte de sarcină.



ce cad direct pe abdomen şi, în general, orice iradiere. Cu toate riscurile, în cazul în care o situaţie gravă ameninţă sănătatea mamei, o iradiere limitată poate fi necesară.

Medicii sunt, cu siguranţă, conştienţi de potenţialele riscuri pentru făt, produse de iradierile cumulate. Pe de altă parte, şi echipamentul s-a perfecţionat, astfel că este nevoie de o mai mică expunere în timpul iradierilor pentru diferitele investigaţii. Ţinând cont de aceste lucruri, se poate spune că radiografiile sunt relativ sigure pentru a fi folosite de o gravidă aflată într-o condiţie medicală care necesită o asemenea investigaţie.

Dacă sunteţi însărcinată puteţi face în siguranţă radiografii dentare, ale capului sau membrelor, deoarece tehnicile moderne folosesc protecţii abdominale, singura parte expusă radiaţiilor fiind cea asupra căreia se concentrează radiaţiile X.

Teste prenatale

Au devenit obişnuite testele făcute pentru depistarea unei eventuale anomalii fetale. În trecut, femeile trebuiau să aştepte 9 luni înainte să afle dacă bebeluşul lor are o anomalie sau nu. Astăzi, deseori femeile pot afla devreme în timpul sarcinii dacă fătul suferă de vreo anomalie congenitală.

Viaţa intrauterină nu este lipsită de riscuri. Uneori, există semne care vă fac să suspectaţi că fătul dumneavoastră este în pericol: poate fi faptul că un bebeluş înainte activ încetează brusc să se mişte sau un test de sânge ce dezvăluie că o mamă Rh– dezvoltă anticorpi împotriva fătului ei Rh+. Oricare ar fi motivul, dacă medicul suspectează că ceva nu merge bine, există diferite metode de a evalua sănătatea fătului, scopul fiind de a găsi cât mai repede orice semn de stres fetal, înainte să se producă ireparabilul.

Un test simplu este ultrasonografia Doppler. Această tehnică este folosită la depistarea activităţii cardiace fetale. Este o procedură nedureroasă şi neinvazivă în care un dispozitv manual este plasat pe abdomenul dumneavoasră. Acest instrument poate detecta o bătaie a inimii la 10-12 săptămâni, confirmând o sarcină viabilă.

Mai târziu în sarcină, vă veţi da zilnic seama de mişcările fetale, simţind cel puţin 4 mişcări pe oră în cursul unei perioade a zilei în care fătul este de obicei activ. Activitatea fetală se simte mai bine după ce mâncaţi sau în timpul nopţii când stimulii externi sunt mai puţini. Reţineţi că fătul are, pe parcursul zilei, cicluri de somn de până la o oră în cursul cărora nu se va mişca.

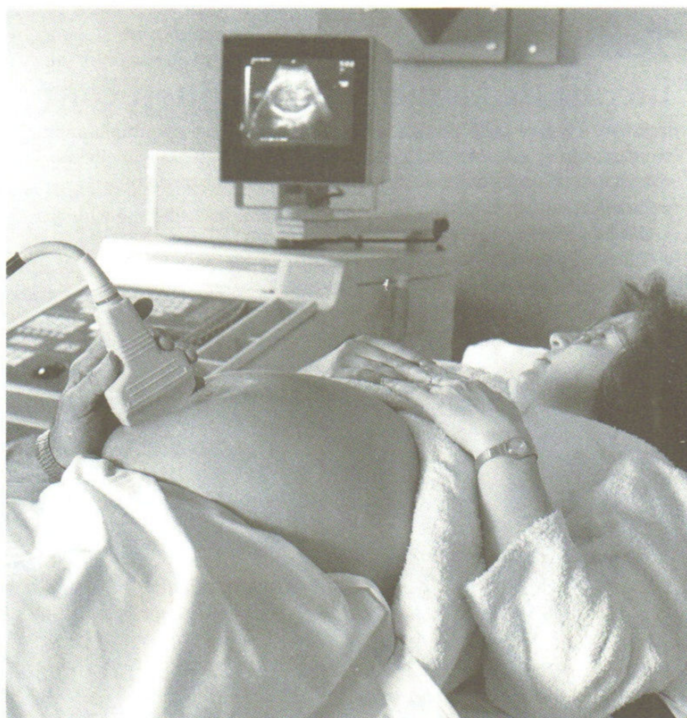
Ecografia

Datorită tehnologiei ultrasonice (ecografice) este posibil să vizualizaţi embrionul deja la 6-7 săptămâni după ultimul ciclu menstrual. Această metodă neinvazivă şi nedureroasă de diagnostic foloseşte unde sonore de înaltă frecvenţă pentru a obţine imaginea bebeluşului dumneavoastră. Fiind o metodă sigură atât pentru mamă cât şi pentru făt, s-a dovedit nepreţuită în multe situaţii.

Pe lângă utilitatea ei în evaluarea vârstei fătului, ecografia poate arăta şi dacă aveţi o sarcină multiplă. De asemenea, permite medicului să monitorizeze rata dezvoltării fetale, pentru a determina dacă acesta este normal pentru vârsta gestaţională.

Cu ajutorul ecografiei, se poate spune dacă fătul prezintă o tulburare renală, o obstrucţie intestinală sau dacă îi lipseşte un braţ sau un picior. Creierul fetal poate fi, de asemenea, examinat pentru eventualele anomalii. Poate fi determinată atât poziţia placentei cât şi cea a copilului în uter. Această metodă diagnostică poate decela lichidul amniotic în exces (hidramnios).

În multe cazuri, ecografia poate dezvălui şi sexul viitorului copil. Examinarea după 18-20 de săptămâni de gestaţie reprezintă momentul oportun pentru a obţine această informaţie.



Examinarea ecografică, fără să fie dureroasă, arată aspectul fătului în interiorul uterului. Prin măsurarea diametrelor craniene, poate fi determinată vârsta fătului.

Testul triplu

Este un set de teste biochimice pe care medicul dumneavoastră ar putea să vă ceară să le efectuaţi între săptămânile 15 şi 18 de gestaţie. Acestea sunt nişte teste de depistare, nu sunt teste diagnostice. Testele de depistare se fac atunci când nu sunt prezenţi nici factori de risc, nici simptome. Un astfel de test de depistare poate doar să evalueze riscul dumneavoastră de a avea un copil cu o malformaţie congenitală. În schimb, testul diagnostic poate, în general, să indice dacă fătul are o malformaţie congenitală.

Testul triplu evaluează concentraţiile a 3 substanţe care se găsesc uzual în sângele unei femei însărcinate:

- alfafetoproteina serică maternă (MSAFP), o proteină produsă de făt;
- gonadotropina chorionică umană (HCG), un hormon produs de placentă;
- estriol, un hormon produs atât de făt cât şi de placentă.

Sângele este recoltat de la mamă şi apoi testat în laborator. Concentraţii crescute de MSAFP pot arăta că fătul are un defect de tub neural, cel mai frecvent spina bifida sau anencefalia, care reprezintă absenţa totală sau parţială a creierului. Nivelurile scăzute de MSAFP pot indica prezenţa sindromului Down. Concentraţii anormale de HCG şi estriol pot indica, de asemenea, anomalii cromozomiale. Momentul în care se efectuează testul este crucial, deoarece concentraţiile sangvine ale acestor substanţe se modifică pe parcursul sarcinii.

Aceste teste nu sunt însă perfecte. Ele au mai mult scopul de a depista decât de a diagnostica. Acest lucru înseamnă că şi în cazul mamelor cu rezultat pozitiv al testului, copii lor au o mai mare probabilitatea de a prezentea una dintre aceste anomalii cromozomiale. Şi opusul poate fi adevărat - aceste teste nu depistează toţi feţii cu risc crescut. Totuşi, şansele ca un copil născut cu un defect de tub neural sau sindrom Down să aibă testele negative, sunt mici.

Unele femei găsesc că acest test este în măsură să le liniştească. Altele, însă, consideră neconcludenţa testului mai stresantă decât lipsa de informaţii. Dacă răspunsul indică o posibilă problemă a fătului, pasul următor este efectuarea unei ecografii şi a unei amniocenteze.

Efectuarea sau nu a unui asemenea test este opţiunea fiecăruia. Discutaţi cu medicul toate avantajele şi dezavantajele efectuării unui asemenea test şi cântăriţi-le atent înainte de a face o alegere.

Teste prenatale: lucruri de care trebuie să ţineţi cont

Înainte de a face teste prenatale de depistare a unei eventuale anomalii cromozomiale, este bine să consultaţi medicul sau un genetician. Iată câteva lucruri importante de avut în vedere şi întrebări de pus.

- Ce informaţie poate furniza acel test?
- Cât de precise sunt rezultatele testului?
- Cât de des trebuie făcut acest test?
- Există vreun risc de avort datorat testului?
- Dacă se descoperă o problemă, care sunt opţiunile mele?
- Această informaţie poate să modifice modul în care eu mă pregătesc pentru venirea pe lume a copilului?
- Această informaţie poate să-mi schimbe hotărârea de a păstra copilul?



Amniocenteza

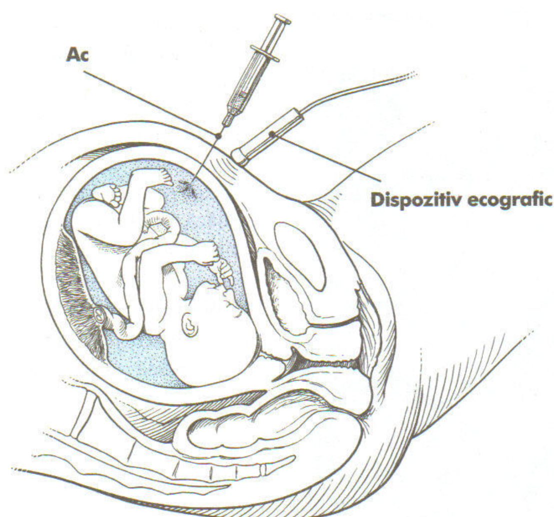
Amniocenteza este un test pe care-l puteţi face la începutul trimestrului 2 de sarcină, de obicei între săptămîna 14 şi 16 de gestaţie. Acesta poate fi recomandat femeilor de peste 35 de ani, care au un istoric familial de anomalii congenitale de tipul sindromului Down sau spina bifida şi care au o concentraţie crescută de alfafetoproteină, determinată de testele sangvine.

Se efectuează cercetări pentu a pune la punct un test sangvin mai precis în identificarea sindromului Down. Dar acum, singura cale de a fi 100% sigur că fătul are sindrom Down sau o varietate de alte anomalii, este amniocenteza.

În timpul amniocentezei medicul introduce un ac lung şi subţire, sub ghidaj ecografic, în uterul dumneavoastră. Acul puncţionează sacul amniotic în care pluteşte fătul. Se extrage o cantitate mică de lichid amniotic şi apoi acul se îndepărtează. Lichidul este trimis la laborator pentru a fi testat. Există un risc de 1 la 200 de a pierde sarcina ca urmare a acestei proceduri.

Lichidul amniotic conţine informaţie genetică valoroasă despre fătul în dezvoltare. După ce este ţinut câteva zile într-un mediu de cultură, lichidul amniotic este studiat din punct de vedere al distribuţiei cromozomiale.

Amniocenteza poate diagnostica cu precizie sindromul Down, prin indicarea prezenţei unui cromozom



Amniocenteza presupune prelevarea unei mici cantităţi de lichid amniotic din sacul amniotic ce conţine fătul. Ghidat ecografic, medicul introduce un ac lung şi subţire în uter şi extrage lichid. Analiza de laborator a lichidului poate dezvălui: sexul copilului dumneavoastră, dezvoltarea lui şi anumite modele cromozomiale.

21 suplimentar. În plus, prin această metodă pot fi diagnosticate şi alte defecte precum anomalii neurologice, boli renale şi tulburări metabolice.

De asemenea, amniocenteza poate fi folosită în stadiile mai avansate ale sarcinii pentru a monitoriza incompatibilitatea de Rh sau a determina dacă plămânii sunt suficient de maturaţi pentru a face faţă unei naşteri premature.

De obicei, amniocenteza este un procedeu sigur atât pentru mamă cât şi pentru făt, dar efectuarea ei la începutul sarcinii creşte riscul unei pierderi de sarcină după procedură.

Testul FISH

Unul dintre inconvenientele amniocentezei este timpul nesesar pentru aflarea rezultatelor. Dacă vă supuneţi unei amniocenteze va trebui să aşteptaţi 7 - 14 zile pentru a afla dacă fătul dumneavoastră are vreuna dintre problemele detectabile.

Testul FISH (hibridizare fluorescentă in situ) poate determina majoritatea anomaliilor cromozomiale în doar 1 - 2 zile. FISH poate identifica aberaţii cromozomiale de tipul sindromului Down, trisomia 13 şi trisomia 18. Trisomiile sunt tulburări genetice rare care implică adesea retard psihic sever şi grave malformaţii fizice. Majoritatea bebeluşilor cu trisomie 13 sau trisomie 18 mor înainte de vârsta de un an.

Testul FISH se foloseşte în asociere cu amniocenteza. Testul foloseşte o parte din lichidul amniotic extras prin amniocenteză, aşa că nu veţi fi obligată să vă supuneţi unei proceduri suplimentare.

Testul FISH are o acurateţe ridicată, dar nu este perfect în identificarea defectelor cromozomiale. Dacă testul arată că fătul nu prezintă anomalii cromozomiale, celulele amniotice vor fi, totuşi, cultivate în continuare pentru a verifica dacă fătul nu prezintă vreo anomalie.

Biopsia de vilozităţi coriale

Biopsia de vilozităţi coriale este similară amniocentezei prin aceea că este tot o tehnică invazivă ce poate decela multe anomalii genetice, inclusiv sindromul Down. Dar, în loc să examineze lichidul amniotic, el examinează ţesut placentar. Un avantaj al acestui test este că poate fi efectuat mai devreme ca alte teste şi anume între săptămâna a 9-a şi a 11-a de gestaţie.

În timpul biopsiei, medicul foloseşte ecografia pentru a introduce un mic tub (cateter) prin colul uterin. Apoi foloseşte un procedeu de aspirare pentru a obţine o mică mostră din placenta ce hrăneşte embrionul. Puteţi avea un uşor disconfort, dar mult mai mic comparativ cu cel din cursul unui examen ginecologic.

Ţesutul prelevat conţine aceiaşi cromozomi ca şi fătul ce se dezvoltă. Analizând ţesutul, medicul va putea determina dacă fătul dumneavoastră are sindrom Down sau alte defecte cromozomiale. De asemenea, testul poate să determine şi sexul fătului.

Totuşi, biopsia de vilozităţi coriale nu este la fel de eficientă ca amniocenteza în depistarea anumitor boli. Uneori, se efectuează şi o amniocenteză după o biopsie de vilozităţi coriale.

Ca şi amniocenteza, biopsia de vilozităţi coriale vă creşte riscul unei pierderi de sarcină. În plus, riscul unei infecţii intrauterine este mai mare ca cel asociat amniocentezei.

Puncţia percutană a cordonului ombilical

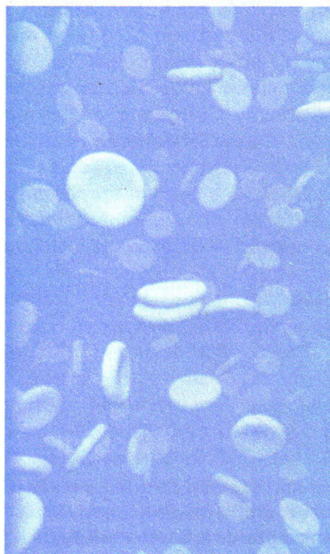
Este o tehnică pentru testarea sângelui fetal din cordonul ombilical în diagnosticul anumitor tulburări. Procedura se efectuează mai uşor în trimestrul al treilea.

De asemenea, poate fi folosită la determinarea concentraţiei sangvine de oxigen şi dioxid de carbon, ce poate ajuta la diagnosticul diminuării creşterii intrauterine. În plus, mostra poate fi folosită la depistarea infecţiilor de tipul celei cu citomegalvirus.

Testul fetal de nonstres şi testul de stres la contracţie

Aceste teste evaluează frecvenţa cardiacă fetală. Testul poate fi folosit atunci când o femeie observă o diminuare marcată în mişcarea fetală, când ea are o boală ce ameninţă fătul sau când rata de creştere fetală este anormal de lentă. Aceste teste pot fi folosite la gravidele cu simptome de preeclampsie, cele cu istoric de moarte fetală intrauterină sau de diabet.

Compatibilitatea Rh (factorul Rhesus)



În timpul sarcinii, dar mai ales la naştere, o parte din sângele fetal poate pătrunde în circulaţia dumneavoastră. Dacă sângele dumneavoastră şi al copilului sunt compatibile, nu există nici o problemă. Însă, în caz de incompatibilitate, s-ar putea forma anticorpi ce ar putea periclita sarcinile dumneavoastră ulterioare.

Grupele sangvine se diferenţiază după prezenţa anumitor proteine de pe suprafaţa celulelor sangvine. Factorul Rh sau Rhesus este tocmai o astfel de proteină. 85% din populaţia albă este Rh pozitivă, ceea ce înseamnă că au componenta Rh pe suprafaţa celulelor sangvine. În rândul afroamericanilor, procentul este puţin mai mare şi teoretic toţi amerindienii şi asiaticii sunt Rh pozitivi.

Aproximativ 15% dintre albi şi 7% dintre negri sunt Rh negativi. Dacă dumneavoastră sunteţi Rh negativ şi dacă şi tatăl copilului este Rh negativ, totul este în regulă. Problemele pot apărea dacă acesta este Rh pozitiv. Când copilul moşteneşte Rh-ul pozitiv al tatălui, sângele fătului este incompatibil cu al dumneavoastră.

În cele mai multe cazuri, primul copil nu prezintă nici un risc, chiar dacă este Rh pozitiv, pentru că sângele dumneavoastră Rh negativ, nemaifiind expus până atunci la sânge Rh pozitiv, nu şi-a fabricat încă anticorpi antiRh pozitiv care ar putea ataca fătul. Dar, dacă rămâneţi însărcinată din nou şi fătul este Rh pozitiv, aceşti anticorpi pot străbate placenta şi pot afecta fătul ce se dezvoltă. Acest risc creşte cu fiecare nouă sarcină Rh incompatibilă.

Boala prin incompatibilitate de Rh nu mai este aşa o problemă ca în trecut datorită metodelor mai atente de depistare, a folosirii unui ser ce împiedică mama Rh negativ să dezvolte anticorpi şi a terapiei mai eficace aplicată nou-născuţilor afectaţi.

Dacă sunteţi însărcinată şi nu v-aţi determinat încă factorul Rh, medicul dumneavoastră vă va efectua un test de sânge prin care veţi afla dacă sunteţi Rh pozitiv sau negativ. Dacă sunteţi Rh negativ, pe parcursul sarcinii vi se vor face testări periodice de sânge pentru a controla formarea anticorpilor. Deşi este puţin probabil să se formeze anticorpi în cursul primei sarcini, totuşi nu este exclus. Dacă aţi pierdut o sarcină anterioară, este posibil ca unele celule sangvine să fi intrat în circulaţia dumneavoastră şi să fi declanşat producţia de anticorpi. Mai există şi situaţia de mici scurgeri de sânge fetal în cursul sarcinii.

Medicii administrează frecvent gravidelor Rh negativ o injecţie de RhoGAM între săptămânile 28 şi 30 de sarcină ca precauţie pentru o eventuală scurgere de sânge fetal. Acest ser maschează orice eritrocite fetale ce ar putea ajunge în circulaţia dumneavoastră înainte ca organismul dumneavoastră să aibă timp să-şi dezvolte armele de apărare împotriva lor. Nu există practic nici un risc al injectării.

Dacă anticorpii s-au format deja, rezultatul poate fi o afectare fetală uşoară, severă sau chiar mortală şi se poate impune o naştere prematură. Copilului i se poate face o transfuzie de sânge chiar în uter. Acest lucru se face pentru a cîştiga timpul necesar maturării pulmonare a fătului, pentru ca acesta să poată supravieţui naşterii. După naştere va fi nevoie de transfuzii sangvine adiţionale.

Testul fetal de nonstres

Adesea, acesta este primul pas ce trebuie făcut. În timpul acestui test, staţi culcată pe spate şi un dispozitiv de înregistrare conectat la un monitor electronic este ataşat abdomenului dumneavoastră. În acest fel, se înregistrează frecvenţa cardiacă fetală, contracţiile uterine şi mişcările fetale.

Testul de stres la contracţie

Testul de stres la contracţie este făcut adesea atunci când testul fetal de nonstres este anormal. Dacă medicul vă recomandă acest test, vi se va administra un medicament ce stimulează contracţiile uterine şi se vor înregistra efectele contracţiilor asupra fătului.

Acest test îl ajută pe medic să-şi dea seama dacă există un risc crescut ca fătul să moară în uter. Dacă acest lucru se adevereşte şi dacă fătul este suficient de mare ca să supravieţuiască, medicul poate decide declanşarea naşterii.

De asemenea, acest test poate ajuta medicul să-şi dea seama dacă fătul este capabil să reziste unui travaliu normal şi unei expulzii vaginale.

Scorul profilului biofizic

Efectuarea unui profil biofizic necesită combinarea unei ecografii cu un test nonstres. De obicei, are loc monitorizarea, timp de 30 de minute, a următoarelor caracteristici fetale:

- frecvenţa cardiacă;
- respiraţia;
- mişcările corpului;
- tonusul muscular;
- cantitatea de lichid amniotic.

Fiecăreia dintre caracteristici i se acordă un punctaj care apoi se adună într-un scor final. Rezultatele se înregistrează pe o scală de la 1 la 10. Un scor de 10 este perfect, iar unul de 6 sau mai puţin reprezintă o cauză de îngrijorare.

Primul trimestru

Acest prim trimestru de sarcină poate fi dificil pentru o viitoare mamă şi este cel în care produsul de concepţie este cel mai vulnerabil. Teoretic, toate organele bebeluşului dumneavoastră se formează în primele 3 luni de sarcină. Prin urmare, embrionul este deosebit de vulnerabil în această perioadă.

Când consumaţi droguri, cantităţi mari de alcool sau sunteţi expusă la substanţe toxice sau radiaţii X în exces, dezvoltarea embrionului poate avea loc defectuos putând rezulta malformaţii congenitale. Pierdereile de sarcină au şi ele loc mai frecvent în acest prim trimestru crucial.

Durată medie de la concepţie până la naştere este de 266 de zile. Comparativ cu perioadele de gestaţie ale altor specii, această perioadă pare incredibil de lungă. Dar, gândindu-ne la măreţia acestei creaţii, este o minune că nu durează mai mult.

Este dificil de înţeles cum ceva aşa de complex ca o fiinţă umană se poate dezvolta dintr-o singură celulă fecundată. Toate aspectele acestui proces, de la crearea celei mai mici unghii la dezvoltarea creierului, sunt programate conform unui orar extrem de exact ce arareori dă greş. Dacă dă totuşi greş, rezultatul poate fi pierderea sarcinii sau apariţia de malformaţii congenitale.

Schimbările organismului dumneavoastră

Pentru dumneavostră, primele 3 luni de sarcină seamănă puţin cu conducerea unei maşini de curse, sunteţi încântată, dar aveţi totuşi şi nişte temeri. Dacă sarcina a fost neplanificată, puteţi avea nopţi albe, gândindu-vă la cum să faceţi faţă acestei schimbări nemaipomenite din viaţa dumneavoastră. Din punct de vedere fizic, vă puteţi simţi obosită, încercând să trageţi un pui de somn ori de câte ori puteţi. Staţi liniştită, aceste săptămâni vor trece repede, la fel ca majoritatea simptomelor.

Primul semn de sarcină este, pentru majoritatea femeilor, întârzierea ciclului menstrual. Dacă ciclul dumneavoastră este regulat în mod normal şi dintr-o dată vă întârzie o săptămână şi aţi avut relaţii sexuale în perioada anterioară, puteţi să vă cumpăraţi un test de sarcină. Uneori, o femeie poate avea ceva ce ar putea părea un ciclu menstrual chiar dacă ea este de fapt însărcinată. Însă, această sângerare este, de obicei, mică.

Multe gravide au o senzaţie de tensiune în sâni. Îi puteţi simţi mai plini şi mai sensibili. Mameloanele sunt adesea extrem de sensibile. Uneori, sânii chiar dor. Multe gravide prezintă greţuri dimineaţa, simptomele putând varia de la o uşoară senzaţie de stomac iritat la o stare de vomă continuă. Această simptomatologie începe la câteva zile de la întârzierea ciclului menstrual.

Oboseala este un lucru obişnuit la începutul sarcinii. Dacă sunteţi acasă în cursul zilei, veţi fi tentată să dormiţi puţin. Dacă lucraţi în afara casei, puteţi ajunge acasă aşa de obosită încât să nu ştiţi cum să ajungeţi mai repede în pat.

Urinatul frecvent este un alt semn de sarcină. Acest lucru se întâmplă pentru că uterul care creşte apasă pe vezica urinară. În momentul în care uterul va creşte mai mult, acest simptom va diminua. Dar, va reveni în ultimile săptămâni de sarcină şi multe femei nu vor putea dormi noaptea datorită nevoii frecvente de a urina.

Dacă v-a întîrziat ciclul şi prezentaţi câteva din aceste semne şi simptome, faceţi-vă un test de sarcină sau programaţi-vă pentru un test de sânge la medicul dumneavoastră. Multe femei sunt îngrijite în perioada prenatală de un medic specializat în urmărirea sarcinii şi naşterii, numit obstetrician. Aceste servicii pot fi oferite pacientelor şi de unii medici de familie. În anumite comunităţi există moaşe calificate ce oferă îngrijiri în timpul sarcinii şi al naşterii.

O astfel de moaşă calificată are cel puţin o licenţă în îngrijire, specializare în obstetrică şi ginecologie şi a promovat mai multe examene pentru a obţine calificarea. Moaşele calificate oferă îngrijiri obstetricale complete pentru gravide, în cazul sarcinilor normale şi sunt pregătite să testeze gravidele pentru depistarea potenţialelor probleme. În caz că apare vreo problemă, gravida este trimisă la medic.

În majoritatea statelor, moaşele calificate au voie să prescrie medicamente şi vitamine, dar nu pot efectua operaţii cezariene şi nu pot administra anestezice. Majoritatea moaşelor asistă naşterile în spitale sau maternităţi. Cele care lucrează în cabinete private asistă naşterile la domiciliul pacientelor. Toate moaşele sunt obligate prin lege să lucreze sub tutela unui medic sau a unui grup de medici pe care să îi poată chema dacă apar probleme.

Dezvoltarea copilului

O mulţime de lucruri se petrec cu fătul în primele 3 luni de viaţă. Cu toate acestea, fătul este aşa de mic că, în cazul majorităţii femeilor, sarcina nu se observă.

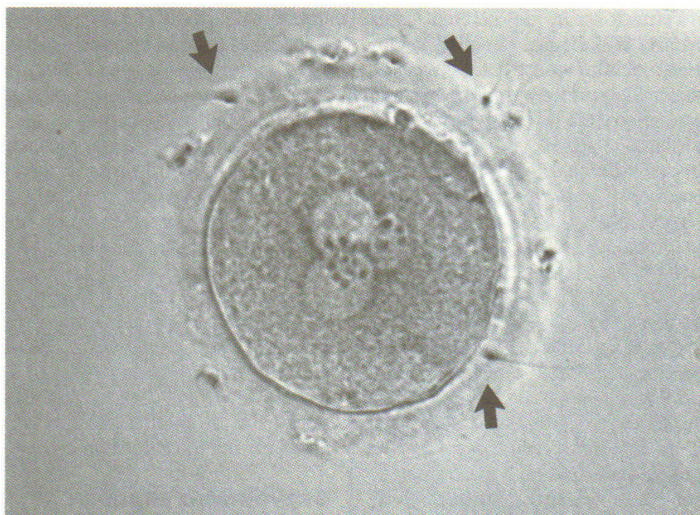
Fecundaţia

Procesul fecundaţiei începe cu penetrarea ovulului de către un spermatozoid, unul din milioanele ce au călătorit în sus spre tompele uterine. Enzimele din capul spermatozoidului îi permit acestuia să străbată capsula dură (zona pellucida) a ovulului.

Înotând pe un traseu indirect, spermatozoizii îşi îngrămădesc capetele în jurul ovulului şi mai mulţi spermatozoizi încep să penetreze capsula externă a ovulului dar, în final, doar unul va reuşi să o străbată.

Atât spermatozoidul cât şi ovulul aduc spre unire fiecare câte 23 de cromozomi conţinând mii de gene. În aceşti 46 de cromozomi este materialul genetic ce determină sexul, însuşirile fizice - ochii, părul şi culoarea pielii, dimensiunea corpului, trăsăturile corpului, creativitatea şi, într-un sens mai larg, şi capacităţile intelectuale şi chiar trăsăturile de personalitate. Doar după ce spermatozoidul pătrunde în zona centrală a ovulului şi spermatozoidul şi ovulul se unesc, fecundaţia este terminată.

Sarcinile multiple rezultă fie din fecundarea a două sau mai multe ovule, fie prin fecundarea unui ovul şi apoi divizarea acestuia pentru a forma doi sau mai mulţi embrioni.



Un ovul fecundat recent aflat într-un stadiu timpuriu de diviziune celulară. Câţiva spermatozoizi au penetrat capsula, dar n-au penetrat ovulul în întregime (vezi săgeţile).

Diviziunea celulară

Următoarea etapă a procesului este diviziunea celulară. În decurs de 12 ore, noua celulă s-a divizat în 2 celule, fiecare dintre ele divizându-se în alte 2 şi aşa mai departe, numărul de celule dublându-se la fiecare 12 ore. Acum produsul de concepţie poartă numele de zigot.

Noul zigot continuă să coboare încet din trompă spre uter, dublându-şi periodic numărul de celule şi devenind puţin mai mare şi mult mai complex. După 4-5 zile de la fecundaţie, zigotul acum compus din 500 de celule, ajunge la destinaţie, în uter.

În momentul în care zigotul ajunge în uter el s-a schimbat foarte mult, de la o masă solidă de celule la un grup de celule dispuse în jurul unei cavităţi lichidiene, numindu-se acum blastocist. O parte a acestui blastocist conţine o masă compactă de celule din care, în final, se va dezvolta un embrion. Învelişul extern de celule (trofoblast) va forma placenta, prin care are loc nutriţia produsului de concepţie.

În timpul tuturor acestor procese, restul aparatului reproductiv al femeii nu leneveşte. Ovarele au început secreţia în sânge a hormonului numit progesteron. Efectul acestei băi hormonale este o mucoasă uterină îmbibată de sânge, mediul perfect de implantare.

Iniţial, blastocistul nu sapă prea mult în mucoasa uterină. El se agaţă la suprafaţa uterului pentru câteva zile. Apoi blastocistul eliberează o enzimă care erodează mucoasa uterină, permiţându-i să pătrundă mai în adâncimea mucoasei, unde este înconjurat de o baltă de sânge matern. Au trecut 8 zile de la fecundaţie. După ziua a 12-a, blastocistul va fi ferm îngropat în noua lui casă.

La această dată, dumneavoastră sunteţi însărcinată, deşi încă nu a întârziat ciclul şi nici nu aveţi încă vreun simptom de sarcină. În primele zile sau săptămâni de la fecundaţie, pierderea sarcinii este un fenomen frecvent, deseori aceasta întâmplându-se înainte ca femeia să ştie că a fost însărcinată. De fapt, aproximativ 50% dintre ovulele fecundate sfârşesc printr-un avort spontan.

Formarea organelor

La momentul în care zigotul pătrunde în uter, placenta începe să se formeze. După o săptămână, sunt evidente rudimente de coloană vertebrală şi în decurs de câteva zile, s-au format 5-6 vertebre. În plus, încep să se formeze ochii şi inima.

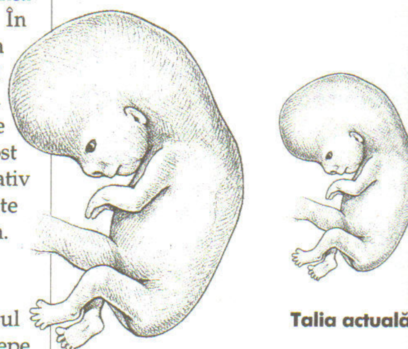
În timpul celei de a treia săptămâni după fecundaţie, începe faza embrionară. Este exact momentul în care se constată întârzierea ciclului. Dacă vă faceţi acum un test de sarcină, probabil va ieşi pozitiv.

În timpul următoarelor 4 săptămâni, se dezvoltă toate componentele unei fiinţe umane, deşi la început embrionul uman seamănă cu cel al altor mamifere. Capul începe să se formeze, la fel şi tractul intestinal.

La sfârşitul săptămânii a 6-a, creierul devine mai vizibil şi încep să apară mugurii braţelor şi picioarelor. Celulele ce mai târziu se vor transforma fie în ovare, fie în testicule, au apărut. Din săptămâna a 7-a, toracele şi abdomenul sunt complet formate şi încep să apară mugurii pulmonari. Embrionul măsoară ceva mai mult de 1,5 cm şi cântăreşte aprox. 10 g.

Faţa şi trăsăturile bebeluşului dumneavoastră se formează în săptămâna a 8-a de sarcină. Încep să se formeze degetele de la mâini şi picioare, precum şi ovarele sau testiculele. Dacă embrionul este de sex masculin, începe să se formeze penisul. La sfârşitul celei de a doua luni de gestaţie, embrionul începe să capete înfăţişare umană, arată ca un bebeluş în miniatură.

În săptămâna a 10-a, faţa bebeluşului este bine dezvoltată. Inima are deja structură tetracamerală, iar frecvenţă este de 120 – 160 de bătăi pe minut.



La 8 săptămâni după concepţie, toate organele majore ale bebeluşului sunt formate şi se dezvoltă. Embrionul are aproape 1,25 de cm lungime şi cântăreşte mai puţin de 15 g.

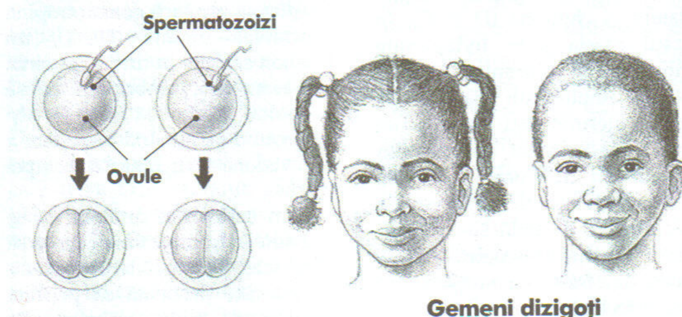
Sarcina multiplă

Ce şanse sunt să aveţi gemeni? În cazul adolescentelor, şansa de a avea gemeni, fără stimularea sau ajutarea fertilizării, este de 1 din 167, dar în cazul femeilor peste 40 de ani, această şansă creşte la 1 din 55 de sarcini. În plus, în unele familii, poate exista o incidenţă crescută a gemenilor dizigoţi, proveniţi din 2 ovule şi 2 spermatozoizi diferiţi.

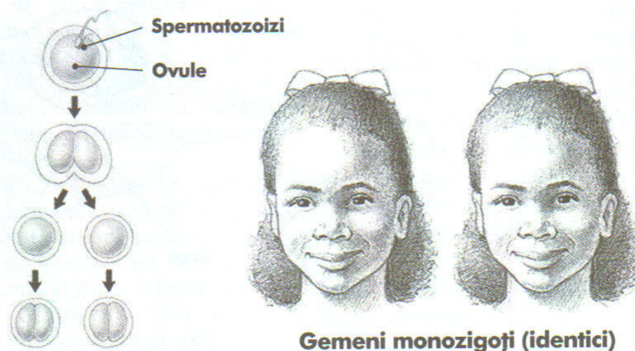
O sarcină multiplă apare când este fecundat mai mult de un ovul sau când un ovul fecundat se împarte ulterior în două. 7 din 10 perechi de gemeni sunt dizigoţi, proveniţi, deci, din 2 ovule şi 2 spermatozoizi diferiţi. Câştigul anormal de mare în greutate, mişcări fetale anormal de frecvente şi decelarea a 2 focare de bătăi cardiace, sunt indicii obişnuite ale sarcinilor multiple. Dacă medicul suspectează o sarcină multiplă va dori să vă faceţi un examen ecografic.

În cazul sarcinii multipe, încercaţi să vă odihniţi cât mai mult, să aveţi un aport mai mare de calorii şi să fiţi mai silitoare în ceea ce priveşte controalele prenatale. Aceste controale regulate sunt deosebit de importante pentru că sarcinile multipe au risc crescut de preeclampsie şi eclampsie, placenta praevia (placenta este inserată pe colul uterin), precum şi un risc crescut de sângerări vaginale (hemoragii).

Sarcinile multiple tind să fie mai scurte, în medie cu 21 de zile. Dacă nu există un motiv medical care să indice o naştere prin cezariană, gemenii se pot naşte prin expulzie vaginală. Şi, de asemenea, nu există vreun motiv pentru care o mamă care are gemeni şi vrea să-i alăpteze, să nu poată să o facă.



Gemenii dizigoţi, cel mai frecvent tip de gemeni, apar când 2 ovule sunt fecundate de 2 spermatozoizi diferiţi, rezultând 2 persoane între care există o legătură de rudenie la fel de apropiată ca între alţi fraţi şi surori dintr-o familie.



Gemenii monozigoţi apar când un singur ovul fecundat, din motive încă neclare, se desparte în două şi din acestea se dezvoltă 2 persoane care, din punct de vedere genetic, sunt identice.

Începând cu săptămâna 10-12 de sarcină, medicul poate asculta bătăile cordului fetal folosind un aparat Doppler. Din acest moment produsul de concepţie poartă numele de făt.

La sfârşitul primului trimestru, fătul are un cap disproporţionat de mare faţă de restul corpului. El măsoară aproximativ 7,5 cm şi cântăreşte puţin mai mult de 30 g.

Probleme ce pot apărea

A avea un copil în ziua de astăzi este mai sigur decât oricând altcândva în trecut.

Acum se ştie că multe probleme pot fi prevenite printr-o alimentaţie sănătoasă şi o îngrijire prenatală regulată. Dar, dezvoltarea unei noi fiinţe umane rămâne un fenomen foarte complex, putând apărea complicaţii şi probleme. Vă prezentăm cele mai frecvente complicaţii ce pot apărea în primul trimestru de sarcină.

Avortul spontan

Lăsând la o parte disconfortul iniţial al sarcinii, cea mai mare ameninţare în primul trimestru este pierderea sarcinii (avortul spontan). Pierderea sarcinii şi avortul se referă la întreruperea sarcinii înainte de momentul în care fătul poate supravieţui extrauterin, măcar pentru câteva minute. Aceasta înseamnă, de regulă, înainte de 20 de săptămâni de gestaţie. După 20 de săptămâni, fenomenul se numeşte naştere de făt mort intrauterin.

Aproximativ 50% din ovulele fecundate se elimină spontan, majoritatea înainte ca femeia să-şi dea seama că este însărcinată. Procentajul de avorturi spontane, la femeile care ştiu că sunt însărcinate este de 15%. 3/4 dintre aceste avorturi au loc în primul trimestru de sarcină. Factorii de risc pentru pierderile de sarcină sunt: vârsta mai înaintată a mamei, dificultăţile de a rămâne însărcinată şi pierderile de sarcină în antecedente.

În primul trimestru, avortul spontan se produce cel mai frecvent după moartea embrionului sau a fătului. De ce moare un

embrion în uter? Cea mai frecventă cauză de pierdere a sarcinii, în aproximativ 60% din cazuri, este o anomalie de dezvoltare, cel mai frecvent datorată unei aberaţii cromozomiale. Alte cauze posibile pot fi: infecţii, un diabet al mamei de care aceasta nu ştia şi malformaţii şi afecţiuni uterine.

Femeile care prezintă avorturi spontane deseori se culpabilizează. Este normal să căutaţi o explicaţie în cazul unei pierderi de sarcină, dar încercaţi să nu daţi vina pe dumneavoastră. Stresul şi trauma psihică nu constituie, aproape niciodată, o cauză de pierdere a sarcinii.

Primul simptom al unei eventuale pierderi de sarcină este, de obicei, sângerarea vaginală însoţită sau nu de dureri. Aproximativ 1 din 5 femei prezintă o sângerare vaginală sau o secreţie sangvinolentă în primul trimestru de sarcină şi mai puţin de 1/2 dintre ele pierd sarcina respectivă. Cu toate acestea, dacă prezentaţi vreo sângerare, sunaţi imediat medicul.

Când embrionul sau fătul mor, pierderea sarcinii este inevitabilă. O pierdere inevitabilă de sarcină este acompaniată de o durere în etajul abdominal inferior sau de o durere de spate. Durerea poate fi surdă, continuă sau ascuţită şi intermitentă. Sângerarea poate fi abundentă. Puteţi elimina ţesuturi prin vagin, reprezentând embrionul şi placenta.

Dacă este posibil, păstraţi resturile tisulare şi daţi-le medicului dumneavoastră, care le poate examina pentru a se asigura că nu a fost o sarcină ectopică tubară. Sarcinile ectopice pot fi periculoase, constituind urgenţe medicale. Dar, în general, medicii pot rareori stabili cauzele avortului spontan plecând de la aceste probe de ţesut.

Uneori, este eliminată doar o parte a produsului de concepţie. Această situaţie poartă numele de avort incomplet, durerea şi sângerarea putând dura câteva zile. Când nu există sângerare – nici fătul, nici placenta nu sunt expulzate – dar fătul a murit, situaţia se numeşte avort reţinut. Vă puteţi simţi însărcinată şi să nu bănuiţi nimic în timpul unui astfel de avort întrerupt sau simptomele de sarcină pot dispărea. Medicul dumneavoastră va bănui o pierdere de sarcină când uterul dumneavoastră nu creşte corespunzător sau când nu poate detecta bătăile cordului fetal în timpul unui control. De obicei, se face un examen ecografic pentru a vedea dacă este vorba de un avort reţinut.

O dată declanşat, nimic nu se poate face pentru a preveni un inevitabil avort incomplet sau reţinut. După apariţia sângerării, medicul poate să spună, printr-o ecografie transvaginală, dacă pierderea de sarcină este inevitabilă.

Când avortul este inevitabil, mama are 3 opţiuni: poate aştepta ca natura să-şi urmeze cursul şi să aibă loc pierderea sarcinii. Acest lucru poate dura mai multe săptămâni. Ea poate opta pentru o procedură chirurgicală numită dilatare şi chiuretaj (D şi C), în cursul căreia sunt îndepărtate embrionul şi placenta. Această operaţie implică un mic risc de lezare a uterului. Sau, mama poate lua un medicament, de exemplu misoprostal (Cytotec) care să provoace avortul. Majoritatea medicilor recomandă să aşteptaţi câteva luni după pierderea sarcinii, înainte de a încerca să rămâneţi din nou însărcinată.

Sarcina ectopică

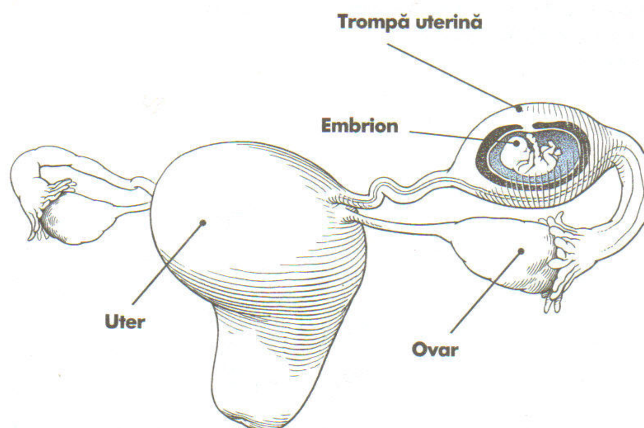
Sarcina ectopică (sarcina extrauterină) rezultă când ovulul fecundat se implantează oriunde altundeva decât în mucoasa uterină. El se poate implanta pe ovar sau în cavitatea abdominală, dar în 95% din cazurile de sarcini ectopice, el se implantează în trompa uterină, rezultând ceea ce poartă numele de sarcină tubară.

Puteţi avea o mică sângerare vaginală maro închis, dureri abdominale, hemoragie internă, crampe severe, nevoie urgentă de urinare sau un spasm intestinal sau ameţeală şi leşin.

Interiorul trompei uterine este reprezentat de o aglomerare de falduri, contorsionate şi răsucite. Uneori, din numeroase motive, ovulul fecundat se împotmoleşte şi se implantează în acest mediu nepropice.

Zigotul în dezvoltare începe imediat să producă gonadotropină chorionică umană (HCG), un hormon secretat în timpul sarcinii. De asemenea, embrionul ce se dezvoltă începe să secrete alţi hormoni determinând o creştere a aprovizionării cu sânge a trompei uterine.

Cum embrionul continuă să se dezvolte în trompă, vasele încep să sângereze. Contrar uterului, trompa nu este destinată să permită dezvoltarea unui embrion. Pe



Potenţial ameninţătoare pentru viaţă, sarcina tubară apare când ovulul fecundat se implantează în trompa uterină, nu în uter. Pe măsură ce embrionul creşte, trompa uterină se va extinde peste capacitatea ei, determinând adesea o hemoragie abundentă şi potenţiale consecinţe medicale grave.

măsură ce embrionul crește, trompa uterină se va extinde peste capacitatea ei, determinând adesea o hemoragie abundentă. În cazul în care sarcina se va dezvolta mai mult, trompa se va rupe determinând o situație amenințătoare pentru viață.

Frecvența sarcinilor ectopice a crescut în ultimii ani. Acum există aproape 1 sarcină ectopică la 100 de sarcini. Nu se știe de ce sarcinile ectopice au devenit acum mai frecvente. Anumiți specialiști sunt de părere că cel puțin o parte din vină ar putea-o avea incidența crescută a afecțiunilor inflamatorii pelvine.

Totuși, este cunoscut faptul că anumite condiții medicale sunt mai frecvent asociate cu apariția sarcinii ectopice. Printre acestea se numără aderențele tubare cauzate de infecții, apendicita, endometrioza și absența unui ovar.

Dacă aveți o sarcină ectopică, inițial puteți să nu vă dați seama că ceva este în neregulă. În ciuda întârzierii ciclului menstrual, testul urinar de sarcină poate fi negativ. Dacă medicul suspicionează o sarcină ectopică, primul lucru pe care îl va face va fi un examen pelvin pentru a detecta eventuale anomalii. Pentru a confirma prezența sarcinii exrauterine poate fi făcut un examen ecografic sau o minimă intervenție chirurgicală laparoscopică.

Dacă nu este diagnosticată timpuriu, sarcina extrauterină reprezintă o situație medicală extrem de gravă, fiind o cauză majoră de deces de cauză obstetricală. Nu există nici o șansă ca sarcina să fie dusă la termen sau la un stadiu în care fătul să aibă șanse să supraviețuiască. Sunt rare cazurile în care feții extrauterini se dezvoltă peste 3 luni.

Dacă prezentați o sarcină extrauterină, medicul vă va opera imediat. Dacă embrionul este încă mic și trompa nu s-a rupt, embrionul ar putea fi extras fără o lezare a trompei. Unii medici preferă să excizeze și porțiunile lezate ale trompei uterine. Dacă ați avut o hemoragie masivă ar putea fi necesară o transfuzie de sânge. În acest caz, se poate extirpa trompa sau chiar un ovar.

O altă opțiune terapeutică ar fi folosirea unui medicament puternic numit metotrexat, care determină oprirea dezvoltării celulelor embrionare și chiar dispariția lor. În multe cazuri, acest medicament poate înlocui intervenția chirurgicală.

Femeile ce au prezentat o sarcină ectopică au 10% risc de recidivă. Dacă ați avut 2 sarcini extrauterine, șansa de a mai avea o sarcină normală este sub 50%. Dacă sarcinile ectopice au determinat grave deteriorări ale ambelor trompe, dar vreți în continuare să rămâneți însărcinată, singura posibilitate ar fi fertilizarea in vitro (vezi pag. 1069).

Trimestrul al doilea

Etapa de mijloc a sarcinii este adesea cea în care femeile se simt cel mai bine. Grețurile de dimineață au dispărut, aveți mai multă energie, începe să se vadă că sunteți însărcinată și vă simțiți bine. Este, de asemenea, momentul în care veți începe să simțiți acele mici fâlfâiri ce se vor transforma în curând în lovituri puternice ale copilului dumneavoastră aflat în creștere.

Deși acest al doilea trimestru este, pentru multe femei, cea mai ușoară parte a sarcinii, el nu este total lipsit de primejdii. Riscul de pierdere a sarcinii nu mai este așa de mare ca în primele 3 luni, dar unele femei pot intra prematur în travaliu în trimestrul al doilea. Un făt expulzat așa de devreme nu este suficient de matur pentru a supraviețui. Deși travaliul prematur are loc, cel mai adesea, în timpul ultimului trimestru, poate complica ocazional și al doilea trimestru.

Schimbările organismului dumneavoastră

În timpul trimestrului al doilea de sarcină, abdomenul se mărește încet și veți fi nevoită, probabil, să începeți să purtați haine pentru gravide. Corpul dumneavoastră se va împlini la nivelul taliei și șoldurilor, dar nu excesiv. Pentru majoritatea femeilor, lunile 4, 5 și 6 decurg fără evenimente și sunt plăcute.

În această etapă, mergeți la control doar o dată pe lună, doar dacă vreo condiție medicală specială nu vă obligă să mergeți mai des. Luați suplimente de fier și acid folic, și continuați să aveți o alimentație echilibrată constând în mai multe mese pe zi, bogate în proteine - inclusiv produse din lapte, fructe, legume și cereale.

Dacă vă gândeați la călătorii, aceasta este perioada cea mai bună de pe parcursul întregii sarcini. Pe măsură ce data probabilă a nașterii se va apropia, veți fi mai puțin energică datorită creșterii în greutate și veți dori să rămâneți mai bine acasă.

Dezvoltarea copilului

În timpul celui de-al doilea trimestru, fătul crește și organele formate săptămânile precedente se maturează.

La aproximativ 13 săptămâni, fătul prezintă unghii micuțe. Organele genitale sunt complet formate și sexul poate fi stabilit prin câteva teste prenatale. Fătul poate lovi și mișca degetele. Își poate deschide și închide gura și este capabil să-și îndoaie brațele și să strângă pumnul.

La sfârșitul lunii a patra, bătăile cordului fetal pot fi detectate cu un stetoscop special, cu toate că un aparat Doppler le poate detecta mult mai devreme. Veți simți primele semne de viață în abdomenul dumneavoastră. Pielea fătului dumneavoastră este roz și mai puțin transparentă ca înainte. Un puf subțire acoperă întregul corp. Încep să apară primele gene și sprâncene.

La 20 de săptămâni, fătul poate avea păr pe cap. Printre faldurile pielii încep să se formeze depozite de grăsime. Fătul are acum o lungime de 30 cm și cântărește aproximativ 30 g. Dacă s-ar naște acum, ar putea încerca să respire, dar nu ar supraviețui.

Probleme ce pot apărea

Pe măsură ce sarcina se dezvoltă, noi pericole pot apărea. Cum riscurile de a pierde sarcina sunt mult diminuate, toată grija se îndreaptă acum spre menţinerea fătului într-o bună stare de dezvoltare şi sănătate până la termen.

Travaliul prematur

În mod normal, travaliul începe după aproximativ 40 de săptămâni (280 de zile) de la prima zi a ultimului ciclu menstrual. Dacă naşterea copilului are loc între 37 şi 42 de săptămâni, se consideră că naşterea a fost la termen. Uneori, însă, travaliul începe înainte de termen. Puteţi prezenta sângerare vaginală, contracţii uterine slabe sau mai puternice sau puteţi avea o scurgere de lichid prin vagin în momentul ruperii membranelor sau a ruperii apei cum mai este cunoscut fenomenul.

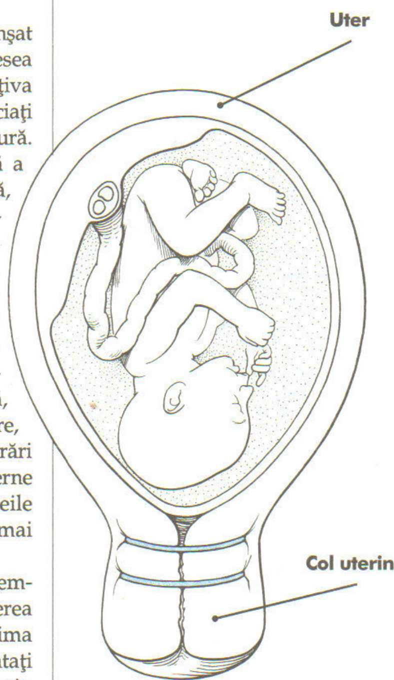
Cauzele unui travaliu declanşat înainte de termen rămân adesea necunoscute. Totuşi, există câţiva factori de risc mai frecvent asociaţi cu travaliul şi naşterea prematură. Aceştia ar fi: ruptura spontană a membranelor, infecţia cervicală, incompetenţa cervicală, anomalii uterine, hidramnios, anomalii fetale sau placentare, placenta praevia (placenta acoperă colul uterin), un dispozitiv anticoncepţional uitat în interior, preeclampsia sau eclampsia, moartea fetală intrauterină, un istoric de naşteri premature, sarcină multiplă, fumatul, sângerări (hemoragii), vârsta şi boli materne severe. Adolescentele şi femeile peste 40 de ani prezintă mai frecvent naşteri premature.

În mod normal, ruptura membranelor are loc după începerea travaliului dar, uneori, este prima etapă a naşterii. Dacă prezentaţi contracţii cu o durată de cel puţin 30 de secunde care apar la fiecare 10 minute şi colul uterin începe să se subţieze şi să se deschidă, înseamnă că travaliul a început.

Travaliul prematur poate fi un semn ameninţător. Şansele de supravieţuire ale fătului sunt cu atât mai mici cu cât şederea intrauterină a fost mai scurtă. Cu toate acestea, în ziua de azi, s-au făcut mari progrese în îngrijirea nou-născuţilor grav bolnavi sau prematuri. Nou-născuţi de numai 450 g au acum şanse de supravieţuire dacă sunt îngrijiţi în unităţi speciale de neonatologie.

Astăzi, şansele de supravieţuire sunt bune pentru nou-născuţii cu vârstă gestaţională de cel puţin 24 de săptămâni. Cu toate acestea, aceşti nou-născuţi au deseori severe probleme fizice şi psihice pe parcursul întregii vieţi.

În cazul travaliului prematur, tratamentul variază în funcţie de vârsta fătului. În prima etapă, majoritatea medicilor recomandă repaus la pat şi ingestia de cantităţi mari de lichide. Deseori, aceste măsuri sunt suficiente pentru oprirea contracţiilor. Alte măsuri terapeutice pot consta în efectuarea de culturi cervicale şi administrarea de antibiotice, deoarece una din cauzele potenţiale de naştere prematură este infecţia cervicală.



Dacă segmentul inferior al colului dumneavoastră uterin (cervix) se deschide în timpul sarcinii, poate fi făcută o intervenţie chirurgicală pentru a preveni naşterea prematură a fătului. Numită cerclaj, această intervenţie constă în suturarea colului uterin pentru prevenirea expulziei fetale.

Nu există o medicaţie specifică capabilă să oprească întotdeauna un travaliu declanşat prematur. Însă, există câteva medicamente ce au o oarecare eficienţă. În general, medicaţia care poate amâna expulzia se foloseşte doar până sunt gata pregătirile pentru naştere, ca de exemplu transportarea mamei la un spital ce are secţie de îngrijire a nou-născuţilor prematuri. Medicamentele nu se folosesc pe termen lung deoarece implică anumite riscuri şi nici nu sunt eficiente pe termen lung.

Dacă se constată că motivul naşterii premature este un defect cervical, uneori se poate interveni chirurgical pentru a amâna travaliul şi naşterea. Acest procedeu, numit cerclaj, constă în suturarea cervixului astfel încât fătul să poată rămâne în uter până la termen.

Un alt caz de naştere prematură este atunci când medicul dumneavoastră este nevoit să provoace naşterea datorită condiţiilor intrauternine periculoase ce fac ca şansele de supravieţuire ale fătului să fie mai bune afară decât înăuntru. Acest lucru are loc, de obicei, după 28 de săptămâni de gestaţie.

Hidramniosul

Hidramniosul constă în acumularea de lichid amniotic în exces în jurul fătului. Puteţi avea dificultăţi în a respira, indigestie, greaţă, distensie abdominală şi dureri intense. De asemenea, puteţi prezenta travaliu prematur.

În mod normal, fătul începe să urineze şi să înghită lichid amniotic din al doilea trimestru de sarcină. Mai târziu, aceste funcţii vor ajuta la controlul cantităţii de lichid din uter. Hidramniosul se asociază frecvent cu malformaţii congenitale, în special cu cele ale sistemului nervos central şi cele ale tractului gastrointestinal. Unele dintre aceste malformaţii împiedică fătul să înghită lichid amniotic, pe când altele îl pot determina să elimine o cantitate mai mare de urină.

Dacă medicul dumneavoastră suspectează un hidramnios, vă va recomanda o ecografie abdominală. În majoritatea cazurilor, distensia uterului datorată acumulării de

lichid în exces este mică și inofensivă. Dar la o sarcină din 1 000, condiția este suficient de severă încât să determine un travaliu prematur. Incidența hidramniosului este crescută la gravidele cu diabet și la cele cu sarcini multiple, comparativ cu celelalte femei însărcinate.

Dacă situația nu este gravă, nu este necesar alt tratament în afara unei odihne suplimentare. Dacă durerea este severă, pote fi necesară spitalizarea pentru un tratament sedativ. Vi se vor administra medicamente pentru relaxarea uterului și diminuarea riscului de travaliu prematur. Uneori, este nesesară amniocenteza pentru a evacua lichidul în exces. Deși această procedură scade durerea, are dezavantajul că trebuie repetată des.

Incompetența cervicală

Dacă prezentați incompetență cervicală, segmentul inferior al uterului se poate deschide în timpul celui de-al doilea trimestru sau la începutul celui de-al treilea trimestru, putând rezulta un avort spontan sau o naștere prematură.

De obicei, o femeie ce prezintă incompetență cervicală are un istoric de avorturi spontane în antecedente, în special în cursul trimestrului 2 de sarcină. Colul uterin nu se deschide, de obicei, până în luna a patra de sarcină deoarece fătul nu este suficient de mare ca să-l dilate.

Cauza incompetenței de col uterin este necunoscută, dar fenomenul este asociat frecvent cu traumatisme ale colului uterin datorită dilatărilor și chiuretajelor (D și C), și cu dezvoltarea anormală a colului uterin.

Dacă istoricul dumneavoastră medical indică o posibilă incompetență cervicală, se poate face o mică intervenție chirurgicală pentru a închide colul pe durata sarcinii. Această procedură numită cerclaj poate fi efectuată sub anestezie generală. Folosind fire puternice, medicul coase cervixul de jur împrejur pentru a împiedica expulzia fătului. După intervenție vi se administrează medicație pentru a reduce riscul de travaliu prematur ce poate fi declanșat de această procedură.

Cerclajul este eficient în 85 - 90% din cazuri. Firele vor fi tăiate în ultimele luni de sarcină.

Trimestrul al treilea

În acest trimestru, ceea ce părea așa îndepărtat cu câteva luni în urmă este acum foarte aproape. Dacă nu ați început deja, acum este momentul să învățați tehnici de relaxare pentru travaliu. Spre sfârșitul acestei perioade, bebelușul dumneavoastră are mai puțin spațiu de mișcare și deseori se aranjează în poziția pentru travaliu.

Marea majoritate a femeilor nasc la termen și nu prezintă complicații majore. Problema travaliului precoce poate apărea atât în trimestrul al doilea cât și în al treilea dar, cu cât travaliul se declanșează mai aproape de data probabilă a nașterii, cu atât este mai bine pentru copilul dumneavoastră.

Există anumite complicații ce pot apărea, totuși, spre sfârșitul sarcinii. Printre acestea se numără preeclampsia și eclampsia, complicații periculoase care, dacă nu sunt detectate devreme, pot determina moartea fătului și a mamei. Alte complicații pot fi sângerări (hemoragii), placenta praevia, ruptura prematură de membrane, moartea intrauterină a fătului și diminuarea dezvoltării intrauterine.

Schimbările organismului dumneavoastră

Indiferent de cât de bine v-ați simțit până acum, acesta este probabil momentul în care vă ziceți „Când se va termina oare?" Hainele dumneavoastră de gravidă nu vă mai încap. Puteți observa vergeturi pe sâni și abdomen. Picioarele și încheieturile dumneavoastră pot fi așa de umflate încât nu vă mai încap pantofii. Puteți fi epuizată.

Nu prea mai puteți să dormiți noaptea și când reușiți, bebelușul începe să lovească din mâini și picioare. În sfârșit, mișcările se opresc și puteți dormi 1-2 ore, pentru ca apoi să vă treziți datorită unei nevoi urgente de urinare. Astfel vă puteți trezi dimineața următoare arătând de parcă nu ați dormit deloc.

În timpul ultimului trimestru de sarcină, multe cupluri merg la cursuri de pregătire pentru naștere. Aceste cursuri vă învață despre procesul nașterii, despre exercițiile pe care le puteți face pentru întărirea musculaturii abdominale ce vă va ajuta să împingeți mai eficient și despre tehnicile de relaxare și respirație care vă pot diminua durerile din timpul travaliului. Medicii recomandă aceste cursuri chiar și femeilor care vor să apeleze la medicație analgezică în timpul travaliului și al nașterii.

Multe femei, în special cele care au pierdut sarcini în lună mică, sunt ușurate, din motive ușor de înțeles, când ajung în stadiul final al sarcinii. Cu ajutorul unui tratament corect efectuat în secții de neonatologie specializate, bebelușii născuți după 30 de săptămâni de gestație au șanse bune de supraviețuire. De aceea, unul din scopurile medicului dumneavoastră este de a preveni, oricând este posibil, travaliul prematur.

În timpul ultimului trimestru, vizitele la doctor vor fi mai frecvente. Până la această etapă mergeați probabil la control la fiecare 4-6 săptămâni, dacă nu ați avut o afecțiune ce v-a obligat să mergeți mai des. După săptămâna 30 de gestație și până în cea de a 36-a, medicul va dori, probabil, să vă vadă la 2 săptămâni. După aceea, vizitele la medic vor fi probabil săptămânale. Spre sfârșitul sarcinii, medicul vă va face un examen ginecologic pentru a vedea când colul dumneavoastră începe să se dilate în vederea travaliului.

Dezvoltarea copilului

Fătul crește cel mai mult în greutate după săptămâna 27 de gestație. La începutul acestei ultime faze de dezvoltare, fătul cântărește aproape 900 g. Peste 3 luni se va naște un făt cântărind 3 400 de grame.

La 28 de săptămâni de gestaţie, fătul este acoperit de un înveliş protector numit vernix. Ochii fătului sunt deschişi şi un bebeluş născut la această vârstă poate plânge slab şi poate să-şi mişte membrele. Deşi bebeluşii născuţi la această vârstă gestaţională cântăresc aproximativ 900 g şi pot avea probleme medicale importante, 85-90% dintre ei supravieţuiesc datorită recentelor progrese făcute în îngrijirea prematurilor şi a nou-născuţilor cu probleme.

O lună mai târziu, testiculele fătului de sex masculin coboară în scrot. Fătul are acum 1 750 g. Cu o îngrijire corespunzătoare, majoritatea acestor bebeluşi sunt capabili să supravieţuiască.

Un nou-născut la termen, la 40 de săptămâni după ultimul ciclu menstrual al mamei, are un corp mai împlinit şi are pielea mai puţin încreţită ca cei născuţi mai devreme. Pielea poate fi sau nu acoperită de vernix. Majoritatea părului de pe corp a dispărut, deşi umerii şi braţele mai pot păstra uşoare urme. Unghiile de la mâini şi picioare pot depăşi uşor degetele.

Probleme ce pot apărea

Dacă aţi fost sănătoasă până acum, aveţi toate şansele ca acest ultim trimestru să decurgă fără nici un incident medical pentru dumneavoastră şi făt. Cu toate acestea, cele mai serioase complicaţii ale sarcinii apar tocmai în acest ultim trimestru, de aceea este bine să fim conştienţi de ele.

Preeclampsia şi eclampsia

Preeclampsia este una din cele mai periculoase complicaţii ale sarcinii. Ea trebuie tratată urgent, altfel pot rezulta afectări permanente ale dumneavoastră şi ale copilului. Semnele şi simptomele sunt:

Preeclampsia
- Hipertensiune arterială
- Proteine urinare crescute (proteinurie)
- Retenţia de lichide ce determină umflarea mâinilor şi a feţei, în special în jurul ochilor
- Creştere bruscă şi excesivă în greutate
- Durere în etajul abdominal superior drept
- Dureri severe de cap
- Tulburări de vedere, inclusiv vederea de flash-uri luminoase

Eclampsia
- Convulsii
- Pierderea conştienţei

Preeclampsia poate fi o complicaţie gravă a perioadei terminale a sarcinii, ce trebuie tratată. Ea apare la 6-8% din toate sarcinile, iar incidenţa totală a eclampsiei este de 1 caz la 1 500 de sarcini.

Preeclampsia şi eclampsia sunt deseori numite toxemii de sarcină, deşi nimeni nu a putut demonstra existenţa la gravide a unei substanţe toxice responsabile pentru aceste complicaţii. Astfel, cauza rămâne necunoscută. Singurul tratament cunoscut este expulzia fătului. Cu toate acestea, însă, medicii ştiu să diagnosticheze aceste complicaţii şi să identifice gravidele cu risc crescut.

Dacă se instalează preeclampsia, iniţial s-ar putea să nu vă daţi seama. La început, puteţi să vă simţiţi normal deoarece hipertensiunea şi proteinuria sunt asimptomatice. Iată unul dintre motivele pentru care este aşa de important să mergeţi regulat la controalele prenatale. Pe măsură ce preeclampsia progresează, încep să apară semne şi simptome.

Preeclampsia poate determina hemoragii intracraniene, hepatice sau renale şi poate fi fatală atât pentru mamă cât şi pentru făt. Mamele adolescente, femeile peste 40 de ani, femeile aflate la prima sarcină, cele cu un istoric de hipertensiune arterială şi cele ce aşteaptă gemeni, toate acestea au un risc crescut de preeclampsie şi eclampsie.

Dacă preeclampsia este uşoară, medicul vă va recomanda să vă odihniţi la pat, să staţi culcate pe partea stângă cât mai mult timp posibil, pentru ca uterul dumneavoastră să nu apese pe marile vase de sânge. Aceste măsuri de prevedere vor îmbunătăţi circulaţia sângelui spre rinichi. Uneori, acest tratament este suficient.

Dacă situaţia este mai severă, va trebui să vă internaţi în spital şi să primiţi medicaţie pentru controlul tensiunii arteriale şi prevenirea convulsiilor. Cel mai bun tratament pentru preeclampsia severă este expulzia fătului. Dacă sunteţi aproape de termen, medicul vă va provoca naşterea sau va efectua o operaţie cezariană. Dacă fătul nu este suficient de dezvoltat pentru a avea şanse de supravieţuire extrauterină, medicul va încerca să amâne travaliul, în condiţiile în care preeclampsia nu este prea severă. Dumneavoastră şi fătul veţi fi continuu monitorizaţi pentru a fi siguri că nici unul dintre dumneavoastră nu este în pericol.

După expulzie, simptomele preeclampsiei scad de obicei în intensitate, deşi există cazuri în care eclampsia se poate declanşa în decurs de 24 de ore de la naştere şi, rareori, chiar mai târziu. Eclampsia nu mai este aşa de frecventă ca în trecut. Dacă totuşi se instalează, medicul vă va sfătui să naşteţi imediat. Datorită îmbunătăţirii tehnicilor de îngrijire prenatală, în cazul marii majorităţi a femeilor cu preeclampsie nu există o progresie spre eclampsie.

Sângerarea antepartum

Dacă aveţi o sângerare vaginală după a cincea lună de sarcină, înseamnă că prezentaţi o sângerare antepartum (înainte de naştere). Există mai multe cauze ce pot determina o sângerare antepartum, la mijlocul sau la sfârşitul sarcinii. Printre aceste cauze se numără placenta praevia, deteriorare cervicală sau separarea placentei de peretele uterin.

Anunţaţi imediat medicului orice sângerare din timpul sarcinii. Acesta va dori să determine cauza sângerării. Probabil va fi necesar să vă internaţi în spital pentru examinări şi teste. De cele mai multe ori, sângerările antepartum sunt uşoare şi nu există nici o problemă. Cu toate acestea, dacă sângerarea devine abundentă, poate deveni primejdioasă pentru dumneavoastră şi copil. După o pierdere substanţială de sânge o transfuzie va fi deseori necesară.

Dacă sângerarea devine periculoasă, se impune naşterea prematură, fie provocată fie prin cezariană.

Ruperea prematură a membranelor

În mod normal, membranele ce înconjoară fătul se rup chiar înainte sau în timpul travaliului. Ocazional, însă, aceste membrane se pot rupe cu săptămâni sau chiar luni înainte de termen. Dacă simţiţi o scurgere bruscă sau continuă de lichid din vagin, este posibil ca membranele să se fi rupt, fenomen cunoscut sub numele de "ruperea apei".

Nu este cunoscută cauza rupturii premature de membrane, deşi se înmulţesc argumentele ce indică infecţia drept cauză principală. Anunţaţi-vă imediat medicul. Cel mai probabil veţi fi spitalizată. Vi se poate efectua amniocenteză sau colectare de lichid vaginal, pentru a determina dacă plămânii fătului sunt suficient de maturaţi pentru a supravieţui unei naşteri premature.

În cazul ruperii premature a membranelor, există un risc crescut ca travaliul să înceapă în decurs de câteva zile - o perspectivă periculoasă dacă sunteţi abia la jumătatea sarcinii. În plus, o dată membranele rupte, există un risc crescut de infecţie.

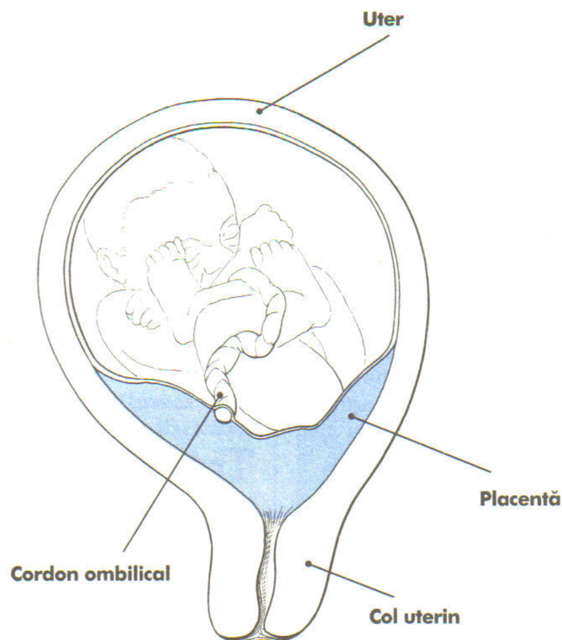
Dacă plămânii fătului dumneavoastră sunt suficient de maturaţi, medicul vă va administra medicamente care să vă provoace naşterea. Dacă fătul dumneavoastră nu este suficient de matur ca să poată supravieţui în afara uterului, medicul vă va administra o medicaţie care să determine maturarea plămânilor fetali, precum şi relaxante ale musculaturii uterine, pentru a micşora şansa unei naşteri premature. Aceste metode pot fi eficiente, dar riscul unei infecţii severe rămâne, astfel că veţi fi monitorizate în continuare.

Placenta praevia

În acest caz, în loc ca placentă să fie localizată sus pe peretele uterin, ea este inserată jos, acoperind parţial sau total colul uterin. Târziu în sarcină, când uterul se pregăteşte de travaliu, colul uterin se destinde dezlipind orice porţiune de placentă inserată în vecinătate. Rezultatul va fi o arie lezională ce va sângera. Puteţi avea sângerări vaginale nedureroase, de obicei la sfârşitul trimestrului al treilea sau mai târziu. Frecvent, debutează noaptea şi se opreşte spontan.

Aproximativ 1 din 200 de sarcini ce se dezvoltă peste 7 luni prezintă placenta praevia. Mai puţin obişnuită la prima sarcină, placenta praevia are şanse mai mari să apară cu fiecare sarcină ce urmează. Mamele mai în vârstă, precum şi cele ce au avut anterior cezariene, au un risc mai mare de a prezenta placenta praevia. Dacă medicul dumneavoastră bănuieşte că prezentaţi placenta praevia, va cere să faceţi un examen ecografic. Ocazional, este necesar şi un examen de rezonanţă magnetică nucleară (RMN).

Sângerarea în cazul placentei praevia poate fi severă, punând în pericol viaţa mamei şi a copilului. Dacă sunteţi în apropierea termenului, medicul vă va sfătui, probabil, să faceţi o operaţie cezariană pentru a preveni continuarea sângerării. Dacă hemoragia este severă, va fi nevoie de o transfuzie de sânge. Vi se pot recomanda odihna la pat şi interzicerea contactelor sexuale sau tuşeurile vaginale.



În placenta praevia, placenta este poziţionată peste colul uterin. Poate apărea o sângerare nedureroasă. Dacă se întâmplă acest lucru, anunţaţi-vă imediat medicul.

Dezlipirea prematură a placentei normal inserate

Dezlipirea prematură a placentei normal inserate (Abruptio placentae) înainte de începutul travaliului poate scădea sau întrerupe aportul de sânge saturat în oxigen către făt. Dezlipirea poate fi parţială, interesând doar o parte a placentei, ca de exemplu o margine a placentei, sau totală interesînd întreaga placentă.

Femeile ce prezintă în sarcină hipertensiune arterială, preexistentă sau de sarcină, sunt mai expuse riscului de dezlipire placentară.

Dezlipirea placentei este una din cauzele majore de moarte fetală din cursul celui de-al treilea trimestru. În urma dezlipirii placentare mama poate dezvolta probleme circulatorii severe sau şoc hemoragic, datorită sângerării abundente. Din fericire, în condiţiile unei atente monitorizări a mamei şi copilului şi a posibilităţii de naştere promptă la primele semne de alarmă, deznodământul este bun, atât pentru mamă cât şi pentru copil.

Moartea fetală intrauterină

Majoritatea morților fetale au loc ca pierderi de sarcină în cursul primelor luni de sarcină. Uneori, moartea fătului se produce după luna a 5-a de gestație.

Există câteva cauze de moarte fetală intrauterină printre care: preeclampsia, eclampsia, diabetul matern, hemoragia antepartum, sarcina prelungită, incompatibilitatea Rh, precum și anomaliile congenitale severe. Cauzele multor morți fetale rămân necunoscute.

De obicei, moartea intrauterină a fătului are loc fără prezența simptomelor. Într-una din zile nu mai simțiți mișcările fetale ca înainte. În cazul în care medicul nu mai poate auzi bătăile cordului fetal, va efectua o ecografie pentru a vedea dacă fătul mai este în viață. Medicul vă va face probabil și o amniocenteză pentru a stabili cauza morții fetale.

Cel mai frecvent, travaliul începe într-un interval de 2 săptămâni de la moartea intrauterină a fătului, deși uneori, dacă sarcina este pe la mijloc, intervalul poate fi mai lung. Dacă travaliul nu se declanșează spontan, veți primi medicație pentru inducerea lui. Dacă travaliul este prea mult timp amânat există pericolul ca dumneavoastră să prezentați anomalii de coagulare sangvină, care să preceadă instalarea unei hemoragii amenințătoare de viață.

În cele mai multe cazuri, deznodământul sarcinilor viitoare este similar celui unei prime sarcini. Cea mai mare povară este durerea pe care fiecare cuplu trebuie să o depășească după o moarte intrauterină a copilului lor.

Sarcina prelungită

Durata medie a unei sarcini normale este de 40 de săptămâni de la prima zi a ultimului ciclu menstrual. Sarcinila prelungită (postmatură) este o sarcină de peste 42 de săptămâni.

Ca și prematuritatea, postmaturitatea poate fi periculoasă. Fătul postmatur este dependent de o placentă îmbătrânită ce poate să nu mai fie capabilă să asigure necesarul de oxigen. Mai mult decât atât, copilul continuă să crească, ceea ce va face expulzia extrem de dificilă.

Ocazional, creșterea fătului se poate opri în întregime, copilul nemaifiind nutrit deloc. Prin urmare, rata nașterilor de feți morți este de 2 ori mai mare ca la cei născuți la termen.

Dacă sarcina dumneavoastră depășește 42 de săptămâni, medicul dumneavoastră vă va provoca travaliul, după ce s-a asigurat că sarcina este într-adevăr depășită și nu este vorba de o greșeală de calcul a vârstei gestaționale. Dacă fătul este foarte mare, va fi probabil necesară o naștere prin cezariană.

Travaliul și nașterea

Pentru multe femei, travaliul și nașterea sunt perioadele sarcinii la care se gândesc cel mai mult și adesea cu neliniște. Dacă nu ați mai născut, veți fi curioasă cum va fi și cum îi veți face față.

Încercați să vă relaxați. Majoritatea femeilor fac față fără nici o problemă deoarece corpul femeii este conceput să se adapteze travaliului și nașterii. Cu toate că a da naștere este un lucru dificil, învățând mai multe despre acest proces și exersând tehnicile de relaxare, veți putea trece mai ușor peste experiența nașterii.

Primele semne ale travaliului

Cum o să știu când începe travaliul? Aceasta este o întrebare la care uneori este greu de răspuns, pentru că fiecare femeie, ca și fiecare sarcină, sunt diferite. Poate că acesta este primul dumneavoastră copil și sunteți derutate de sfaturile prietenilor și rudelor. Unii vă spun că travaliul va fi cel mai greu lucru din viața dumneavoastră, alții că nu este așa de greu. Poate ați mai născut deja și vă așteptați ca acest travaliu să fie similar celui precedent.

La orice v-ați aștepta, fiți pregătită pentru orice. Fiecare travaliu este diferit. Există niște indicii clare care vă pot spune dacă travaliul a început sau este pe cale să înceapă.

1. Cu câteva zile sau ore înainte ca travaliul să înceapă cu adevărat, veți avea o ușoară sângerare. Aceasta este, de fapt, dopul gelatinos care a constituit, în timpul sarcinii, bariera dintre uter și vagin.
2. Membranele ce înconjoară lichidul amniotic se pot rupe la începutul travaliului sau în timpul desfășurării lui. Când membranele se rup, puteți simți o scurgere bruscă sau mai lentă de lichid din vagin.
3. Contracțiile pot fi sau nu un semn că sunteți în travaliu. Pe parcursul sarcinii poate ați observat cum este când uterul dumneavoastră se contractă. Aceste contracții se numesc contracții Braxton Hicks și, de obicei, nu creează stări de disconfort până în ultimele săptămâni de sarcină. Multe femei prezintă aceste contracții și cred că sunt în travaliu. Deseori este greu pentru gravide să deosebească contracțiile Braxton Hicks de contracțiile adevărate de travaliu. Uneori, contracțiile Braxton Hicks se pot opri dacă stați întinsă și vă odihniți sau faceți o baie fierbinte.
   Ca o regulă, rețineți că adevăratele contracții de travaliu survin la intervale regulate. Perioadele dintre contracții se micșorează puțin câte puțin, contracțiile devenind din ce în ce mai lungi și mai intense. Durerea începe, de obicei, sus în uter și iradiază jos în abdomen și spre partea de jos a spatelui. Adevăratele contracțiii de travaliu nu dispar dacă vă culcați și vă odihniți. Când contracțiile dumneavoastră devin mai lungi, mai puternice și mai frecvente sunt șanse ca ele să fie cele adevărate.

Dacă aveți vreunul din aceste semne, anunțați-vă medicul sau mergeți la spital. Medicul vă va examina pentru a vedea dacă se dilată și se scurtează colul uterin, semne ce indică faptul că fătul se pregătește să se nască. Dacă membranele s-au rupt, medicul vă va îndruma să mergeți imediat la spital.

? Întrebare şi răspuns

Ce este falsul travaliu?

Multe femei pot avea unul sau mai mule false travalii înainte să se instaleze cel adevărat. Travaliile false au cele mai mari şanse să apară în ultimile săptămâni de sarcină şi la gravidele ce au mai născut. Cum puteţi deosebi un travaliu fals de unul adevărat ? În cursul unui travaliu fals veţi avea contracţii, dar ele vor fi de obicei neregulate şi nu vor creşte în frecvenţă şi intensitate, cum fac cele adevăratre. Mai mult, durerile sunt localizate în partea inferioară a abdomenului, pe când adevăratele contracţii încep mai sus, în uter şi iradiază în jos spre abdomen şi spre partea inferioară a spatelui.

Când travaliul este fals, mersul poate opri contracţiile, pe când în cazul travaliului adevărat, mersul nu are nici un efect asupra contracţiilor.

Dacă aveţi îndoieli cu privire la simptomele dumneavoastră de travaliu cereţi aviz medical. Multe gravide au amânat să meargă la spital, fiind convinse că este doar o alarmă falsă, pentru a naşte înainte să ajungă la spital

Procedurile din timpul travaliului şi naşterii

Unul dintre motivele pentru care travaliul este mai puţin periculos astăzi este acela că există procedee de monitorizare a sănătăţii mamei şi fătului. Este important să înţelegeţi principalele procedee înainte de a începe travaliul.

Travaliul presupune un efort intens şi nu este momentul potrivit în care să învăţaţi şi să luaţi decizii cu privire la procedurile recomandate de medicul dumneavoastră. Vorbiţi cu medicul dumneavoastră înainte de travaliu despre preferinţele şi practicile lui obişnuite. Puneţi întrebări astfel încât să înţelegeţi ce se întâmplă atunci când va fi important să ştiţi.

Monitorizarea electronică a fătului

Aceasta este folosită pentru a înregistra, în mod continuu, frecvenţa cardiacă fetală în timpul travaliului. Monitorizarea fetală poate fi făcută şi înainte de travaliu dacă mama prezintă o boală ce poate afecta fătul.

În timpul contracţiilor uterine din travaliu, circulaţia sângelui prin placentă este redusă temporar. Majoritatea feţilor tolerează acest lucru fără probleme dar, dacă fătul este în pericol, pot apărea modificări ale frecvenţei lui cardiace. Mulţi medici recomandă folosirea monitorizării fetale din timpul travaliului ca pe o precauţie, pentru siguranţa fătului.

Monitorizarea externă

În cazul monitorizării externe se plasează 2 benzi late în jurul abdomenului matern. Una este plasată în partea superioară a uterului şi conţine un senzor ce măsoară şi înregistrează durata şi frecvenţa contracţiilor. Cealaltă este plasată în partea inferioară a abdomenului şi fixează un transductor care înregistrează frecvenţa cardiacă fetală. Senzorul şi transductorul sunt conectaţi la un monitor care vizualizează, pe ecran şi pe hârtie, simultan cele 2 trasee, pentru a putea fi observată interacţiunea lor.

Monitorizare internă

Dacă în timpul travaliului medicul este îngrijorat de starea mamei sau a fătului, poate folosi un monitor intern. Aceasta este o procedură mai invazivă ce constă în inserarea, prin vaginul dumneavoastră, a unui electrod pe scalpul fetal. Acest lucru este efectuat după ce s-au rupt membranele.

În acelaşi timp, un tub conţinând un senzor (cateter de presiune) folosit pentru măsurarea contracţiilor, este plasat la nivelul părţii de sus a uterului, de-a lungul capului fetal. Astfel, sunt înregistrate contracţiile dumneavoastră, precum şi răspunsul cardiac fetal la aceste contracţii. Dacă răspunsul cardiac fetal indică prezenţa unei suferinţe fetale, medicul s-ar putea să hotărească naşterea imediată prin cezariană.



Monitorizarea fetală externă detectează şi înregistrează frecvenţa cardiacă fetală, precum şi intensitatea şi frecvenţa contracţiilor în timpul travaliului.

Pulsoximetria fetală

Un alt tip de monitorizare fetală măsoară nivelul oxigenului fetal sangvin în cursul travaliului și al nașterii.

Senzorul este inserat în uterul matern și plasat în vecinătatea tâmplei sau obrazului fetal, permițând medicului să măsoare nivelul oxigenului sangvin fetal. Acest dispozitiv poate fi folosit împreună cu monitorizarea electronică fetală convențională atunci când frecvența cardiacă fetală indică suferința fetală cauzată de lipsa unei cantități suficiente de oxigen.

Pulsoximetria fetală este folosită în cazul sarcinii unice, nu gemelare, de cel puțin 36 săptămâni de gestație, când membranele materne s-au rupt și copilul este în prezentație normală, craniană. Această metodă este nouă și este încă în studiu.

Testarea sângelui fetal

O altă metodă de detectare a unei eventuale suferințe fetale din timpul travaliului este aceea de prelevare a unei mostre de sânge fetal și de măsurarea a pH-ului sangvin. Medicul va efectua acest test în cazul în care va suspecta că fătul primește o cantitate insuficientă de oxigen.

Un instrument în formă de tub numit endoscop este inserat prin colul uterin dilatat până în pielea fătului, de obicei cea a scalpului. Se efectuează apoi 2 mici incizii în piele și se prelevează o cantitate mică de sânge, printr-un tub. Se măsoară apoi pH-ul sangvin. Dacă acesta este mai mic decât normal, va trebui să fiți supusă unei intervenții cezariene de urgență.

Inducerea travaliului

Uneori, este necesar să se provoace (inducă) travaliul. Deși unele mame și medici sunt de acord să inducă travaliul din conveniență, acest lucru nu este recomandat. Majoritatea travaliilor provocate au loc atunci când prelungirea sarcinii constituie un pericol pentru mamă, copil sau pentru ambii.

Cele mai frecvente motive medicale de inducere a travaliului sunt reprezentate de preeclampsie, eclampsie și ruptura prematură de membrane. În plus, travaliul mai poate fi provocat în cazul în care medicul suspicionează o suferință fetală sau sarcina a depășit termenul.

Dacă medicul recomandă inducerea travaliului, primul pas va fi ruperea membranelor. Uneori, acest lucru va declanșa travaliul. Alteori, după ruperea membranelor pot fi folosite medicamente de tipul ocitocinei (Pitocin, Syntocinon) pentru declanșarea sau creșterea contracțiilor.

Epiziotomia

Epiziotomia este o incizie făcută cu puțin timp înainte de expulzie, pentru a lărgi vulva și a evita o ruptură tisulară. Acest procedeu este efectuat pentru a preveni distrucția severă a țesutului matern ce ar putea rezulta prin expulzia vaginală a unui făt foarte mare.

Dacă medicul consideră că vaginul dumneavoastră ar putea fi lezat în timpul expulziei, vă va injecta un anestezic local în zona dintre rect și vagin. Apoi va efectua o incizie exact înainte de expulzia capului fetal.

După expulzie, incizia este suturată cu fire resorbabile. Puteți prezenta, un timp, unele dureri. Această durere poate fi ameliorată prin băi fierbinți sau aplicații locale cu gheață, medicație antialgică sau spray-uri cu anestezic local.

Aplicarea forcepsului

Forcepsul este format din două lame boante ce seamănă cu niște clești. El este folosit pentru a extrage fătul din vagin când expulzia nu progresează cum ar trebui sau când apar semne de suferință fetală.

Forcepsul poate fi folosit când travaliul nu progresează, când fătul este poziționat anormal sau când există indicii că fătul nu poate suporta travaliul. Uneori, forcepsul este folosit când femeia nu mai are puterea să împingă fătul. Dacă este necesară aplicarea forcepsului, este necesară și o epiziotomie.

Complicațiile aplicării forcepsului sunt relativ rare. Ocazional, pot apărea leziuni temporare ale feței nou-născutului. Cu toate acestea, aplicarea cu îndemânare a forcepsului a salvat viața multor bebeluși.

Vacuumextractorul

Acest dispozitiv a fost creat ca un înlocuitor la forcepsului. O cupă de metal sau silicon este fixată pe scalpul fătului și apoi se folosește o pompă pentru a atașa vacuumextractorul de capul fetal. Trăgând de mânerul cupei, medicul poate deplasa capul fătului într-o poziție mai bună și poate trage fătul afară. Ocazional, pot apărea niște leziuni superficiale pe scalpul fetal, leziuni ce se vindecă în câteva zile.

Stadiile travaliului

Regula este că travaliul este de obicei mai lung la primele nașteri. Colul și canalul cevical sunt mai înguste și mai puțin flexibile la primipare și, de aceea, travaliul și nașterea durează mai mult. O mamă ce naște prima oară se poate aștepta să treacă o perioadă de aproximativ 13 ore de la începerea travaliului și până la expulzia fătului. Cu toate acestea, anumite femei au un travaliu mult mai lung. Pentru o femeie care a mai născut înainte, timpul mediu este de 4-8 ore.

Travaliul se împarte în 3 stadii:

Stadiul I

Primul stadiu al travaliului este cel mai lung. În timpul acestui stadiu, colul uterin - pasajul strâmt dintre uterul și vaginul dumneavoastră - se deschide pentru a putea permite trecerea fătului. Imaginați-vă uterul ca pe o sticlă mare, elastică, întoarsă cu fundul în sus. Când începe travaliul, colul are o lungime de aproximativ 3 cm și este aproape închis.

Contracțiile determină colul să se deschidă (se dilată) prin presiunea creată în uter. Forța este foarte mare și este direcționată, prin uter, în 2 părți. În timpul unei contracții, fătul este supus unei presiuni uriașe care îl împinge spre cervix. Contracțiile determină scurtarea colului și dispunerea lui în jurul capului fetal. Contracțiile repetate determină deschiderea colului. Acesta este complet dilatat când are un diametru de 10 cm.

În timpul primului stadiu al travaliului, contracţiile dumneavoastră devin mai frecvente şi durează mai mult. Puteţi fi conectată la un dispozitiv ce monitorizează frecvenţa cardiacă fetală şi determină începutul şi sfârşitul fiecărei contracţii. Periodic, medicul dumneavoastră sau o asistentă vă face un examen ginecologic pentru a vedea cum progresaţi.

Unele femei trec prin întregul travaliu fără să aibă nevoie de medicaţie antialgică. Aceste femei au participat, de regulă, la cursurile de pregătire pentru naştere şi au învăţat o serie de tehnici pentru a controla durerea. Ele vor avea probabil şi o expulzie mai rapidă şi mai uşoară. Cu toate acestea, multe femei aleg medicaţia antialgică. Orice medicament folosit pentru ameliorarea durerii are efect şi asupra fătului. Asiguraţi-vă că înţelegeţi beneficiile şi riscurile medicaţiei analgezice înainte de a intra în travaliu. Medicul dumneavoastră vă va ajuta să alegeţi antialgicul cel mai bun pentru dumneavoastră şi copil.

Uneori, travaliul are loc, dar nu este prea eficient. Acest lucru se întâmplă deoarece contracţiile nu sunt prea coordonate sau nu sunt suficient de puternice. În cazul contracţiilor inadecvate, uterul poate fi stimulat să se contracte prin administrarea intravenoasă a medicaţiei de tipul ocitocinei (Pitocin, Syntocinon). În cele mai multe cazuri, această intervenţie este eficientă. Dacă nu este, se impune operaţia cezariană.

Condiţiile ce interferă cu expulzia vaginală sunt: dimensiunea prea mare a capului fetal sau prezentaţia inadecvată ce face expulzia dificilă. Uneori, colul uterin se dilată foarte greu. În aceste cazuri poate fi necesară operaţia cezariană.

Stadiul II

Al doilea stadiu al travaliului este naşterea copilului. Colul uterin este acum complet dilatat şi şters. Acesta este semnalul pentru făt să-şi înceapă călătoria spre canalul pelvigenital.

De îndată ce colul nu mai opune rezistenţă, fiecare contracţie are rolul de a împinge fătul în jos. Veţi putea simţi o nevoie imperioasă să împingeţi, similară cu cea din timpul defecaţiei. Uneori, această nevoie de a împinge apare înainte de completa dilatare cervicală. Este bine să aşteptaţi până la completa dilatare înainte să începeţi să împingeţi.

Împingeţi doar în timpul unei contracţii. În acest fel, 2 forţe - aceea a contracţiei şi forţa cu care împingeţi dumneavoastră - se cumulează pentru împingerea copilului şi pentru economisirea energiei dumneavoastră.

Atât primul cât şi al doilea stadiu al travaliului sunt mai lungi pentru cele aflate la prima naştere. În medie, durează aproximativ 2 ore să împingeţi afară copilul, dacă sunteţi la prima naştere, faţă de 15-40 de minute în cazul celor ce au mai născut.

Pe măsură ce împingeţi şi fătul începe să coboare, deschiderea vaginală se măreşte din ce în ce mai mult. În câteva minute vulva se destinde complet pentru a permite expulzia.

După expulzia capului fetal, vi se va spune să opriţi împinsul pentru câteva momente pentru a permite medicului să cureţe căile aeriene ale copilului. Poate vi se va părea dificil să vă opriţi din împins când vi se va spune, dar încercaţi. După aceea, veţi fi încurajată să împingeţi din nou şi, cu doar câteva sforţări, copilul dumneavoastră se va naşte.

Cordonul ombilical, care leagă fătul de placentă, este tăiat şi, dacă nu există nici o problemă, copilul vă este pus în braţe. Curând după aceasta, copilul este cântărit şi examinat.

Stadiul III

Al treilea stadiu al travaliului este expulzia placentei. Uterul dumneavoastră continuă să se contracte pentru a elimina placenta dar, nu ar mai trebui să simţiţi prea multă durere. Contracţiile vor continua şi după expulzia placentei, dar şi aceste contracţii sunt în general uşoare.

Ameliorarea durerii

80-90% dintre gravide aleg să folosească medicaţie antialgică în timpul naşterii. Ce vă hotărâţi să folosiţi, dacă hotărâţi, depinde de preferinţele dumneavoastră, recomandările medicului, medicamentele disponibile în clinica pe care aţi ales-o, precum şi de felul în care decurge travaliul dumneavoastră.

Aflaţi din timp despre diferitele opţiuni pentru a putea face alegeri în cunoştinţă de cauză în ceea ce priveşte medicamentele antialgice. Cu toate acestea, rămâneţi flexibile pentru că s-ar putea să fiţi nevoită să vă răzgândiţi, dacă lucrurile nu decurg aşa cum v-aţi planificat.

Toate medicamentele presupun un oarecare risc pentru copil. Acest risc trebuie pus în balanţă cu dorinţa de a vă uşura durerea.

Narcoticele

Narcoticele au efect antialgic bun, nu interferă cu capacitatea dumneavoastră de a împinge şi pot fi administrate intramuscular sau intravenos. Ele au, însă, un efect sedativ. De asemenea, pot da greţuri, vomă, ameţeli, prurit şi, ocazional, probleme respiratorii.

Deoarece narcoticele pot scădea frecvenţa respiratorie a fătului în timpul naşterii, ele nu se administrează în preajma expulziei. Dacă fătul este afectat de medicaţia narcotică, poate primi imediat după naştere medicaţia care să antagonizeze efectele narcoticelor.

Anestezicele locale

Anestezicul "local" este un medicament injectat direct în ţesut, proces asemănător cu anestezia făcută de un stomatolog înainte de tratamentul stomatologic. Cea mai simplă anestezie efectuată în timpul naşterii este cea dinaintea epiziotomiei sau dinaintea suturării unei dilacerări tisulare. O anestezie locală înainte de epiziotomie nu are nici un efect asupra copilului şi nici nu ameliorează durerile din timpul travaliului. Injecţiile cu alte localizări au efecte ce iradiază mai mult.

Anestezia paracervicală

Acesta constă în injectarea anestezicului în țesutul din jurul colului, care ajută la diminuarea durerii datorată contracțiilor uterine și a dilatării cervicale din timpul fazelor timpurii ale travaliului. Ocazional, acest tip de anestezie poate încetini frecvența cardiacă fetală. Astăzi, datorită creșterii utilizării anesteziei epidurale sau rahidiene, anestezia paracervicală este mai puțin folosită.

Anestezia nervului rușinos

Aceasta constă în injectarea anestezicului în peretele vaginal și în ligamentele ce susțin planșeul pelvin. Deoarece efectul se exercită doar asupra vaginului și rectului și nu ameliorează durerea uterină și cervicală, este folosită doar pentru partea finală a travaliului și pentru epiziotomie.

Anestezia epidurală și rahidiană

Aceste tipuri de anestezie sunt foarte populare. Fiecare dintre aceste proceduri folosește un amestec de anestezice și narcotice care este injectat în spațiul ce înconjoară nervii spinali, blocând temporar durerea, de la nivelul pieptului în jos. Aceste tipuri de anestezie pot fi folosite atât în travaliu cât și pentru epiziotomie sau operația cezariană. Folosirea lor, însă, se face sub supravegherea unui medic anestezist.

Anestezia epidurală și rahianestezia sunt cele mai eficiente tipuri de anestezie folosite la naștere. Ele au un bun efect anestezic, dar dumneavoastră puteți rămâne trează și alertă pentru a putea colabora la expulzie și a vă bucura de nașterea copilului.

Prezentații fetale anormale

Cei mai mulți copii se nasc în prezentație craniană, cu fața spre spatele mamei. Această poziție se numește prezentație craniană occipito-anterioară. Este prezentația ce asigură cel mai ușor pasaj prin canalul pelvigenital. Totuși, aproximativ 2% dintre feți vin pe lume în alte prezentații, unele fiind potențial periculoase și necesitând o îngrijire specială în timpul travaliului și al expulziei.

Prezentația pelviană

Aceasta este cea mai frecventă dintre prezentațiile anormale. Dacă fătul dumneavoastră este în prezentație pelviană, el este poziționat cu fesele spre colul uterin. Astfel, în locul capului, fie pelvisul, fie picioarele ies primele.

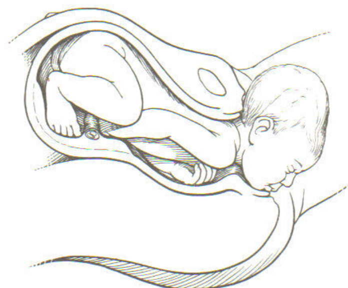
Prezentațiile pelvine sunt frecvente în cazul feților prematuri deoarece mulți feți se așază în prezentația corectă doar cu câteva săptămâni sau chiar zile înainte de naștere. Alți factori predispozanți ai prezentațiilor pelviene sunt: sarcinile gemelare, anomalii uterine, tumori, hidramnios și placenta praevia.

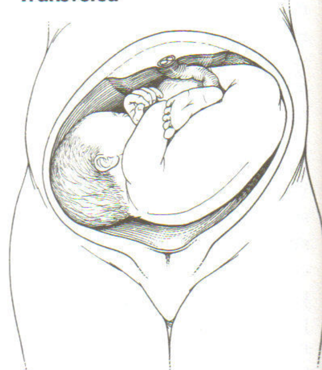
Dacă fătul este în prezentație pelviană, în ultimile săptămâni de sarcină, medicul poate încerca să efectueze o versiune externă. Dacă bebelușul nu se întoarce înainte de travaliu, mulți medici preferă efectuarea unei operații cezariene, ce implică, de regulă, mai puține riscuri pentru copil, însă puțin mai multe pentru mamă.

Prezentația transversă

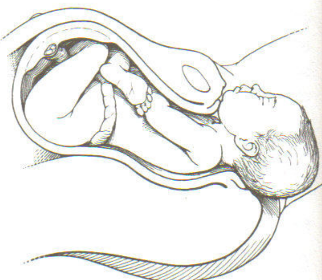
Prezentația transversă este acea prezentație în care fătul stă de-a curmezișul uterului, de regulă cu umerii peste canalul de naștere. Această prezenație este mai frecventă la cele ce au născut 4 sau mai mulți copii. Prematuritatea și placenta praevia sunt alte cauze de prezentație transversă.

Expulzia vaginală este imposibilă în cazul unui făt viu aflat în prezentație transversală. Există un mare pericol de obstrucție a cordonului ombilical rezultând









În momentul nașterii, prezentația normală a copilului este cea craniană, cu fața spre spatele mamei. Această poziție se numește prezentație craniană occipito-anterioară. Alte prezentații sunt: pelviană, transversă și occipito-posterioară.

oprirea aportului de oxigen la făt. Un făt nu poate trece prin canalul pelvigenital în această poziţie.

Se impune operaţia cezariană fie înainte de instalarea travaliului, fie imediat după începerea lui. Dacă travaliul se prelungeşte prea mult, situaţia devine periculoasă atât pentru mamă cât şi pentru copil datorită rupturii uterine şi posibilităţii afectării cardiace.

Prezentaţia craniană occipito-posterioară

Această prezentaţie apare când fătul are capul plasat lângă colul uterin, dar este cu faţa spre partea anterioară a mamei. Această prezentaţie poate îngreuna coborârea fătului prin canalul pelvigenital.

Această prezentaţie poate întârzia expulzia, în special dacă fătul este mare. Uneori, în cazul acestei prezentaţii, este nevoie de aplicarea de forceps, alteori este nevoie de cezariană.

Naşterea prin cezariană

Operaţia cezariană constă în naşterea prin secţionarea peretelui abdominal şi uterin.

Deşi era cunoscută de secole ca o metodă prin care se încerca salvarea copilului după moartea mamei, doar după dezvoltarea tehnicilor anestezice şi antiseptice în secolul al XIX-lea, operaţia cezariană a devenit fezabilă, având scopul de a salva atât pe mamă cât şi pe făt, dintr-o expulzie dificilă.

Naşterea prin cezariană era socotită odinioară, spre deosebire de astăzi, o ultimă soluţie. Ea reprezintă astăzi în SUA mai mult de 20% din toate naşterile. Deşi vocile critice susţin că balanţa s-a înclinat prea mult în favoarea folosirii operaţiei cezariene, nu există nici un dubiu în privinţa faptului că multe vieţi de mame şi copii au fost salvate tocmai datorită acestei alternative a naşterii vaginale.

Când este necesară naşterea prin cezariană?

Operaţia cezariană este necesară în multe situaţii. Unii prematuri au şanse mai mari de supravieţuire dacă se nasc prin cezariană. Feţii în prezentaţii pelviene sau transverse se nasc mai frecvent prin cezariană decât prin expulzie vaginală. Când un făt este prea mare şi canalul pelvigenital al mamei este neobişnuit de îngust, operaţia cezariană este singura cale sigură de naştere.

Uneori, anomalii ale uterului şi vaginului obstrucţionează canalul pelvigenital şi cezariana se impune. Dacă mama prezintă preeclampsie, diabet, herpes genital sau hipertensiune arterială şi fătul are probleme, poate fi indicată naşterea prin cezariană. Anomalii de inserţie a placentei, cum este placenta praevia, impun operaţia cezariană.

Şi în cazul sarcinii multiple mulţi medici recomandă această procedură. Când travaliul este prelungit datorită contracţiilor uterine insuficient, o naştere prin cezariană poate fi mai sigură, atât pentru mamă cât şi pentru copil.

Unii experţi medicali sunt de părere că această procedură este efectuată prea des şi că medicii apelează la ea ori de câte ori se confruntă cu posibilitatea unei naşteri dificile, doar pentru a lua toate măsurile de siguranţă. Este adevărat că uneori se practică o oarecare medicină aşa-zis defensivă, dar frica unui potenţial litigiu judiciar nu este cauza majorităţii operaţiilor cezariene.

Tehnicile îmbunătăţite de monitorizare fetală pot furniza astăzi informaţii vitale despre starea fătului şi despre abilitatea lui de a face faţă travaliului şi expulziei. De îndată ce apare suspiciunea că fătul ar putea fi pus în pericol, medicii recurg la cezariană. Şi, în plus, perfecţionarea tehnicilor operatorii, anestezice şi a antibioticelor fac procedura mai sigură pentru mamă decât era odinioară.

Cum multe femei amână sarcina până mai târziu în viaţă, ele şi feţii lor prezintă un risc mai mare de complicaţii medicale comparativ cu cele mai tinere. În ce măsură este nevoie de naştere prin cezariană în cazul naşterilor ulterioare depinde de tipul inciziei uterine - cât de mult se prelungeşte incizia spre partea superioară a uterului - şi de repetarea circumstanţelor ce au dus la prima operaţie cezariană. Expulzia vaginală după o naştere prin cezariană implică întotdeauna un oarecare risc.

Tehnica operaţiei cezariene

Gravidelor ce urmează să aibe o naştere prin cezariană li se administrează un anestezic. Dacă operaţia se face în urgenţă, veţi fi adormită printr-o anestezie generală. Multe spitale permit acum prezenţa partenerului în sala de operaţie, în afara cazurilor în care cezariana se face de urgenţă.

O naştere normală prin cezariană durează ceva mai puţin de o oră. Există 2 tipuri de incizie abdominală ce pot fi folosite. Una este aşa numita incizie „bikini", care este o incizie orizontală aproape de linia de inserţie a părului pubian. Cealaltă este o incizie verticală de la ombilic la pubis.

Pentru a deschide uterul, pot fi efectuate 1 sau 2 incizii. Cea mai obişnuită metodă este o incizie orizontală în porţiunea inferioară a uterului, numită o incizie uterină transversală joasă. Acest tip de incizie se vindecă mai bine



Deseori, tatăl poate fi martorul naşterii prin cezariană. La câteva minute de la naştere mama şi tatăl pot să-şi salute, împreună, copilul în timp ce chirurgii termină operaţia.

şi este asociată cu un risc mai mic de ruptură uterină la următoarele sarcini.

Uneori, medicul va face o incizie verticală pentru a deschide uterul. Acest tip de incizie asigură un acces mai larg la uter şi este folosită, de exemplu, în cazul unui făt foarte mare sau unui făt prematur cu o prezentaţie anormală.

După ce uterul este deschis, copilul este extras, cordonul ombilical este tăiat, placenta este îndepărtată şi se suturează strâns inciziile uterine şi abdominale.

Complicaţii

Deşi operaţia cezariană este mai sigură acum decât era odinioară şi multe femei îşi revin uşor după ea, totuşi pot apărea şi complicaţii. Ca în cazul oricărei operaţii chirurgicale, există un risc de infecţie la nivelul suturii, precum şi un risc de infecţie urinară şi renală. Sângerarea la nivelul suturii este rară, dar când apare poate fi severă.

Rata deceselor la femeile ce suferă o cezariană este de 2-4 ori mai mare ca în cazul celor ce nasc normal. Multe din femeile ce mor în urma unei cezariene erau bolnave înainte de intervenţie şi multe din aceste decese au fost asociate cu situaţiile de urgenţă ce au dus la cezariană.

Recuperarea

Iniţial, vă veţi simţi ameţită şi cu o senzaţie de disconfort, şi veţi avea nevoie de ajutor suplimentar pentru îngrijirea bebeluşului dumneavoastră. După operaţie veţi fi încurajată să vă mişcaţi prin cameră începând chiar în ziua operaţiei. Vă puteţi alimenta ca de obicei, dacă aveţi poftă de mâncare. Puteţi să vă ţineţi copilul şi să-l alăptaţi la fel cum aţi fi făcut după o expulzie vaginală. Femeile ce au născut prin cezariană trebuie să mai stea în spital o zi în plus faţă de cele ce au născut normal.

Sarcinile viitoare

În trecut, se spunea că o dată ce o femeie a avut o cezariană, toate celelalte naşteri ulterioare vor fi tot cezariene. Acest lucru se făcea datorită riscului rupturii cicatricei uterine în timpul travaliului, care determina adesea serioase complicaţii pentru mamă şi copil.

Acum, multe gravide ce au avut o cezariană înainte pot fi capabile să aibă o expulzie vaginală. Acest lucru depinde de cauza iniţială pentru care s-a făcut cezariana şi dacă aceasta mai este prezentă. De exemplu, dacă cezariana anterioară s-a efectuat datorită suferinţei fetale, viitorul dumneavoastră copil poate fi în stare să facă faţă travaliului şi expulziei vaginale. Dimpotrivă, dacă aţi avut o cezariană pentru că pelvisul dumneavoastră este neobişnuit de îngust, viitoarele dumneavoastră naşteri vor trebui să fie tot cezariene.

Alţi factori care pot determina dacă puteţi încerca o expulzie vaginală sunt tipul inciziei care s-a efectuat şi dacă în cazul primei operaţii cezariane a existat vreo infecţie. Dacă cicatricea dumneavoastră uterină este de tip orizontal (incizie uterină transversă joasă), puteţi fi o candidată pentru o expulzie vaginală.

Dacă vreţi să naşteţi pe cale vaginală după o naştere prin cezariană, trebuie să vă luaţi următoarele precauţiuni: asiguraţi-vă că naşteţi într-un spital. Nu staţi acasă în timpul travaliului astfel încât să fiţi obligate să naşteţi la orice spital din apropiere. Asiguraţi-vă că spitalul are o bancă de sânge pentru transfuzii. Asiguraţi-vă, de asemenea, că spitalul are posibilitatea să pună la dispoziţie o sală pentru cezariană în decursul a 15 minute de la recunoaşterea unei rupturi uterine. Evitaţi inducerea travaliului.

Complicaţii postpartum

După naşterea copilului, mama poate prezenta complicaţii medicale în urma expulziei. Ştiind la ce vă puteţi aştepta în aceste situaţii, veţi fi probabil mai puţin stresată într-un moment deosebit de încărcat emoţional.

Retenţia de placentă

În mod normal, placenta este expulzată în aproximativ 30 de minute după expulzia fătului. Medicul vă poate apăsa pe abdomen pentru a ajuta decolarea placentei. Retenţia placentei constă în rămânerea placentei în interiorul uterului după expulzia fătului, deseori pentru că nu s-a separat complet de peretele uterin.

Uneori, medicul trebuie să decoleze manual placenta de pe peretele uterin. În cursul acestei proceduri veţi fi anesteziată. Dacă problema nu se rezolvă nici aşa, va fi probabil necesară, pentru a decola placenta, o operaţie chirurgicală numită dilatare şi chiuretaj (D şi C).

Sângerarea în postpartum

Sângerarea (hemoragia) în postpartum constă în pierderea excesivă de sânge după expulzia fătului, datorită unei hemoragii uterine abundente. Aceasta este cea mai frecventă dintre hemoragiile obstetricale grave. Frecvent, ea este determinată de incapacitatea uterului de a se contracta suficient pentru a opri sângerarea ce apare în momentul în care placenta se desprinde de uter. Această incapacitate poate fi rezultatul unor contracţii necorespunzătoare ale musculaturii uterine.

Alte cauze ale sângerării în postpartum pot fi: lezarea peretelui vaginal în urma unei epiziotomii sau dilacerări tisulare, ruptură uterină şi retenţia unei părţi de placentă. Riscul unei sângerări în postpartum creşte în cazul expulziei unui făt excesiv de mare sau a mai multor feţi, în cazul aplicării forcepsului, în cazul unei naşteri vaginale după o cezariană, în cazul mai multor expulzii în antecedente, hidramniosului şi a travaliului indus medicamentos.

Dacă prezentaţi hemoragie în postpartum, aceasta poate varia de la una uşoară ce durează câteva ore, la una masivă. Uneori, sângele nu se elimină prin vagin ci se colectează în uter determinând dilatarea acestuia.

Sângerarea în postpartum poate fi, în general, controlată medicamentos, cu medicație ce stimulează contracția uterină. Dacă această metodă nu dă rezultate, medicul va face un control ginecologic pentru a căuta țesuturi dilacerate.

Dacă sângerarea nu poate fi controlată, va fi necesară o intervenție abdominală. Primul pas este ligaturarea principalelor vase sangvine ce irigă uterul. Dacă acest lucru reușește, sângerarea se va opri și veți putea avea și alți copii. Dacă hemoragia continuă, trebuie scos uterul.

Perioada de lăuzie

Dacă travaliul și expulzia fătului au trecut fără probleme, veți fi cu siguranță ușurată că ați dat naștere unui copil sănătos. Alături de această ușurare, însă, apar o mulțime de noi responsabilități și griji. În următoarele luni va trebui să luați diferite hotărâri și să faceți față multor probleme și obstacole.

În cap. 12 "Perioada de sugar și de copil mic" sunt discutate pe larg multe aspecte legate de sănătatea copilului dumneavoastră. Cu toate acestea, și dumneavoastră vă puteți confrunta cu diferite probleme de sănătate.

Alăptarea

Alăptarea nou-născutului vă ocupă o mare parte din timp. Cap. 12 tratează pe larg aspectele legate de alimentația naturală și cea artificială.

Majoritatea mamelor sunt fizic capabile să-și alăpteze copii. Unele femei cu sâni mici se pot gândi că nu vor avea suficient lapte. Acest lucru nu este adevărat, deoarece alăptatul nu depinde de mărimea sânilor.

În timpul sarcinii, sânii se pregătesc să producă lapte. Hormonii estrogen și progesteron secretați de placentă stimulează dezvoltarea țesutului mamar în scopul producerii de lapte. Sânii dumneavoastă cresc progresiv în volum, iar mameloanele se modifică, devenind mai proeminente și căpătând o culoare maro închis.

După naștere, veți fi probabil capabilă să alăptați imediat copilul. Suptul lui stimulează secreția hormonului hipofizar ocitocină, care ajută uterul să se contracte. Acest lucru va favoriza revenirea mai rapidă a uterului la dimensiunea normală decât dacă nu ați alăpta. În plus, alăptatul poate ajuta la împiedicarea apariției sângerării (hemoragiei) uterine.

Ocitocina stimulează și contracția musculaturii ce înconjoară canalele galactofore, ducând la eliberarea colostrului, un lichid subțire și lipicios. Mai târziu, colostrul este înlocuit de lapte.

După expulzia placentei, este stimulată secreția de prolactină care, la rândul ei, stimulează secreția lactată. La 1 - 2 zile după naștere puteți avea o senzație de angorjare și disconfort la nivelul sânilor. Ei vor fi mult mai mari ca de obicei, tensionați și întăriți. Puteți observa apariția de proeminențe venoase la suprafața lor.

Acestea sunt modificări normale datorate creșterii fluxului sangvin local și secreției de lapte. Cel mai bun tratament pentru această stare de disconfort a sânilor este alăptarea copilului dumneavoastră flămând.

Chiar și în cele mai bune condiții, primele zile și săptămâni de alăptare pot fi dificile. Dacă aveți probleme, rugați pe cineva mai experimentat să vă ajute. Multe spitale au specialiști în lactație care vă pot ajuta în primele săptămâni în care, dumneavoastră și copilul, vă acomodați cu alăptatul.

O dată familiarizată cu rutina alăptării, profitați de efectul de liniștire, asupra dumneavoastă și copilului, din timpul alăptatului. Învățați să luați aminte la indiciile furnizate de corpul dumneavoastră. Dacă vă este sete, beți ceva. Dacă vă este foame, mâncați alimente hrănitoare. Dacă bebelușul dumneavoastră plânge, recunoașteți că primul dumneavoastră instinct este de a-l alăpta. Urmați-vă acest instinct. Dacă sunteți somnoroase, trageți un pui de somn.

Proaspetele mame se întreabă adesea dacă au suficient lapte. Când copilul ia în greutate și are cel puțin 6 scutece ude și 2 sau mai multe scaune în decurs de 24 de ore, înseamnă că laptele este suficient.

Alimentația

În timpul sarcinii, corpul dumneavoastră se pregătește pentru alăptat făcându-și rezerve nutritive și energetice suplimentare. După ce nașteți, veți putea observa o creștere a apetitului și a setei, precum și o schimbare în preferințele alimentare.

Ideea conform căreia, în timpul alăptării, trebuie să urmați diete speciale este nefondată. Cel mai important este să vă hrăniți variat la mesele principale, să luați gustări hrănitoare între mese și să beți multe lichide pentru a vă potoli setea. Nu trebuie să beți lapte ca să aveți lapte dar trebuie să consumați 1200 mg de calciu din orice sursă doriți.

Medicul vă poate recomanda să continuați să luați, în perioada alăptării, vitaminele pe care le luați în timpul sarcinii. Evitați curele de slăbire pentru a scăpa de kilogramele în plus. O scădere treptată de 450-1800 g pe lună este lipsită de pericole și sănătoasă.

Problemele ale sânilor

În cursul alăptării pot apărea următoarele probleme:

Angorjarea sânilor

Alăptarea începută devreme, frecventă și de durată, ajută la prevenirea angorjării sânilor. O oarecare angorjare este normală. Dar acumularea crescută de lichide și lapte la nivelul sânilor poate duce la o angorjare severă, determinând întărirea dureroasă a sânilor. Dacă angorjarea sânilor este moderată, puneți copilul cu grijă la sân și creșteți alimentarea. În cazul unei angorjări severe, aplicați o compresă caldă pe sâni și încercați mulgerea sânilor cu mâna

sau cu ajutorul unei pompe. Astfel, sânii se pot înmuia şi veţi putea pune copilul la sân. Compresele reci aplicate între alăptări pot favoriza dezumflarea sânilor. În cazul unei angorjări severe a sânilor consultaţi-vă medicul sau specialistul în lactaţie.

Fisurarea mameloanelor

Acest lucru se întâmplă cel mai adesea deoarece sugarul este prost poziţionat la piept. Consultaţi-vă cu un specialist în lactaţie despre cea mai bună tehnică de poziţionare a copilului la sân în timpul alăptării. Corectarea poziţiei de alăptare este primul pas în vindecare.

Aplicarea de lapte matern pe zonele fisurate ajută la vindecare şi furnizează protecţie antibacteriană. Nu se ştie exact în ce măsură ajută cremele la vindecarea fisurilor. Compresele calde din pânză moale pot fi de ajutor. Dacă fisurile sfârcurilor sunt extrem de mari sau dureroase, consultaţi medicul sau specialistul în lactaţie.

Înfundarea canalelor galactofore

Înfundarea unui canal galactofor va duce la apariţia unui mic nodul indurat la nivelul sânului. Uneori, nodulul dispare spontan, alteori va trebui să folosiţi comprese cu apă fierbinte, masajul sânilor şi prelungirea perioadelor de alăptare pe partea afectată. Dacă totuşi nu dispare, consultaţi medicul.

Mastita

Mastita apare când bacteriile, în special *Staphylococcus aureus*, pătrund la nivelul sânilor. O parte a sânului se înroşeşte, se întăreşte şi este fierbinte. Puteţi să vă simţiţi neobişnuit de obosită, să aveţi frisoane sau febră. Dacă prezentaţi aceste semne şi simptome mergeţi la medic.

Tratamentul mastitei este antibiotic. Continuaţi alăptatul, creşteţi cantitatea de lichide băută şi odihniţi-vă. Vă veţi simţi mai bine dacă alăptaţi mai des copilul. Puteţi observa o modificare de culoare a scaunului copilului datorită antibioticului.

Sub tratament, mastita se vindecă, de obicei, în câteva zile. Dacă nu este tratată, se poate forma un abces, ce va necesita un drenaj chirurgical.

Stresul şi depresia postpartum

După naştere este important să fiţi atentă la starea dumneavoastră psihică şi să conştientizaţi dacă aveţi nevoie de ajutor. După naştere pot apărea o serie de stări psihice problematice.

Factorii favorizanţi sunt reprezentaţi de modificările hormonale, o percepţie defavorabilă a experienţei naşterii, un sentiment de pierdere datorită expulziei fătului, nivelul satisfacţiei maritale, un nou-născut foarte solicitant, lipsa suportului social, o epuizare accentuată sau un istoric de depresie antepartum.

Trecerea de la starea de gravidă la aceea de părinte poate fi dificilă. Dacă treceţi printr-o stare depresivă, indiferent dacă este uşoară sau severă, nu trebuie să o interpretaţi ca pe un eşec al dumneavoastră ca persoană sau ca mamă. Fiţi încrezătoare că o să vă reveniţi pe măsură ce veţi învăţa noi modalităţi de a echilibra viaţa şi responsabilităţile dumneavoastră zilnice.

Depresia tranzitorie postpartum (depresia de a treia zi)

A avea un copil este un eveniment deosebit, excitant, fericit şi puţin înfricoşător. În zilele ce urmează naşterii, puteţi fi surprinsă şi dezorientată de multele şi variatele emoţii pe care le trăiţi.

Deşi puteţi fi o persoană ce face faţă uşor altor responsabilităţi, acum ca proaspăt părinte, puteţi să vă simţiţi incompetentă şi copleşită de noi responsabilităţi. Fiţi răbdătoare cu dumneavoastră şi încurajaţi-vă spunându-vă că vă descurcaţi bine.



Depresia uşoară, numită şi depresia de a treia zi, este prezentă în mod obişnuit la aproximativ 80% din proaspetele mame. Această stare uşoară de stres apare la câteva zile sau săptămâni de la naştere.

De obicei, este autolimitată, rezolvându-se spontan în câteva săptămâni. În timpul acestei perioade puteţi avea stări de tristeţe, mânie, anxietate, iritabilitate, precum şi sentimente de incompetenţă. Proaspetele mame au adesea momente în care izbucnesc în plâns fără vreun motiv anume.

Unele mame sunt surprinse de unele gânduri negative pe care le au ocazional în legătură cu copiii lor şi încep să interpreteze aceste lucruri ca dovezi că sunt mame rele. Poate fi de ajutor să stiţi că această stare tranzitorie de depresie este absolut normală. Pe lângă acest lucru, la fel de important este şi să aveţi grijă de dumneavoastră.

Odihniţi-vă corespunzător

Ascultaţi şi respectaţi nevoia organismului dumneavoastră de odihnă. Odihna corespunzătoare are un efect semnificativ asupra stării dumneavoastră de bine, atât emoţionale cât şi fizice. Încercaţi să dormiţi în timpul zilei în momentele în care doarme şi bebeluşul dumneavoastră, pentru a vă sincroniza perioadele de odihnă.

Veţi şti că aveţi nevoie de mai multă odihnă atunci când lucruri care înainte nu vă dădeau bătaie de cap acum vi se par greutăţi insurmontabile. A accepta ajutorul altora este uneori dificil, dar poate fi exact ceea ce aveţi nevoie pentru menţinerea unui bun echilibru emoţional.

Folosiţi o alimentaţie hrănitoare

O alimentaţie echilibrată furnizează corpului dumneavoastră exact ce are nevoie pentru a-şi reveni după naştere. Poate fi mai confortabil pentru dumneavoastră să luaţi mai multe mese mai mici peste zi decât trei mese substanţiale. Gustări ca fructele şi legumele pot fi alegeri sănătoase care vă pot ajuta totodată la controlul greutăţii corporale.

Exerciţiile fizice

Exerciţiile fizice uşoare pot fi de ajutor. Puteţi face plimbări vioaie, de aproximativ jumătate de oră, cât mai multe zile pe săptămână. Puteţi să vă bucuraţi şi mai mult de aceste plimbări dacă luaţi şi bebeluşul cu dumneavoastră, la o plimbare cu căruciorul. Pentru tonifierea musculaturii puteţi face exerciţii de întindere şi flectare a corpului, în timp ce vă jucaţi sau vorbiţi cu bebeluşul dumneavoastră. Mintea dumneavoastră va fi mult mai relaxată când vă veţi simţi bine în corpul dumneavoastră.

Socializarea

O altă parte normală a recuperării după naştere este să retrăiţi momentul naşterii prin împărtăşirea experienţelor dumneavoastră cu alţii. A avea o familie sau prieteni care să asculte cu adevărat şi să vă accepte sentimentele, poate uşura mult simptomele depresive.

Depresia postpartum

O formă mai severă de depresie după naştere, numită depresie postpartum, afectează 15 - 20% dintre proaspetele mame. Simptomele sunt mai intense şi durează mai mult timp ca cele din depresia tranzitorie postpartum şi pot apărea oricând în decursul primului an de la naştere.

Simptomele adiţionale pot consta în oboseală cronică, lipsa bucuriei de a trăi, o senzaţie de anestezie afectivă, retragerea din familie şi din cercul de prieteni, lipsa grijii faţă de propriile nevoi sau cele ale copilului, insomnie severă, îngrijorare excesivă pentru copil, scăderea apetitului sexual, un puternic sentiment de eşec şi inadaptare, şi schimbări majore de dispoziţie. Puteţi avea aşteptări prea mari şi să fiţi foarte pretenţioasă cu dumneavoastră, puteţi să simţiţi că nimic nu mai are sens sau puteţi să vă simţiţi prinse într-o capacană.

Dacă familia sau prietenii remarcă aceste simptome, anunţaţi medicul, fără să mai aşteptaţi. Intervenţiile timpurii pot detemina o recuperare mai rapidă din depresia postpartum. Tratamentul variază în funcţie de nevoile individuale, putând consta în terapie cognitiv-comportamentală şi medicaţie antidepresivă. De asemenea, puteţi să vă interesaţi de un grup de suport în zona dumneavoastră.

Sexul în perioada de după naştere

Multe cupluri vor să ştie când pot să-şi reînceapă activitatea sexuală după naşterea copilului. Vaginul unei femei ce tocmai a născut a suferit unele traume. Chiar şi în cele mai bune situaţii, el are o sensibilitate crescută. Dacă alăptaţi, poate apărea o atrofie vaginală (subţiere şi uscare a mucoasei vaginale) ca urmare a cantităţii scăzute de estrogen din circulaţie.

Mulţi medici recomandă să aşteptaţi 4 săptămâni înainte de un contact sexual. Alţii recomandă cuplului să aştepte până după prima examinare postnatală care are loc, de regulă, la 6 săptămâni de la naştere. În timpul acestei consultaţii puteţi discuta cu medicul despre metodele contraceptive pe care le puteţi folosi pentru a nu vă trezi cu o sarcină neplanificată.



Tulburarea de stres posttraumatică

Tulburarea de stres posttraumatică poate apărea şi după naşterea unui copil. Poate fi un răspuns la o naştere traumatică reală sau percepută ca atare sau poate izvorî dintr-o traumă trecută (de regulă de natură sexuală) nerezolvată, care a fost declanşată în timpul naşterii.

Simptomele sunt similare cu cele ale depresiei postpartum, dar cauza este legată de traumă. Dacă este recunoscută din vreme, consilierea, uneori în combinaţie cu medicaţia şi educarea în scopul diminuării stresului conduc, în general, la vindecare.

Psihoza postpartum

Altă afecţiune ce poate apărea la proaspetele mame, în perioada de după naştere, este psihoza. Din fericire, este rară.

Simptomele pot debuta la câteva zile sau săptămâni după naştere şi pot consta în depresie severă alături de o intensă anxietate, gânduri care aleargă, frica de a nu vă face rău dumneavoastră sau copilului, halucinaţii, gânduri şi afirmaţii iraţionale, paranoia sau isterie.

Scopul terapiei este de a vă ţine în siguranţă pe dumneavoastră şi pe copil, şi de a vă păstra competenţa de părinte în timp ce dumneavoastră vă recuperaţi. Această afecţiune necesită ajutor medical.

Metodele contraceptive

Unele proaspete mame, în special cele care alăptează, cred că sunt ferite de o nouă sarcină. Nu faceţi această greşeală.

Alăptatul poate diminua temporar fertilitatea şi multe mame ce alăptează nu au ciclu menstrual timp de câteva luni sau chiar până la înţărcarea copilului. Totuşi, nu vă puteţi baza pe alăptat pentru a preveni o eventuală sarcină. Dacă nu doriţi să rămâneţi din nou însărcinată, folosiţi o metodă contraceptivă.

Opţiunile dumneavoastră de contracepţie sunt, în mare, după naştere aceleaşi ca înainte de sarcină. Cu toate acestea, datorită alăptării, ciclurilor menstruale neregulate şi modificărilor de dimensiuni ale vaginului, va fi nevoie de o modificare în modul dumneavoastră de contracepţie. Unul dintre scopurile examinării ginecologice din postpartum, care este programată de regulă cam la 6 săptămâni de la naştere, este de a discuta opţiunile şi preferinţele dumneavoastră în ceea ce priveşte contracepţia.

Dacă aţi folosit o diafragmă şi vreţi să folosiţi şi acum una, nu vă aşteptaţi s-o folosiţi pe cea veche. Majoritatea femeilor necesită o diafragmă uşor mai mare după ce au născut. Aduceţi vechea diafragmă cu dumneavoastră la consultaţia din postpartum. Medicul va verifica dacă încă se potriveşte şi dacă nu, vă va recomanda una potrivită.

Dacă doriţi să folosiţi un dispozitiv intrauterin, aşteptaţi cel puţin o lună după naşterea copilului pentru a merge să vi se insere unul. Dacă este inserat înainte ca uterul să redevină ferm, el va cădea.

Multe femei vor să simplifice lucrurile luând pastile contraceptive, dar se întreabă dacă pot să le ia în timp ce alăptează. Se ştie că folosirea anumitor pilule, în special cele care conţin o combinaţie de estrogen şi progesteron, determină o oarecare diminuare a secreţiei lactate la aproximativ 1/3 dintre femeile ce folosesc această metodă.

Scăderea este, de obicei, doar temporară. Doze mai mici de pilule ce conţin doar progesteron nu au tendinţa să scadă secreţia lactată, dar nu au un efect contraceptiv la fel de bun ca pilulele combinate. Dacă alăptaţi şi vreţi să luaţi pilule contraceptive, întrebaţi medicul despre cea mai bună alegere.

O serie de metode contraceptive naturale depind de regularitatea ciclului menstrual. Dacă foloseaţi astfel de metode contraceptive înainte de a rămâne însărcinată, ar fi o idee bună ca, măcar în primele câteva luni după naştere, să folosiţi o altă metodă contraceptivă deoarece ciclul dumneavoastră menstrual poate fi neregulat un timp.

Dacă după 2-3 luni de la naştere nu v-a venit încă ciclul menstrual deşi nu alăptaţi, adresaţi-vă medicului dumneavoastră. Femeile ce alăptează pot să nu aibă ciclu menstrual timp de un an.

CAPITOLUL **16** PARTEA a II-a

Anii maturităţii

Viaţa de familie

Maturitatea se întinde astăzi pe o perioadă de timp mai lungă ca oricând până acum. Vârsta majoratului - 18 sau 21 de ani - pare începutul vieţii pentru cineva care a ajuns la 96 de ani. Astăzi, mai mulţi oameni ca oricând ajung cu bine până la 80, 90, chiar 100 de ani şi această tendinţă ne aşteptăm să continue. De la formarea familiei şi construirea carierei la retragerea din activitate şi plănuirea cum să petreceţi ultimii ani, maturitatea comportă multe modificări şi adaptări. În tot acest timp, şi corpul dumneavoastră se modifică.

Acest capitol tratează anumite modificări specifice diferitelor stadii ale maturităţii şi oferă sugestii de gestionare a anilor de început şi mijlocii ai maturităţii, precum şi sfaturi pentru o bună desfăşurare a ultimilor ani.



Viaţa de familie

Cu respectul cuvenit, a fi adult acum în SUA este diferit de cum a fost pentru adulţii din oricare perioadă istorică de până acum. Nu cu mulţi ani în urmă, părinţii de 50 de ani terminau de crescut copiii şi planificau cum să-şi petreacă timpul după ce copiii părăseau casa părintească. Situaţia este valabilă şi în prezent dar, din ce în ce mai mulţi aşteaptă până după 40 de ani ca să aibă copii.

Drept rezultat, multe persoane de 50 de ani sunt tot în postura de a creşte copii. Unitatea familiei se schimbă. Devin obişnuite familiile vitrege mai degrabă decât cele tradiţionale, nucleare.

Adulţii în general, nu neapărat părinţii, prezintă şi ei schimbări. Astăzi nu mai este neobişnuit să vezi persoane de 40 - 50 de ani în săli de cursuri. Schimbarea carierei la mijlocul vieţii nu mai este aşa de neobişnuită precum era altădată. Uneori, persoanele se pensionează dintr-o activitate pentru a putea începe alta.

Chiar dacă planificarea, configuraţia şi ritmul vieţii adulte s-au schimbat, oamenii păstrează dorinţa şi încrederea de a face parte dintr-o familie puternică şi iubitoare. Menţinerea unei familii puternice necesită, cu toate acestea, efort şi devotament.

Dacă vă creşteţi copiii, vă îngrijiţi de părinţii în vârstă şi încercaţi să vă găsiţi timp şi pentru dumneavoastră s-ar putea ca uneori să vă simţiţi copleşit. Dar beneficiile realizării unor legături de familie sunt de nepreţuit. Când adulţii de aceeaşi vârstă se consideră prieteni apropiaţi, când adolescenţii se deschid spre părinţii lor, când reuniunile de familie sunt întâlniri calde, la care fiecare se gândeşte cu nerăbdare, această dragoste în familie merită orice efort.

Construirea unor legături de familie puternice

Construirea unei familii puternice necesită atât respect cât şi comunicare. Persoanele din familiile unite învaţă cum să se respecte unul pe celălalt şi cum să-şi exprime opiniile diferite în mod civilizat. Fiecare are nevoie să ştie că este iubit şi va fi îngrijit, indiferent ce s-ar întâmpla. Nu este întotdeauna uşor să faceţi faţă tuturor modificărilor prin care trece o familie, dar cheia unei bune gestionări a situaţiilor este să ştiţi la ce să vă aşteptaţi. În cazul în care creşteţi copii mici, este de ajutor să ştiţi că izbucnirile de plâns sunt inevitabile, aşa că vă puteţi gândi în avans cum să reacţionaţi. Dacă adolescentul dumneavoastră îşi petrece tot timpul în dormitor cu căştile pe urechi, este liniştitor să ştiţi că probabil la un moment dat va ieşi de acolo.

Dacă sunteţi văduv sau divorţat şi recăsătorit, a înţelege nevoile speciale ale familiilor vitrege este esenţial pentru a avea succes în viaţa de familie. Şi dacă vă îngrijiţi părinţii în vârstă, este de folos să ştiţi că mulţi adulţi în vârstă au probleme de memorie. Uneori, simplul fapt de a fi conştient de

diferitele etape specifice de dezvoltare şi îmbătrânire, poate să vă uşureze stresul. Un alt instrument de ajutor este să vă gândiţi la tipul de familie pe care o aveţi şi tipul de familie pe care aţi vrea să o aveţi.

Este gătitul o preocupare importantă în familia dumneavoastră? Proveniţi dintr-o familie care îşi dedică o parte a timpului ajutându-i pe ceilalţi? Este agerimea o caracteristică a familiei dumneavoastră? Definind felul de a fi al familiei şi nutrind asemenea interes pentru ceilalţi îi face pe toţi să simtă că fac parte dintr-o uniune solidă.

Bucuria de a participa la activităţile familiei

Familiile unite îşi petrec deseori timpul împreună participând la activităţi de care se bucură împreună, ca de exemplu excursia anuală cu cortul sau o aventură cu barca pe mare. Pe măsură ce toţi din familie îmbătrânesc, curtea familiei poate deveni locul de întâlnire preferat al familiei pe timpul verii. Mai legate de casă, alte familii stabilesc o seară în fiecare săptămână ca seară de jocuri sau de vizionat filme. Unele familii fac împreună muncă voluntară.

Cheia este să implicaţi familia în executarea unor activităţi comune distractive şi semnificative. Bunicii pot arăta nepoţilor fotografii ale părinţilor lor şi pot povesti despre propria copilărie. Membrii familiei ce ştiu să lucreze pe calculator îi pot învăţa pe novici cum să trimită prin poşta electronică poze şi alte informaţii.

Activităţile sunt, de asemenea, o cale de a modela bune obiceiuri în familia dumneavoastră. A juca fotbal într-un parc este o bună metodă de menţinere a formei fizice. Făcând din concursul de orientare turistică al fiicei dumneavoastră un eveniment de familie, îi va arăta ce importantă este pentru dumneavoastră. Chiar şi curăţenia casei poate fi mai plăcută când participă toată lumea din familie.

A-ţi face timp pentru viaţa de familie

Totuşi, menţinerea unei familii este destul de greu de realizat, în special dacă ambii soţi lucrează în afara casei. Aţi lucrat toată săptămâna, aţi participat la 2 din meciurile copiilor dumneavoastră, v-aţi asigurat că tatăl dumneavoastră a ajuns la consultaţia la oftalmolog, aţi dus câinele la veterinar. Este vineri seara şi tot ce vă doriţi este să vă prăbuşiţi pe canapea. Dar staţi, trebuie să pregătiţi cina, să puneţi rufele la spălat, să vă aprovizionaţi de la magazinul local – şi telefonul sună, probabil este mama dumneavoastră care vă întreabă dacă nu puteţi să-i cumpăraţi medicamentele prescrise.

Există momente în viaţa fiecăruia când sunt atâtea de făcut şi nu aveţi niciodată timp suficient. Stresul poate creşte în paralel cu lista proiectelor nerezolvate. În asemenea momente este crucial să vă amintiţi că este improbabil să puteţi face tot ce aţi dori să faceţi. Mitul conform căruia totul trebuie făcut poate avea efecte negative atât asupra sănătăţii psihice cât şi fizice.

Luaţi-o mai uşor. Uneori, este mai bine să trăiţi cu anumite lucruri nerezolvate şi să vă bucuraţi de cele esenţiale. Următoarele idei pot să vă ajute să vă ocupaţi de lucrurile care contează cel mai mult.

Stabiliţi priorităţi

Lista cu lucrurile ce vi se pare că trebuie rezolvate nu se va scurta niciodată. Acordaţi-vă puţin timp să vă gândiţi la lucrurile ce trebuie efectuate primele, precum şi la lucrurile cele mai importante pentru dumneavoastră.

Ar fi de ajutor dacă aţi gândi într-o perspectivă pe termen lung. Dacă v-aţi gândi înapoi la viaţa dumneavoastră ca şi când aceasta s-ar apropia de sfârşit, ce aţi spera să vedeţi? Este mai important să fi reparat dulapul sau să fi petrecut mai mult timp cu fiul sau fiica dumneavoastră? Dacă dulapul vă înnebuneşte, puteţi meşteri la el 10 minute zilnic până este gata.

Adaptaţi-vă priorităţile

Dacă prioritatea dumneavoastră este să mergeţi în vizită cu partenerul sau să ieşiţi la plimbare cu copiii câte o jumătate de oră în fiecare seară, programaţi-vă alte activităţi în afara acelei perioade de timp.

Delegaţi responsabilitatea

Să nu vă fie ruşine să cereţi altora ajutorul, când aveţi nevoie.

Acasă, organizaţi lucrurile în aşa fel încât toţi să lucreze împreună la efectuarea treburilor casnice. Dacă vă permiteţi, puteţi angaja pe cineva să vă ajute la menaj sau grădinărit.

Învăţaţi să spuneţi nu

Nu vă angajaţi la mai mult decât puteţi face. Dacă vă asumaţi în plus responsabilităţi mai puţin importante, doar pentru că simţiţi că aşa trebuie, vă vor rămâne mai puţin timp şi energie pentru sarcinile pe care v-aţi angajat deja să le îndepliniţi.

Viaţa profesională

Pentru unii, a munci înseamnă încă a te scula de dimineaţă şi a merge la acelaşi loc de muncă, în fiecare zi, până la pensie. Dar, numărul celor ce şi-au desfăşurat întreaga

A menţine un echilibru între muncă şi viaţa de familie

Una dintre cele mai mari zbateri în viaţă este să vă împărţiţi între familie şi carieră. Aţi vrea să daţi fiecăreia ce este mai bun în dumneavoastră şi, uneori, parcă amândouă au de suferit. Nu cedaţi sentimentelor de vinovăţie. Nu uitaţi că, în ziua de azi, a avea familie şi servici în acelaşi timp este ceva obişnuit atât pentru femei cât şi pentru bărbaţi. De asemenea, reţineţi că şi pentru ceilalţi este dificil să le împace pe ambele.

Faceţi tot ce puteţi pentru a găsi un echilibru între cele două activităţi şi fiţi conştient că, uneori, cerinţele profesionale vor fi în conflict cu cele familiale. Încercaţi, totuşi, să nu rezolvaţi multe din aceste situaţii în detrimentul vieţii de familie.

Dacă aveţi copii, nu vă sfiiţi să le spuneţi ceea ce simţiţi. Ei vor accepta mai uşor situaţia dacă vor fi convinşi că dumneavoastră petreceţi mai mult timp departe de ei nu pentru că nu-i iubiţi, ci pentru că, uneori, sunteţi nevoit să o faceţi. În plus, discutaţi cu copiii despre sentimentele lor. A vorbi despre situaţia respectivă poate ajuta.

carieră la acelaşi loc de muncă este în scădere. Din ce în ce mai mulţi îşi schimbă locul de muncă, uneori schimbându-şi şi domeniul de activitate. Alţii îşi amână cariera până după ce copiii lor au crescut.

A începe serviciul la un nou loc de muncă şi a-ţi schimba domeniul de activitate poate fi uneori excitant şi stimulant. Unii sunt surprinşi să constate că perioada ce urmează pensionării poate să le ofere noi provocări.

A face faţă stresului la locul de muncă

Dacă a merge la servici este pentru dumneavoastră ceva stresant sau dacă vă simţiţi adesea îngrijorat sau stresat după o zi de muncă, înseamnă că sunteţi într-o situaţie care ar putea afecta relaţiile dumneavoastră cu colegii de servici şi cu ceilalţi din jur, şi chiar vitalitatea şi sănătatea dumneavoastră. Frustrări ce vă copleşesc sau pierderea interesului pentru slujbă, permanenta iritabilitate, sarcasmul sau cheful constant de ceartă, pot fi indicatori ai stresului de la serviciu.

Iată câteva strategii pe care le puteţi folosi pentru a face faţă provocărilor profesionale.

- *Aveţi grijă de dumneavoastră.* Luaţi regulat mese echilibrate, inclusiv micul dejun. Dormiţi suficient şi faceţi exerciţii fizice.
- *Legaţi prietenii, la serviciu şi în afara lui.* Împărtăşirea sentimentelor dumneavoastră de nelinişte celor în care aveţi încredere este primul pas în rezolvarea lor. Încercaţi să evitaţi persoanele care vă alimentează sentimentele negative.
- *Faceţi pauze.* Mergeţi în concediu sau bucuraţi-vă de un sfârşit de săptămână prelungit. Planificaţi-vă săptămânal o perioadă de timp doar pentru dumneavoastră în care să nu răspundeţi la telefoane sau pagere. Încercaţi să faceţi scurte pauze în timpul zilei de lucru.
- *Stabiliţi limite.* Când este necesar, spuneţi „nu" într-un mod prietenos, dar ferm.
- *Alegeţi bine momentele de confruntare.* Nu vă certaţi ori de câte ori cineva nu este de acord cu dumneavoastră. Păstraţi-vă calmul şi argumentele pentru lucruri care merită cu adevărat.
- *Stabiliţi-vă ţeluri în munca dumneavoastră.* Stabiliţi-vă priorităţile şi fragmentaţi proiectele mai mari în sarcini mai mici. Organizarea muncii ajută la înlăturarea stresului.
- *Găsiţi-vă o supapă.* Faceţi sport, citiţi, găsiţi-vă un hobby sau lăsaţi-vă antrenat în alte activităţi pe care le găsiţi relaxante şi care vă pot comuta temporar atenţia de la slujbă.
- *Cereţi ajutor.* Dacă nici una dintre aceste metode nu vă ameliorează stresul sau oboseala, cereţi sfatul medical de specialitate.

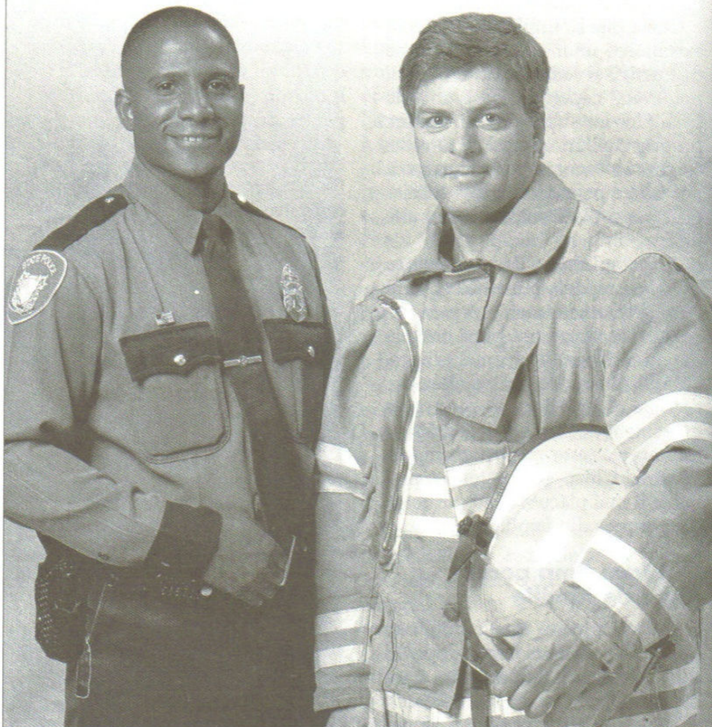
Munca în ture

Anumite slujbe presupun în mod regulat lucrul în ture de noapte. Altele cer ca angajaţii să schimbe periodic turele: ziua, seara şi noaptea. Există multe alte aranjamente de ture, singurul lucru pe care-l au în comun este preţul plătit de organismul dumneavoastră.

Pentru a rămâne sănătos când lucraţi în ture, aveţi nevoie de o alimentaţie sănătoasă, exerciţiu fizic corespunzător şi somn suficient. Când eraţi mai tânăr reuşeaţi să faceţi faţă acestor schimbări bruşte dar temporare ale regimului de viaţă- alimentându-vă doar cu cafea şi covrigi şi dormind doar 4-5 ore pe noapte. Pe măsură ce înaintaţi în vârstă, corpul dumneavoastă nu vă mai iartă aşa de uşor aceste excese.

Chiar dacă dormiţi destul, turele ce se schimbă săptămânal devin deosebit de greu de suportat. Vă obişnuiţi cu un anumit ritm somn-veghe. Pentru a schimba acest bioritm este nevoie de o perioadă de adaptare, în care organismul dumneavoastră trăieşte ceva similar schimbării de fus orar din timpul zborului cu avionul. Acest lucru favorizează apariţia problemelor de sănătate. Cercetările făcute arată că lucrul în ture are severe consecinţe asupra sănătăţii.

- Cei ce lucrează în ture sunt de obicei somnoroşi în timpul serviciului, având un risc mai mare de accidentare.
- Viaţa de familie, precum şi cea socială suferă. Uneori, copiii nu-şi văd toată săptămâna un părinte ce lucrează în tura de noapte. Cei ce lucrează în ture fie lipsesc la evenimentele ce au loc în timpul zilei, fie se lipsesc de somnul necesar pentru a fi prezenţi la ele.
- Cei ce lucrează în ture rămân treji peste zi în zilele libere, dându-şi şi mai rău peste cap ritmul de somn.
- Cei ce lucrează în ture pot avea mai frecvent tulburări digestive comparativ cu cei ce lucrează



normal. Acest lucru se datorează întreruperii ciclului lor natural de somn şi veghe. La aceste tulburări digestive poate contribui şi lipsa unei alimentaţii adecvate în timpul turelor de noapte.

- Tulburările cardiace sunt mult mai frecventae la cei ce lucrează în ture. Este dificil de cântărit separat fiecare factor favorizant - lipsa de somn, stresul, alimentaţia necorespunzătoare, lipsa de exerciţiu fizic, factorii genetici- pentru a vedea care dintre ei este responsabil de această incidenţă crescută.

Ce puteţi face?

Având în vedere condiţiile stresante de lucru, este şi mai important să vă îngrijiţi corespunzător de dumneavoastră. Dormiţi suficient. Majoritatea oamenilor au nevoie de minimum 6 ore de somn în 24 de ore. Mulţi au nevoie de şi mai mult. Testaţi mai multe orare pentru a vedea când vă simţiţi mai odihnit după somn. Unii dorm puţin imediat după ieşirea din tură, alţii se simt mai bine dacă dorm o perioadă mai lungă de timp.

- Dormiţi scurte perioade de timp. Asiguraţi-vă că dormiţi suficient de mult pentru a nu vă scula la fel de ameţit ca înainte de culcare - dormiţi cel puţin 20-30 de minute. Păstraţi un interval de timp suficient de lung între reprizele de somn şi intrarea în tură, pentru a fi pe deplin vigilent.
- Asiguraţi-vă toate condiţiile pentru somn. Faceţi întuneric în dormitor, folosiţi dopuri de urechi, rugaţi-i pe cei din familie să păstreze liniştea, găsiţi cea mai liniştită cameră din casă.
- Creaţi-vă bune obiceiuri de somn. Urmaţi o rutină a mersului la culcare, de exemplu spălaţi-vă mereu pe dinţi şi pe faţă înainte de a merge la culcare. Nu folosiţi patul drept loc de trândăvit, citit sau de luat gustări. Intraţi în pat doar când vă culcaţi.
- Faceţi-vă o obişnuinţă de a practica regulat sport. Efectuarea regulată de exerciţii fizice poate avea ca rezultat un somn mai odihnitor. Ţineţi-vă de un orar regulat de sport, de exemplu dimineaţa sau după orele de serviciu, însă aveţi grijă să nu faceţi sport chiar înainte de a merge la culcare.

Parcurgerea crizei de la mijlocul vieţii

Ce înseamnă criza de la mijlocul vieţii? Trece fiecare prin aşa ceva? Puteţi traversa această criză nevătămaţi sau chiar mai bine cumva?

Copilăria este o perioadă de dezvoltare şi pregătire pentru maturitate. Ca tânăr adult v-aţi croit propriul drum, alegând între diferitele alternative şi încrâncenându-vă să vă atingeţi ţelurile. La mijlocul vieţii, veţi dori să vă fi construit o viaţă stabilă, confortabilă şi pusă la punct. Veţi fi dobândit, de asemenea, resurse personale şi financiare corespunzătoare. Aceasta poate fi o perioadă extrem de productivă în cursul căreia majoritatea oamenilor au cele mai mari împliniri.

Dar multe se întâmplă în aceşti ani. Puteţi să vă confruntaţi cu dificultăţi profesionale, maritale sau parentale. Puteţi să vă confruntaţi cu moartea unui părinte sau a cuiva drag. Modificările din corpul dumneavoastră vă spun clar că nu mai sunteţi aşa de tânăr ca odinioară. Dintr-o dată, pensia şi retragerea din activitate nu mai par perspective aşa de îndepărtate. Dacă nu v-aţi atins ţelurile sau ce v-aţi propus să realizaţi în viaţă, puteţi să consideraţi că sunteţi un ratat.

Este nevoie de un deosebit echilibru personal pentru a face faţă gamei variate de probleme şi schimbări pe care anii maturităţii le pot aduce. Persoanele care nu se simt în stare să facă faţă schimbărilor, care schimbă direcţii sau îşi stabilesc noi priorităţi şi ţeluri sunt de obicei considerate persoane care experimentează criza de la mijlocul vieţii. În cursul acestor ani, unii se împotmolesc şi îşi pun la îndoială propria valoare, îşi schimbă brusc domeniul de activitatate, devin obsedaţi de îmbătrânire şi moarte sau încep o relaţie extraconjugală. Toate aceste acţiuni fac parte din aceeaşi criză existenţială.

Nu toată lumea, însă, trece prin această criză. Dacă dumneavoastră treceţi, reţineţi că deznodământul nu va fi neapărat unul în detrimentul dumneavoastră. Puteţi ieşi mai întărit din această criză, mai conştient de valoarea dumneavoastră personală şi mai apt să vă conduceţi viaţa sub circumstamţe noi şi provocatoare. A deveni conştient de priorităţile şi de scopul vieţii dumneavoastră este un lucru pozitiv, atât timp cât nu vă rătăciţi în acţiuni pe care să le regretaţi mai târziu.

Dacă, însă, găsiţi că aveţi dificultăţi în a face faţă acestei crize existenţiale de la mijlocul vieţii sau în a găsi o perspectivă nouă, să nu vă fie ruşine să cereţi ajutor. Vorbiţi cu un membru al familiei sau cu un prieten, un preot, un consilier, cu medicul dumneavoastră sau cu alt specialist din domeniul sănătăţii mintale. A admite că aveţi dificultăţi nu este un semn de slăbiciune, ci dimpotrivă, de tărie.

A găsi timp pentru sine

Sunteţi genul de persoană care este aşa de ocupată cu ceilalţi încât nu-şi mai găseşte deloc timp pentru sine? A-i ajuta pe ceilalţi este minunat, dar şi dumneavoastră aveţi nevoie de puţin timp pentru dumneavoastră, chiar dacă asta înseamnă doar 30 de minute pe zi.

Iată câteva sugestii cu care aţi putea începe.

- Spuneţi-le celor apropiaţi - indiferent dacă sunt prieteni, soţul, copiii sau părinţii - că aveţi nevoie de 30 de minute pe zi doar pentru dumneavoastră. La început, prietenii sau familia vor opune oarecum rezistenţă dar, dacă nu vă abateţi de la acest program, este posibil ca nimeni să nu vă mai deranjeze decât în cazuri de urgenţă.
- Staţi departe de telefon, poştă electronică sau soneria de la uşă. Nu fiţi tentat să rezolvaţi ceva în cele 30 de minute ale dumneavoastră. Citiţi o carte sau o revistă, faceţi o baie, rugaţi-vă sau faceţi exerciţii fizice.
- Reprogramaţi-vă ora aglomerată de după serviciu şi transformaţi-o într-o oră liniştită, doar pentru dumneavoastră. Aceasta este perioada din zi în care fiecare din familie se poate relaxa cum doreşte.

Schimbarea rolurilor

În timpul anilor de maturitate există multe situaţii de tranziţie. De fapt, pentru unii schimbările pot fi aşa de dramatice şi intense încât pubertatea pare un fleac în

comparaţie cu ele. Copiii dumneavoastră cresc şi părăsesc casa părintească, părinţii dumneavoastră au nevoie de mai mult ajutor în îndeplinirea activităţilor de zi cu zi. Prietenii dumneavoastră şi membrii familiei pot trece prin criza specifică maturităţii. Vă pot muri părinţii sau prietenii apropiaţi.

Îngrijirea părinţilor vârstnici

Părinţii au fost cei ce au avut odinioară grijă de dumneavoastră, iar acum vine vremea când dumneavoastră trebuie să aveţi grijă de ei. Poate, părinţii dumneavoastră au mari probleme de sănătate sau nu mai sunt în stare să meargă singuri la programările medicale sau la evenimentele sociale.

Poate că este timpul pentru ei să renunţe la viaţa independentă de până acum, lucru ce ridică numeroase întrebări: să se mute cu familia dumneavoastră? Să alegeţi o institiţie pentru pensionari? Să intre într-un cămin spital?

Poate fi o perioadă grea pentru ei şi poate vor avea nevoie de ajutorul dumneavoastră pentru a face aceste alegeri dificile. Există mai multe servicii la dispoziţia dumneavoastră pentru a vă ajuta să vă hotărâţi care ar fi cel mai bun aranjament pentru părinţii dumneavoastră. Vezi pag. 1377 pentru o listă a acestor servicii.

Moartea unui părinte este o altă situaţie cu care va trebui să vă confruntaţi. Este o pierdere majoră şi poate declanşa o depresie, indiferent de vârsta pe care o aveţi. Chiar şi la 60 de ani puteţi să vă simţiţi orfan, incapabil să vă imaginaţi viaţa fără persoana care a avut o influenţă aşa de puternică asupra dumneavoastră.

Doliul este calea de a face faţă şi a accepta această pierdere. Cu toate acestea, dacă doliul se prelungeşte sau dacă vă împotmoliţi într-una din etapele lui şi nu puteţi ieşi la lumină, cereţi ajutor. Suferinţa şi doliul pot duce la o stare permanentă de depresie.

A face faţă dificultăţilor în căsătorie

A schimba ţeluri şi nevoi, inversarea rolurilor, dificultăţi cu copiii sau părinţii - toate aceste situaţii pot avea un impact negativ asupra căsniciei.

Multe persoane nu agreează ideea de a merge la un consilier marital atunci când căsnicia lor este în pericol. Însă, un consilier poate ajuta cuplul să comunice, să-şi rezolve conflictele şi să-şi îmbunătăţească relaţia. În cazul unei mize aşa de mari cum este căsnicia, merită cu siguranţă să încercaţi consilierea. Uneori, însă, chiar şi cele mai mari eforturi de reconciliere eşuează.

Divorţul este frecvent în cazul adulţilor de orice vârstă. Trecerea printr-un divorţ şi adaptarea la noile circumstanţe ce urmează separării şi procedurilor legale, pot reprezenta unul din cele mai stresante momente ale vieţii. Divorţul înseamnă adesea resurse financiare mai mici pentru ambii parteneri, necesitând noi adaptări în situl de viaţă al ambilor.

Când cuplul care divorţează are copii, aceştia vor trebui la rândul lor să facă faţă unor mari schimbări - vor avea poate o nouă locuinţă, o nouă şcoală şi persoane noi în viaţa lor. Unii copii se adaptează repede şi bine, alţii însă, nu. Dacă treceţi printr-un divorţ şi aveţi copii, căutaţi ajutor de specialitate dacă dumneavoastră sau copiii nu reuşiţi să vă adaptaţi schimbărilor. Aproape întotdeauna o schimbare o atrage după sine şi pe a doua, şi tot aşa. Prea multe schimbări efectuate într-un interval scurt de timp pot fi un lucru extrem de solicitant şi de stresant.

A face faţă decesului partenerului de viaţă

În anii tinereţii, accidentele constituiau prima cauză de deces printre persoanele de vârsta dumneavoastră. O dată cu înaintarea în vârstă, cauzele naturale încep să ia locul accidentelor. Boli de inimă, cancer, accident vascular cerebral sunt primele cauze de deces ale celor de peste 45 de ani. La anii maturităţii aţi participat deja la mai multe înmormânări. Nu vă mai simţiţi nemuritor ca înainte şi începeţi să conştientizaţi din ce în ce mai mult posibilitatea propriei morţi.

Pierderea partenerului de viaţă poate fi devastatoare. În aceste cazuri, suferiţi pe mai multe nivele: aţi pierdut cel mai bun prieten, aţi pierdut persoana în jurul căreia gravita cea mai mare parte a vieţii dumneavoastră zilnice, iar copiii dumneavoastră au pierdut un părinte.

Înainte să vă recâştigaţi echilibrul vieţii, veţi parcurge o perioadă de doliu şi suferinţă. Dacă, însă, doliul dumneavoastră pare să se prelungească sau vă face rău şi întâmpinaţi mari dificultăţi de a face faţă, cereţi ajutor de specialitate. Vorbiţi cu medicul dumneavoastră care vă poate rercomanda să vedeţi un psihiatru sau un psiholog.

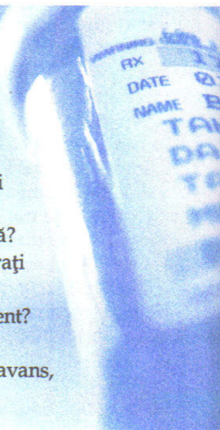
După pierderea partenerului veţi avea de îndeplinit lucruri pe care acesta le îndeplinea împreună cu dumneavoasteră sau pentru dumneavoastră. Va trebui să vă faceţi alte obiceiuri şi să umpleţi golul din viaţa dumneavoastră cu alte persoane. Cu alte cuvinte, va trebui să vă restructuraţi întrucâtva stilul de viaţă.

Mai multe femei decât bărbaţi trec prin experienţa pierderii partenerului de viaţă deoarece aproximativ 3 din 4 soţii supravieţuiesc soţului lor. Moartea partenerului de viaţă poate însemna înrăutăţirea situaţiei financiare a celei ce

5 întrebări al căror răspuns trebuie să îl cunoaşteţi

În cazul unei urgenţe ar fi bine să cunoaşteţi anumite informaţii despre părinţii dumneavoastră. Ar fi bine să ştiţi să răspundeţi la următoarele întrebări sau să aveţi informaţiile undeva la îndemână:

1. Care este numele medicului părinţilor dumneavoastră?
2. La ce companie de asigurări de sănătate sunt asiguraţi părinţii dumneavoastră?
3. Sunt părinţii dumneavoastră alergici la vreun medicament?
4. Ce medicaţie iau?
5. Au stabilit părinţii dumneavoastră anumite directive în avans, de genul testamentului? Cine are o copie a lui?



supravieţuieşte, în special dacă nu lucrează. Dacă vă aflaţi într-o astfel de situaţie, o soluţie ar fi să reîncepeţi lucrul, oricât de înfricoşător ar fi. Puteţi fi consiliat cu privire la alegerea serviciului şi puteţi reînvia deprinderi mai vechi sau învăţa altele noi întorcându-vă la şcoală sau frecventând cursuri comunitare de educaţie.

Dacă nu aveţi probleme de ordin financiar şi nu sunteţi nevoit să lucraţi, gândiţi-vă la voluntariat. În acest fel, vă veţi umple orele libere, vă veţi structura mai bine viaţa şi veţi dobândi un sentiment de împlinire. Muzee, şcoli, spitale, librării şi agenţii sociale, sunt doar câteva dintre locurile unde experienţa şi ajutorul dumneavoastră vor fi binevenite.

Procesul de îmbătrânire

Dacă aveţi mai mult de 40 de ani v-aţi confruntat, cu siguranţă, cu anumite realităţi ale înaintării în vârstă. Aţi observat, probabil, în oglindă un chip căruia i s-au mai adăugat câteva riduri în plus. Aţi observat că durerile durează ceva mai mult după exerciţiile fizice sau după petrecerea prea multor ore la grădinărit.

Deşi îmbătrânirea este un proces ce începe încă de la naştere, adulţii sunt rareori preocupaţi de acest lucru înainte de decada 4 - 5 de viaţă. Copilăria, adolescenţa şi tinereţea sunt dominate de sentimentul imortalităţii, majoritatea începând să-şi pună problema propriei îmbătrâniri abia când încep să se observe anumite modificări fizice.

Dacă aveţi 60 de ani, nu numai că aţi parcurs multe din realităţile îmbătrânirii, dar este foarte probabil să fi observat că mai aveţi totuşi destul de trăit. Indiferent de etapa de viaţă în care vă aflaţi, procesul îmbătrânirii este sigur un subiect important. Înţelegerea schimbărilor ce vin de obicei cu vârsta poate să vă ajute la acceptarea acestor schimbări şi, probabil, la prevenirea anumitor tulburări şi afecţiuni.

Ţesutul muscular, oasele şi diferitele organe au durată de viaţă limitată. Anumite părţi ale corpului au tendinţa să-şi piardă mai repede vitalitatea şi strălucirea comparativ cu altele. Acest capitol descrie unele dintre modificările suferite de organele şi sistemele organismului dumneavoastră o dată cu trecerea vremii. O anumită parte a declinului care, în mod obişnuit, este pus pe seama îmbătrânirii, este de fapt consecinţa inactivităţii, alimentaţiei nesănătoase şi a altor obiceiuri de viaţă.

Modificări ale vederii

O dată cu înaintarea în vârstă, lentilele ce constituie ochii dumneavoastră devin mai puţin elastice. Aceste modificări încep, de regulă, în jurul vârstei de 40 de ani şi constau în modificări de focalizare a obiectelor apropiate. La această vârstă, mulţi constată că au nevoie de ochelari pentru citit. Dacă până la vârsta de 65 de ani nu aveţi nevoie de ochelari măcar o parte a timpului, sunteţi o excepţie.

Cu vârsta pot apărea diferite afecţiuni oculare: glaucomul, cataracta şi degenerarea maculară. Aceste afecţiuni sunt mai severe şi tind să apară la cei de peste 60, 70 sau 80 de ani. Însă, ele pot apărea şi la adulţii mai tineri, în special la cei ce au un istoric familial pozitiv pentru acele boli.

Afecţiunile oculare pot afecta unul sau ambii ochi. Deoarece ele se dezvoltă treptat şi evoluează de

Semnele de alarmă ale depresiei



Oricui i se poate întâmpla să se simtă trist din când în când. De obicei, asemenea stări de tristeţe sau disperare trec de la sine pe măsură ce situaţiile care le-au creat dispar sau pe măsură ce dumneavoastră învăţaţi să le faceţi faţă.

Uneori, totuşi, stresul vieţii poate duce la depresie. În acest caz, tristeţea şi disperarea nu trec, ba chiar se pot agrava. Evenimente obişnuite în anii maturităţii, de exemplu dificultăţile de la serviciu, crizele familiale, grija pentru părinţii în vârstă, pot declanşa depresia. În anii bătrâneţii, pierderea partenerului de viaţă, schimbările fizice sau pensionarea sunt frecvent asociate cu depresia.

Semnele şi simptomele depresiei constau, de cele mai multe ori, în câteva din următoarele:

- tristeţe persistentă
- iritabilitate
- anxietate
- pierderea interesului şi plăcerii în viaţă
- neglijarea responsabilităţilor personale sau a igienei personale
- modificări ale obiceiurilor alimentare
- modificarea ritmului de somn- în special trezirea la mijlocul nopţii
- oboseală sau pierderea energiei
- scăderea puterii de concentrare, atenţiei şi memoriei
- variaţii mari ale stării de dispoziţie
- sentimente de neajutorare, lipsă de speranţă, lipsă de valoare sau vinovăţie
- gândire negativă permanentă
- simptome fizice ce nu răspund la tratament
- consum crescut de alcool sau de droguri
- gânduri legate de moarte sau sinucidere

Depresia nu este o stare mentală normală sau ceva cu care sunteţi obligat să trăiţi. Depresia poate fi adesea tratată cu succes. Multe persoane ce au avut un episod depresiv sunt capabile să se întoarcă la viaţa lor obişnuită şi să continue să trăiască şi să muncească ca înainte de apariţia depresiei. Când consideraţi că dumneavoastră sau o persoană iubită suferiţi de depresie, cereţi ajutor de specialitate. Pentru mai multe informaţii despre depresie vezi cap. 37, "Boli mintale".

obicei fără durere sunt adesea greşit interpretate ca semne normale de îmbătrânire.

Este bine să mergeţi regulat la control oftalmologic, mai ales după ce începeţi să observaţi modificări de vedere. Mergeţi imediat la medic dacă prezentaţi înroşiri sau dureri oculare sau pierderea parţială sau totală a vederii la un ochi. De asemenea, mergeţi la consult dacă aveţi flash-uri luminoase în câmpul vizual. Netratate, anumite afecţiuni oftalmologice pot determina pierderea permanentă a vederii.

Glaucomul

Glaucomul este reprezentat de un grup de afecţiuni oftalmologice datorate creşterii anormale a presiunii intraoculare. Rezultatul este îngustarea câmpului vizual. Aproximativ 3% din oamenii de peste 65 de ani prezintă glaucom.

Cataracta

Cataracta constă în scăderea transparenţei lentilelor oculare care, în mod normal, sunt clare. Rezultatul este reprezentat de înceţoşarea vederii, vedere dublă sau perceperea de halouri în jurul luminilor. Cataracta este, peste tot în lume, cauza principală a orbirii. Operaţia pentru cataractă este una din cele mai frecvente intervenţii chirurgicale efectuate în SUA. Ea afectează aproximativ 20,5 milioane de americani de peste 40 de ani sau aproximativ 1 din fiecare 6 persoane de această vârstă. La 80 de ani, aproape 1/2 din persoane prezintă cataractă.

Degenerarea maculară

Degenerarea maculară este o deteriorare a maculei- zona centrală, subţire a retinei, unde se formează imaginile. Afectează capacitatea de a citi, precum şi acuitatea vizuală. Boala se caracterizează prin apariţia unei pete negre în mijlocul câmpului vizual, afectând vederea centrală. Vederea periferică este, în general, păstrată.

Ce ajută?

Chiar dacă nu aveţi probleme cu vederea, o dată cu înaintarea în vârstă veţi avea nevoie de mai multă lumină pentru a vedea bine. Folosiţi o lampă cu braţ flexibil pentru a putea direcţiona lumina pe cartea sau lucrul dumneavoastră. De asemenea, pot fi de folos şi becurile mai puternice.

Modificările fizice ce apar o dată cu îmbătrânirea

Majoritatea adulţilor prezintă, o dată cu înaintarea în vârstă, anumite modificări fizice absolut normale. Următoarea listă de modificări fizice provine din studiul longitudinal Baltimore despre îmbătrânire publicat de Departamentul de Sănătate şi Sevicii Umane din SUA:

- inima dumneavoastră îşi măreşte uşor dimensiunea şi are loc scăderea consumului maxim de oxigen;
- tensiunea arterială sistolică creşte şi pereţii arteriali se îngroaşă;
- grăsimea corporală se redistribuie;
- masa şi forţa musculară scad;
- începând cu vârsta de 20 de ani, scade abilitatea dumneavoastră de a auzi sunetele de înaltă frecvenţă, iar după 60 de ani abilitatea de a auzi sunetele de joasă frecvenţă;
- scade capcitatea pulmonară totală;
- creşte procesul de degradare şi dispariţie a neuronilor corticali;
- scade capacitatea urinară, determinând urinare mai frecventă şi uneori incontinenţă urinară;
- scade capacitatea dumneavoastră de detoxifiere sangvină.

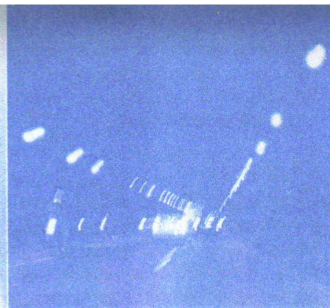
Reţineţi că această informaţie se referă la ceea ce se petrece de obicei cu majoritatea persoanelor. Aceste date nu au pretenţia să previzioneze cum vă va afecta pe dumneavoastră procesul îmbătrânirii. Dacă vă îngrijiţi sănătatea şi rămâneţi activ, puteţi amâna instalarea multora din aceste procese.



Problemele legate de vederea nocturnă

Vederea nocturnă se referă la capacitatea dumneavoastră de a vedea în condiţii de luminozitate scăzută sau de întuneric. Cu vârsta, chiar şi ochii sănătoşi se adaptează mai greu la condiţiile de luminozitate scăzută sau noapte. O consecinţă obişnuită, dar potenţial periculoasă, este dificultatea de a conduce. Noaptea, ochii dumneavoastră se vor adapta mai greu în cazul în care vă va orbi cu farurile cineva din sensul opus de mers.

Multe afecţiuni oculare pot avea ca efect scăderea acuităţii vizuale pe timpul nopţii. Dacă aveţi probleme cu vederea pe timpul nopţii, mergeţi la oftalmolog, în loc să presupuneţi că este o consecinţă firească a înaintării în vârstă.



Folosiţi lumina de veghe pentru a vă putea orienta mai bine noaptea-aceasta ar reduce şi riscul căderilor.

Dacă singura dumneavoastră problemă este incapacitatea de a citi şi nu aveţi altă tulburare de vedere, puteţi să vă procuraţi, fără reţetă, ochelari de citit pe care-i găsiţi în magazinele locale sau cele de reduceri.

Modificări ale auzului

Deşi unele persoane îşi păstrează un excelent auz toată viaţa lor, majoritatea îşi pierd gradat o parte din capacitatea de a auzi, uneori începând de la 20 de ani. Pierderea auzului este una dintre cele mai frecvente situaţii cu care se confruntă cei de vârstă mijlocie şi vârstnicii. 1 din 3 persoane de peste 60 de ani şi 1/2 din persoanele de peste 85 de ani prezintă o pierdere semnificativă a auzului.

Scăderea capacităţii auditive legată de înaintarea în vârstă afectează iniţial capacitatea de a auzi sunetele înalte şi mai târziu pe cele joase. Unora le este greu să urmărească conversaţia într-o cameră aglomerată sau într-un restaurant.

Modificările de la nivelul urechii interne sau de la nivelul nervilor auditivi, zgomotele, dopurile de ceară şi diferite boli pot scădea capacitatea de a auzi. Dacă dumneavoastră sau cineva din familia dumneavoastră vă suspectaţi de o scădere a auzului, consultaţi-vă medicul care vă poate trimite la un otorinolaringolog. În anumite cazuri, auzul poate fi restabilit sau îmbunătăţit prin tratament medical sau chirurgical.

Aparatele auditive nu pot ajuta toate persoanele cu probleme de auz, dar pot îmbunătăţi auzul multora. O dată cu apariţia aparatelor auditive mai mici, care sunt mai eficiente şi mai puţin observabile, a crescut numărul celor cu probleme de auz care folosesc asemenea aparate pentru îmbunătăţirea auzului lor. Pentru mai multe informaţii despre pierderea auzului şi aparate auditive vezi cap. 24 "Urechile, nasul şi gâtul".

Modificări cutanate

Cu vârsta, organul cel mai mare al corpului, pielea, îşi pierde gradat elasticitatea. Rezultatul va fi că pielea dumneavoastră va începe să se rideze şi să-şi piardă din elasticitate (fermitate). Prin exerciţiile fizice ce vă menţin forma puteţi menţine fermi şi cu tonus mulţi dintre muşchii dumneavoastră însă, în anumite zone – ca de exemplu la nivelul feţii – pielea va începe să-şi piardă fermitatea şi elasticitatea, cam în toate zonele feţii.

De asemenea, cu vârsta, pielea devine şi puţin mai subţire permiţând venelor sau decolorărilor de sub piele să se vadă mai bine. Veţi putea începe să vă pierdeţi din strălucirea şi culoarea vieţii. Scăderea secreţiei de grăsimi naturale vă va face pielea mai uscată şi, în plus, veţi transpira mai puţin.

Viteza de îmbătrânire a pielii dumneavoastră depinde de mai mulţi factori, dintre care cel mai important este expunerea la soare de-a lungul vieţii. Cu cât pielea dumneavoastră a fost mai mult expusă la soare, cu atât mai deteriorată va fi. Fumatul contribuie şi el la deteriorarea pielii, adăugând riduri pielii dumneavoastră.

Unele modificări se datorează parţial uscării pielii, ce poate fi micşorată printr-o bună îngrijire a sănătăţii pielii pe parcursul vieţii. Alimentaţia şi forma fizică au şi ele un rol. Pielea dumneavoastră, ca orice alt organ, beneficiază de o bună irigaţie datorată unei alimentaţii sănătoase şi a unui exerciţiu fizic regulat. O dată cu îmbătrânirea pot apărea frecvent următoarele afectări ale pielii:

Ridurile

Sunt consecinţa naturală a procesului de îmbătrânire. Având grijă de pielea dumneavoatră şi menţinând-o sănătoasă, veţi amâna apariţia ridurilor, dar efectele îmbătrânirii nu pot fi oprite în totalitate.

Pielea uscată

Pielea uscată (asteatoză) este caracterizată printr-o mâncărime intensă la nivelul spatelui, gambelor, mâinilor şi altor regiuni. Este rezultatul pierderii grăsimilor naturale ale pielii, pielea rămânând uscată şi uneori crăpată.

Pentru combaterea acestor probleme pot fi de ajutor scăderea frecvenţei duşurilor şi a băilor, evitarea purtării articolelor de îmbrăcăminte din lână direct pe piele, creşterea nivelului de umiditate în casă şi aplicarea de creme şi loţiuni hidratante. Însă, este bine să consultaţi medicul pentru a vă asigura că pruritul cutanat nu este rezultatul unei alte afecţiuni.

Petele de vârstă

Aşa numitele pete hepatice sunt zone plate, colorate ale pielii, a căror culoare variază de la maro deschis la negru. Ele pot fi răspândite peste tot, având mărimi variabile, de la mărimea unui pistrui până la câţiva centimetri. Aceste pete pot fi considerate inestetice din punct de vedere cosmetic dar, din punct de vedere medical sunt inofensive. Contrar numelui, nu au nimic de-a face cu vreo afecţiune hepatică.

Chirurgia estetică

O dată cu apariţia ridurilor şi a pielii flasce, unii oameni consideră chirurgia estetică ca o cale de a combate îmbătrânirea. Cele mai frecvente întrebări cu privire la chirurgia estetică sunt:

Ce poate face?

Clasica operaţie de lifting facial strânge şi netezeşte pielea reducând ridurile şi porţiunile de piele flască. Chirurgia pleoapelor elimină infiltrarea pleoapelor, pungile de sub ochi, precum şi excesul de piele de deasupra ochilor. De asemenea, poate fi practicată şi din motive neestetice - de exemplu atunci când pleoapele cu piele în exces împiedică o bună vedere.

Cum se realizează?

Pentru un lifting facial, chirurgul face mici incizii de o parte şi de alta a feţei, în zona din faţa şi din spatele urechilor, la nivelul liniei de inserţie a părului. Medicul întinde pielea, trăgând în faţă şi în spate, îndepărtând excesul. Uneori, este îndepărtată şi grăsimea subcutanată din zona bărbiei. Cicatricele postoperatorii sunt minime.

Operaţiile estetice sunt periculoase?

Ca în cazul oricărei intervenţii chirurgicale, pot apărea complicaţii, de exemplu tumefierea şi învineţirea în exces, precum şi infecţia şi lezarea anumitor nervi.

Cât timp durează recuperarea postoperatorie?

Învineţirea şi tumefierea ce apar după un lifting facial pot dura 2-3 săptămâni.

Cât timp se menţin rezultatele?

Rezultatele pot dura câţiva ani.

Purpura senilis

Cu vârsta, mici vase sangvine situate chiar sub piele devin fragile şi sângerează. Aceste sângerări formează vânătăi superficiale numite purpura senilis. Acestea apar cu precădere la nivelul antebraţelor. Anumite medicamente anticoagulante, de tipul aspirinei, pot determina apariţia acestor pete sau le pot agrava pe cele deja existente. Această condiţie este inofensivă din punct de vedere medical.

Modificări ale părului

O dată cu înaintarea în vârstă apar şi modificări ale părului, gradul lor variind de la persoană la persoană. În medie, aproximativ 50% dintre adulţi au aproape jumătate din păr încărunţit la vârsta de 50 de ani. Încărunţirea începe, de obicei, la tâmple şi urcă progresiv spre creştet. Noile fire de păr au, în general, o textură diferită.

A fi cărunt este considerat de unii atractiv şi de alţii dimpotrivă. Modul în care priviţi acest fenomen depinde de preferinţele personale, de influenţele culturale şi de modă.

Cu vârsta poate apărea o anumită subţiere a firului de păr, atât la bărbaţi cât şi la femei. Aproximativ 60% dintre bărbaţi prezintă pierderea sau subţierea firului de păr după 50 de ani. Modelul masculin de cădere a părului implică retragerea liniei de inserţie a părului şi căderea lui de la nivelul creştetului. Vârsta, modificările hormonale şi ereditatea îi fac pe unii să piardă mai mult păr în comparaţie cu alţii.

Un număr mic de femei prezintă, o dată cu înaintarea în vârstă, căderea părului după un model feminin. În loc să prezinte zone de chelie, la femei se observă mai degrabă un fenomen de extindere a cărărilor, părul fiind mai subţire la aspect şi la pipăit. Modificările hormonale apărute după menopauză pot determina apariţia şi creşterea părului facial.



Modificări ale danturii

Modul în care dantura şi gingiile dumneavoastră răspund la trecerea anilor depinde de îngrijirea pe care le-aţi acordat-o în timp. Dar, chiar dacă v-aţi spălat meticulos pe dinţi şi aţi folosit constant aţa dentară, puteţi constata că vă simţiţi gura uscată şi că gingiile s-au retras. Dantura îşi poate închide puţin culoarea şi poate deveni mai fragilă.

Având mai puţină salivă care să înlăture bacteriile, dantura şi gingiile dumneavoastră devin mai vulnerabile la carii şi infecţii. Fumatul, diferitele boli şi anumite medicamente pot agrava aceste probleme. În cazul afecţiunilor gingivale uşoare pot apărea înroşiri, tumefieri şi sensibilizări ale gingiilor. Netratate, afecţiunile gingivale pot progresa până la mobilizarea şi căderea dinţilor.

Leziunile datorate protezelor dentare sunt o consecinţă a proastei fixări a acestora. Dacă leziunile gingivale apar după ce aţi purtat un timp proteza, înseamnă că ele se datorează unor modificări ale danturii sau ale ocluziei. Dacă aveţi modificări de greutate corporală va trebui să vă adaptaţi şi proteza dentară. Leziunile pot apărea şi în cazul în care resturi alimentare rămân fixate în spatele protezei. În general, sunt rare cazurile în care leziunile gingivale curente să indice probleme mai grave de sănătate.

Ce puteţi face?

Spălaţi-vă de cel puţin 2 ori pe zi şi folosiţi aţa dentară cel puţin o dată pe zi. Asiguraţi-vă că aţi curăţat atât suprafaţa internă cât şi pe cea externă a dinţilor şi gingiilor. Dacă aveţi dificultăţi în spălarea pe dinţi, puteţi încerca să folosiţi o periuţă de dinţi electrică.

Dacă aveţi probleme cu leziunile provocate de o proteză dentară, mergeţi la stomatolog pentru a vă adapta proteza. Pentru a evita leziunile datorate resturilor alimentare fixate în spatele protezei, spălaţi-vă atent după fiecare masă, scoateţi-vă proteza pe timpul nopţii şi periaţi-vă gingiile, limba şi palatul. Evitaţi folosirea unguentelor pentru ameliorarea durerilor datorate leziunilor gingivale. În afară de respectarea unei igiene zilnice a gurii, este bine să mergeţi, cel puţin o dată pe an, la stomatolog pentru un control general şi o curăţare a dinţilor.

Modificări ale somnului

Pe parcursul perioadei de maturitate, nevoia dumneavoastră de somn nu se modifică decât puţin. Dacă acum aveţi nevoie de 6 ore de

somn pe noapte, este foarte probabil ca şi 10 ani de acum încolo să aveţi nevoie cam de acelaşi interval, +/- 30 de minute.

Cu toate acestea, pe măsură ce îmbătrâniţi, veţi constata probabil că dormiţi mai puţin profund. Între 50 şi 60 de ani, somnul devine mai puţin odihnitor. După 70 de ani, petreceţi frecvent mai mult timp în pat, somnul fiind, însă, mai puţin odihnitor. Acest lucru se întâmplă pentru că somnul delta – cel mai profund şi odihnitor – scade cu vârsta. De asemenea, veţi obosi mai devreme seara şi vă veţi scula mai devreme dimineaţa.

Insomnia începe să devină o problemă din ce în ce mai acută o dată cu înaintarea în vârstă, din mai multe motive: datorită modificării ritmului dumneavoastră de somn, modificării nivelului de activitate şi al stării generale de sănătate. Durerea, depresia, anxietatea şi stresul pot, de asemenea, interfera cu somnul. Bărbaţii cu adenom de prostată (tumoră necanceroasă) pot prezenta întreruperi ale somnului datorită nevoii frecvente de a urina pe timpul nopţii.

Şi medicamentele pot fi de vină, cum poate fi şi un partener de pat care sforăie. Lipsa somnului datorată insomniei nu reprezintă totuşi o caracteristică inevitabilă a procesului de îmbătrânire dar, se ştie că, o dată cu înaintarea în vârstă creşte şi riscul de insomnie.

Modificări ale greutăţii corporale

Pentru mulţi oameni este destul de dificil să-şi păstreze o greutate corporală normală sau să slăbească, atunci când sunt supraponderali. Cu vârsta, acestea pot fi încă şi mai greu de realizat. Înaintând în vârstă, metabolismul încetineşte, ceea ce înseamnă că funcţionarea corpului dumneavoastră necesită arderea a mai puţine calorii decât odinioară. Caloriile consumate în trecut pentru necesităţile energetice zilnice ale organismului sunt acum depozitate sub formă de grăsime, deseori, rezultatul fiind o creştere nedorită în greutate.

Modificări cardiovasculare

Inima şi vasele de sânge se modifică cu vârsta, chiar şi în absenţa unei anumite boli. Cu timpul, muşchiul cardiac devine mai puţin eficient în pomparea sângelui, muncind mai mult pentru a îndeplini aceeaşi funcţie. De asemenea, puteţi pierde câteva celule pacemaker care controlează frecvenţa şi ritmul cardiac.

Cu vârsta, în mod firesc, vasele de sânge devin mai puţin elastice. Pe pereţii arteriali se pot depune depozite de grăsime - plăci ateromatoase - care pot obstrua circulaţia sangvină prin vasele respective. Pierderea firească a elasticităţii pereţilor vasculari, alături de apariţia procesului de ateroscleroză, îngustează arterele, crescând efortul pe care inima dumneavoastră trebuie să-l depună pentru a pompa sânge. Acest lucru poate duce la apariţia hipertensiunii arteriale.

Este normal ca tensiunea arterială să crească uşor o dată cu vârsta. Atât timp cât rămâne sub anumite limite, nu trebuie să vă faceţi griji. Dar, dacă valorile tensionale crescute indică existenţa unei hipertensiuni arteriale, atunci este indicată introducerea tratamentului.

> **?** **Întrebare şi răspuns**
>
> **Există vreo dietă care să mă ajute să trăiesc o viaţă mai lungă şi mai sănătoasă?**
>
> Nu există o dietă care să-i ajute pe toţi indivizii, în mod egal, să trăiască mai mult. Problemele pe care le aveţi o dată cu îmbătrânirea sunt unice dumneavoastră. Dacă aveţi hipertensiune arterială, trebuie să scădeţi în greutate şi să evitaţi alimentele sărate. Dacă aveţi diabet, trebuie să fiţi atent la cantitatea de zahăr ingerată şi să vă controlaţi greutatea corporală.
>
> Cea mai bună recomandare pentru o viaţă mai lungă şi mai sănătoasă este aceea de a avea o alimentaţie echilibrată care să includă diferite tipuri de produse nutritive. O dietă echilibrată asigură un aport adecvat de vitamine, minerale, proteine, carbohidraţi şi alte elemente nutritive. În general, mâncaţi zilnic multe fructe şi legume, limitând totodată aportul de grăsimi şi carne roşie. A mânca în cantităţi adecvate este un alt element important al unei diete sănătoase.

Modificările cardiovasculare apar, în general treptat, în luni şi ani de zile. Între 40 şi 65 de ani, procesul poate fi deja avansat, în special în cazul bărbaţilor care au mai multe probleme cardiovasculare decât femeile de aceeaşi vârstă.

În ciuda deteriorărilor cardiovasculare datorate vârstei, inima dumneavoastră este suficient de puternică pentru a satisface nevoile obişnuite ale organismului dumneavoastră, atât în repaus cât şi în timpul efortului. Cu toate acestea, ea are o capacitate mai mică de a face faţă leziunilor şi solicitărilor crescute apărute brusc, datorită unei activităţi fizice intense, stresului sau bolii. Ateroscleroza sau hipertensiunea arterială pot duce la infarct miocardic sau insuficienţă cardiacă congestivă.

Modificări digestive

Modificările digestive sunt adesea aşa de subtile, încât oamenii nu încep să le observe decât după vârsta de 60 de ani. În esenţă, cu vârsta, procesele digestive încetinesc. Funcţia esofagului de înghiţire a alimentelor încetineşte şi ea, şi în mod similar şi propulsarea alimentelor de-a lungul tractului digestiv.

Suprafaţa intestinală se reduce, determinând diminuarea absorbţiei. Poate avea loc o scădere a drenajului secreţiilor digestive de la nivelul stomacului, ficatului, pancreasului şi intestinului subţire. Aceste modificări sunt adesea minime şi inofensive, neproducând schimbări majore.

Una dintre cele mai frecvente probleme digestive ce apare cu vârsta este constipaţia. Aceasta constă în eliminarea de scaune tari, diminuarea tranzitului intestinal şi dureri datorate tranzitului. Constipaţia poate rezulta dintr-o alimentaţie săracă în fibre, modificări ale dietei, ingestia unei cantităţi insuficiente de lichide, folosirea anumitor medicamente, starea de inactivitate sau schimbări naturale de tipul încetinirii tranzitului intestinal.

Altă modificare ce se face simţită o dată cu înaintarea în vârstă este pirozisul. Acesta apare când sfincterul ce separă esofagul de stomac (sfincterul esofagian) se deschide inadecvat, permiţând conţinutului gastric să reflueze în esofag.

Obezitatea, fumatul, mesele abundente, consumul de cafea sau folosirea anumitor medicamente pot determina relaxarea musculaturii sfincteriene şi deschiderea acestuia. În plus, cu vârsta, această musculatură îşi pierde din tonus. Pirozisul frecvent sau constant este asociat cu o afecţiune medicală numită boala de reflux gastroesofagian (GERD).

Modificări osoase şi musculare

Deşi vă puteţi gândi la oase ca la nişte structuri rigide, tari şi de nemodificat, ele suferă constant un proces de reînnoire răspunzând, în acelaşi timp, presiunii exercitate asupra lor. De exemplu, o persoană ce ridică frecvent mari greutăţi, îşi dezvoltă alături de o puternică musculatură a braţelor şi o puternică osatură a lor.

Oasele dumneavoastră îşi ating masa lor maximă la 25 - 35 de ani, după care încep să sufere procese de diminuare atât în dimensiune cât şi în densitate.

O consecinţă a acestui fapt este că, după mijlocul şi spre sfârşitul vieţii, înălţimea dumneavoastră nu va mai fi aceeaşi, ci va scădea. Altă consecinţă a înaintării în vârstă este aceea că oasele dumneavoastră devin mai puţin rezistente, făcându-vă mai vulnerabili la fracturi.

În plus, muşchii, tendoanele şi articulaţiile îşi pierd o parte din puterea şi flexibilitatea lor. Rezultatul va fi că dumneavoastră n-o să puteţi să vă mai mişcaţi aşa de repede ca înainte.

Dacă aţi avut o viaţă activă, la 60 de ani, muşchii dumneavoastră vor pierde puţin sau deloc din forţa musculară avută în tinereţe. Cu toate acestea, puteţi observa însă că nu mai sunteţi aşa de mobili ca înainte şi că reflexele dumneavoastră sunt mai încete.

Două dintre cele mai frecvente afecţiuni osteo-articulare caracteristice vârstnicilor sunt osteoporoza şi bolile articulare.

Osteoporoza

Osteoporoza constă în diminuarea densităţii osoase determinând o fragilitate osoasă crescută şi o mai mare vulnerabilitate la fracturi. Deşi, de regulă, această afecţiune apare în timp, datorită pierderii substanţelor minerale osoase o dată cu îmbătrânirea, ea poate fi şi rezultatul acţiunii tratamentului prelungit cu anumite medicamente de tipul corticosteroizilor.

Osteoporoza afectează, în special, femeile după instalarea menopauzei.

Şi bărbaţii pierd din densitatea osoasă dar, datorită faptului că ei au din start o masă osoasă mai mare, pe care o pierd mai încet, sunt mai puţin susceptibili să prezinte osteoporoză înainte de o vârstă mai înaintată.

Cel mai bun tratament al osteoporozei este cel preventiv, care trebuie să înceapă cu mult înainte de 40 de ani. Consumul alimentelor bogate în calciu, folosirea suplimentelor de nutritve ce conţin calciu şi practicarea frecventă a exerciţiilor fizice, de genul mersului pe jos, pot ajuta la creşterea masei osoase, înainte ca procesul de depleţie minerală a oaselor să înceapă.

Fumatul şi consumul excesiv de alcool cresc riscul de osteoporoză şi trebuie evitate. După menopauză, aceste măsuri preventive devin şi mai importante.



Bolile articulare

Cele mai multe cazuri sunt cele reprezentate de simple deteriorări articulare. Ereditatea, alimentaţia, accidentările şi bolile anterioare sunt cauzele frecvente ale acestora. Uzura şi efortul de zi cu zi pot duce la apariţia bolilor articulare. Principalele 2 forme sunt artroza şi poliartrita reumatoidă.

Artroza

Este cea mai obişnuită formă. La vârsta mijlocie, majoritatea persoanelor prezintă artroză ce afectează cel puţin o articulaţie. Simptomele afecţiunii sunt durere articulară intermitentă, rigiditate şi tumefierea ocazională a articulaţiei. Uneori, boala este asimptomatică. Această afecţiune este prezentă, într-o oarecare măsură, la peste 80% dintre adulţii vârstnici.

Artroza determină, în mod obişnuit, durere şi înţepenire ce debutează la nivelul coloanei sau a încheieturilor mari, de exemplu şoldurile sau genunchii. Deoarece răspunsul dumneavoastră obişnuit la durerea articulară este diminuarea mişcării în acea articulaţie, veţi utiliza mai puţin musculatura respectivă, aceasta va fi mai puţin funcţională şi va pierde din forţă. Acest proces determină intrarea într-un cerc vicios ce creşte afectarea funcţională.

Poliartrita reumatoidă

Este mai puţin comună şi, în general, nu este direct dependentă de procesul de îmbătrânire. Poliartrita reumatoidă este o boală autoimună în care sistemul dumneavoastră imun atacă una sau mai multe articulaţii. În general, boala afectează încheietura mâinii, mâinile, picioarele şi coatele. Apare frecvent la persoanele cu vârsta cuprinsă între 20 şi 50 de ani şi este de două ori mai frecventă la femei decât la bărbaţi.

Modificări sexuale

Îmbătrânirea nu înseamnă sfârşitul vieţii sexuale - nici a dorinţei, nici a funcţiei sexuale. În realitate, sexul poate fi mai plin de satisfacţii decât era în perioada frenetică a tinereţii dumneavoastră. Dar, o dată cu vârsta, nevoile, obiceiurile şi performanţele sexuale se pot schimba. În cazul bărbaţilor,

condiţiile în care are loc actul sexual şi dorinţa joacă un rol mai important ca înainte. Atingerile şi un preludiu prelungit pot deveni la fel de plăcute ca ejacularea. Femeile se pot simţi mai relaxate, mai puţin inhibate şi mai curajoase în a-şi exprima dorinţele sexuale.

O prejudecată foarte răspândită este aceea conform căreia adulţii mai vârstnici nu mai sunt activi sexuali. Realitatea este că mulţi adulţi mai vârstnici se bucură de o viaţă sexuală activă, mai bună adesea ca cea din tinereţe. Cheia este atenţia faţă de partener, adaptarea şi comunicarea.

Creierul dumneavoastră este un important organ sexual. Excitarea sexuală începe prin stimularea simţurilor dumneavoastră – atingere, miros gust şi auz, ce fac posibil orgasmul. Răspunsul dumneavoastră, însă, poate fi diminuat sau amânat.

Schimbările prin care trec femeile

Menopauza marchează sfârşitul menstruaţiei la femei. Prejudecăţile frecvente în legătură cu menopauza sunt acelea care afirmă că o dată cu ea dispare şi interesul sexual şi că menopauza stimulează apariţia depresiei şi determină un dezechilibru emoţional. Adevărul este că, dacă aţi avut o viaţă sexuală activă în tinereţe, probabil aşa va fi şi după instalarea menopauzei. Cu toate acestea, menopauza aduce cu ea şi anumite modificări.

Dorinţa sexuală

Cu toate că dorinţa sexuală este determinată, în mare parte, de factori emoţionali şi sociali, hormoni precum estrogenul şi testosteronul joacă şi ei un rol. Estrogenul este produs de ovarele dumneavoastră, iar testosteronul este secretat de glandele suprarenale.

În mod surprinzător, dorinţa sexuală este influenţată în principal de testosteron şi nu de estrogen. La menopauză, ovarele îşi opresc producţia de estrogen însă, marea majoritate a femeilor produc suficient testosteron pentru a-şi menţine viu interesul în activitatea sexuală. Reţineţi că cel mai important organ cu rol în activitatea sexuală este creierul. Lumina lumânărilor, muzica, lectura, conversaţia şi gândurile pot crea dispoziţia pentru sex.

Modificări vaginale

Deficienţa estrogenului datorită instalării menopauzei poate determina apariţia unor modificări în aspectul exterior al organelor genitale, precum şi în răspunsul dumneavoastră sexual. Faldurile cutanate ce acoperă zona genitală (labiile) se strâng şi devin mai subţiri, expunând mai mult clitorisul. Această expunere crescută poate uneori reduce sensibilitatea clitorisului sau poate determina o neplăcută senzaţie de furnicătură sau înţepătură la atingere. În plus, deschiderea vaginală se îngustează, în special dacă nu mai sunteţi active sexual. Există, de asemenea, o latenţă în apariţia umidifierii şi lubrifierii vaginale din cursul excitaţiei sexuale. Aceste fenomene pot determina

Sexul şi bolile

Modificările corpului dumneavoastră datorate bolilor sau intervenţiilor chirurgicale pot afecta răspunsul dumneavoastră fizic la stimularea sexuală. De asemenea, vă poate afecta şi imaginea de sine, pentru ca în final să vă afecteze şi interesul pentru sex. Iată câteva recomandări care vă pot ajuta în menţinerea încrederii în capacitatea dumneavoastră sexuală.

Să ştiţi la ce să vă aşteptaţi

Vorbiţi cu medicul despre efectele obişnuite ale medicaţiei dumneavoastră, inclusiv posibilele efecte asupra activităţii sexuale.

Vorbiţi despre sex cu partenerul sau partenera dumneavoastră

Dacă vă simţiţi slăbit sau obosit şi doriţi ca partenerul sau partenera dumneavoastră să joace un rol mai activ, nu pregetaţi să o spuneţi. Dacă o anumită parte a corpului dumneavoastră este bolnavă, ghidaţi mângâielile partenerului sau partenerei dumneavoastră astfel încât să vă creeze plăcere şi să evite durerea.

Plănuiţi sexul

Încercaţi să faceţi sex atunci când sunteţi odihnit şi relaxat. Poate fi de ajutor să faceţi o baie fierbinte înainte sau să faceţi sex în cursul dimineţii. Dacă luaţi un medicament analgezic de tipul celor pentru tratarea artrozei, planificaţi-vă administrarea dozei astfel încât efectul să fie maxim în timpul activităţii sexuale.

Pregătiţi-vă prin exerciţiu fizic

Dacă suferiţi de artroză sau altă cauză ce determină afectare funcţională, rugaţi medicul sau kinetoterapeutul să vă recomande exerciţii de mobilitate care să vă ajute să vă relaxaţi articulaţiile înainte de activitatea sexuală.

Găsiţi plăcere în atingere

Atingerea este o bună alternativă a actului sexual. Atingerea poate consta pur şi simplu în îmbrăţişarea celuilalt. Bărbaţii şi femeile pot atinge uneori orgasmul prin atingeri corespunzătoare.



dificultăţi sau dureri în cursul actului sexual (dispareunie).

Un preludiu prelungit ajută uneori la stimularea lubrifierii. Puteţi folosi în acest scop şi un lubrifiant hidrosolubil de tipul gelului K-Y. Discutaţi cu medicul dumneavoastră despre crema estrogenică pentru zona genitală şi despre terapia substitutivă cu estrogen. Alt lucru ce poate ajuta este activitate sexuală regulată. Femeile ce îşi păstrează o viaţă sexuală activă şi după menopauză au o lubrifiere şi o elasticitate vaginală mai bună.

Orgasmul

Orgasmul este posibil pe tot parcursul vieţii. O dată cu înaintarea în vârstă, însă, poate dura mai mult până la atingerea lui, dar majoritatea adulţilor vârstnici pot ajunge încă la orgasm.

Perspectiva emoţională

Studiile efectuate indică o mică legătură între dispoziţie şi menopauză. Reacţiile emoţionale din perioada de după instalarea menopauzei par a fi, mai degrabă, rezultatul a ceea ce se petrece în viaţa dumneavoastră. Aşteptările dumneavoastră cu privire la menopauză par să influenţeze modul în care trăiţi această "schimbare a vieţii". Dacă gândiţi că o să fie o perioadă dificilă, aşa va fi. Dacă, dimpotrivă, vă aşteptaţi să străbateţi uşor această perioadă, probabil că aşa veţi face.

Schimbările prin care trec bărbaţii

Cu vârsta, producţia de testosteron scade treptat, dar totuşi nu încetează. Cu toate acestea, schimbările fizice ale bărbaţilor mai în vârstă sunt similare celor prin care trec femeile după instalarea menopauzei.

Dorinţa sexuală

Puteţi observa o diminuare gradată a dorinţei sexuale. Unii bărbaţi numesc acest fenomen o concentrare calitativă, mai degrabă decât una cantitativă.

Excitaţia sexuală

Veţi avea nevoie, probabil, de mai multă stimulare pentru a obţine şi menţine erecţia, iar aceasta poate fi mai puţin fermă. Va fi nevoie ca partenera dumneavoastră să se implice mai mult.

Orgasmul

Veţi ejacula probabil o cantitate mai mică de spermă şi cu o forţă mai mică decât înainte. După andropauză, vă vă lua mai mult până să obţineţi o stare de stimulare (excitaţie).

Impotenţa

Incapacitatea de a obţine şi de a menţine erecţia când dorinţa şi oportunitatea sunt prezente poate afecta bărbaţii de orice vârstă, deşi devine mai obişnuită pe măsură ce îmbătrâniţi. Aproximativ 20% dintre bărbaţi sunt impotenţi la vârsta de 60 de ani. Impotenţa nu este o consecinţă inevitabilă a îmbătrânirii.

Cauzele obişnuite ale impotenţei sunt: abuzul de alcool, medicamentele ce afectează funcţia sexuală şi problemele medicale ca diabetul şi ateroscleroza. Stresul, care poate exista din plin pe parcursul anilor de mijloc ai maturităţii, este şi el în fruntea factorilor de risc.

Nu interpretaţi, însă, unul sau două episoade de impotenţă ca pe un semnal că viaţa dumneavoastră sexuală este pe sfârşite. Dacă, totuşi, acest lucru vi se întâmplă regulat, consultaţi medicul. Aveţi mari şanse ca, indiferent de cauză, dacă vă adresaţi precoce medicului, impotenţa dumneavoastră să poată fi tratată.

Modificările determinate de boală sau de handicapul fizic

Boala sau handicapul fizic pot interfera cu răspunsul dumneavoastră sexual. În plus, anumite condiţii medicale vă pot afecta funcţionarea sexuală:

Infarctul de miocard

Dacă dumneavoastră sau partenerul aţi suferit un infarct de miocard, frica de a nu mai avea încă unul vă poate afecta comportamentul sexual. Dar dacă aţi fost activ sexual înainte de acesta, probabil veţi putea fi din nou. Chiar dacă pulsul, tensiunea arterială, frecvenţa respiratorie cresc în timpul actului sexual, ele revin la normal în decurs de câteva minute după aceea. Moartea subită din timpul actului sexual este rară.

Dacă aveţi o afecţiune cu simptome de tipul anginei pectorale, medicul vă poate recomanda să luaţi nitroglicerină înainte de actul sexual.

Ateroscleroza

Aproximativ 50% dintre cauzele impotenţei la bărbaţii peste 50 de ani este reprezentată de distrugerea nervilor şi vaselor sangvine peniene. Acumularea plăcilor ateromatoase pe pereţii arteriali poate distruge vasele mici de sânge şi poate interfera cu erecţia la bărbat şi cu troficitatea ţesutului vaginal la femeie.

Diabetul zaharat

Diabetul zaharat vă creşte riscul de atroscleroză. Aproximativ 1/2 dintre bărbaţii cu diabet zaharat devin impotenţi. Bărbaţii ce suferă de mult de diabet şi care prezintă şi afectarea nervilor periferici (neuropatie diabetică) sunt cei mai predispuşi să dezvolte impotenţă.

Dacă sunteţi femeie şi aveţi diabet zaharat, puteţi prezenta o scădere a lubrifierii, precum şi durere în timpul actului sexual. De asemenea, puteţi avea mai frecvent infecţii urinare şi vaginale.

Artroză

Deşi artroza nu vă afectează organele sexuale, durerea şi imobilitatea determinate de ea pot face să nu vă mai bucuraţi aşa de mult de sex. Dacă aveţi artroză, discutaţi deschis cu partenerul dumneavoastră despre dorinţele şi limitările dumneavoastră.

Chirurgia prostatică

Intervenţiile chirurgicale pentru cancerul prostatic pot determina impotenţă, dar acest risc a fost redus de recentele progresele înregistrate în chirurgie. Au apărut, de asemenea, noi tratamente ale impotenţei.

Histerectomia

Histerectomia în sine nu interferă cu capacitatea femeii de a avea activitate sexuală sau de a prezenta orgasm. Cu toate acestea, prin înlăturarea ovarelor se instalează o menopauză indusă chirurgical, cu toate efectele fizice şi emoţionale tributare ei.

Medicamentele

Anumite medicamente folosite frecvent pot interfera cu funcţia sexuală. Medicamentele pentru controlul tensiunii arteriale, ca diureticele tiazidice şi betablocantele, pot scădea dorinţa sexuală şi pot diminua erecţia la bărbaţi şi lubrifierea vaginală la femei.

Alte medicamente care pot afecta funcţia sexuală sunt: unele antihistaminice şi antidepresive, inhibitorii acidităţii gastrice. Dacă luaţi vreun astfel de medicament şi prezentaţi efecte secundare, consultaţi medicul. Şi alcoolul poate avea un efect negativ asupra funcţiei sexuale.



Planuri de pensionare

Pensionarea este o mare schimbare în viaţă. Poate fi o perioadă stresantă, pentru care nu sunteţi pregătit sau poate fi la fel de plină de recompense şi împliniri ca şi anii de dinainte. În ce fel va decurge depinde, într-o oarecare măsură, şi de dumneavoastră. Plănuindu-vă din timp perioada de după pensionare vă va fi mai uşor să vă bucuraţi de această nouă etapă a vieţii.

Securitatea financiară

Banii nu înseamnă totul, spune o zicală şi într-adevăr aşa este. Dar reprezintă unul din mijloacele cu ajutorul cărora ne croim drumul în această lume. Ei vă ajută să trăiţi confortabil - indiferent de cum definiţi dumneavoastră acest lucru - şi vă ajută să faceţi, în timpul liber, multe din lucrurile care vă fac plăcere.

Pentru anumite persoane, resursele financiare insuficiente pot face dificilă perioada de după pensionare, constituind un stres major ce se va reflecta asupra stării lor sufleteşti şi, în final, asupra sănătăţii. Persoanele cu un venit bun tind, în general, să suporte mai uşor boala comparativ cu cei ce nu au resurse financiare corespunzătoare. Cu alte cuvinte, alături de o alimentaţie echilibrată, exerciţiu fizic regulat şi o puternică reţea de susţinere socială, altă componentă care vă poate asigura starea de bine este cea financiară.

Mijloacele financiare prin care vă puteţi asigura o pensie securizată din punct de vedere financiar, s-au schimbat. Pentru un număr crescând de persoane, s-au terminat zilele în care pensia era asigurată de companiile de pensii sau de fondurile serviciului de protecţie socială. Din ce în ce mai mulţi oameni se implică mai mult acuma în planificarea din punct de vedere financiar a perioadei de după pensionare. Fără o bună planificare şi disciplină, nu există nici o garanţie că pensia dumneavoastră o să vă acopere cheltuielile şi că o să vă puteţi realiza planurile dumneavoastră pentru perioada de pensionare.

Dacă nu aţi început încă să vă planificaţi pensionarea şi pensia, un bun punct de pornire este să vă estimaţi cam ce venit v-ar fi de folos, după pensionare, plecând de la economiile şi tipurile de investiţii pe care le aveţi în prezent. Dacă o luaţi din scurt, s-ar putea să nu fie prea târziu de a lua măsuri pentru a strânge diferenţa de bani.

Sursele de venit după pensionare

Venitul dumneavoastră după pensionare va proveni, probabil, din mai multe surse. Acestea pot fi: protecţia socială, economii şi investiţii, fonduri de pensionare, pensii şi venituri moştenite.

Nu uitaţi de efectul inflaţiei- banii dumneavoastră vor valora mai puţin când vă veţi pensiona, decât valorează astăzi. De asemenea, impozitele vor scădea şi ele o parte din aceste venituri.

De ce venit veţi avea nevoie?

O dată pensionaţi nu înseamnă că facturile n-o să mai ajungă în cutia dumneavoastră poştală. Nu înseamnă că vă veţi pierde brusc dorinţa de a călători, mânca în restaurante bune, de a merge la un meci. Nici nu înseamnă că acoperişul casei nu se va strica şi că nu va trebui reperat. Ţineţi cont de toate aceste aspecte când calculaţi cam de ce venit aveţi nevoie după pensionare.

Estimaţi-vă speranţa de viaţă

În general, americanul obişnuit în vârstă de 65 de ani se poate aştepta să atingă vârsta de 81 de ani. O femeie americană de aceeaşi vârstă poate să se aştepte să trăiască până pe la 84 de ani. Dacă proveniţi dintr-o familie de longevivi, adaptaţi-vă corespunzător şi speranţa de viaţă.

Decideţi când aţi dori să vă pensionaţi

Vârsta de pensionare poate avea un mare impact asupra nivelului pensiei. Lucrând până mai târziu, veţi avea mai mult timp să depuneţi bani în contul de pensie. În plus, nu o să începeţi să cheltuiţi din acest cont, permiţându-i să crească în continuare.

Un aspect important pentru stabilirea momentului pensionării este valoarea beneficiului protecţiei sociale. Interesaţi-vă cum afectează vârsta de pensionare nivelul acestor beneficii. În fiecare an, Administraţia Protecţiei Publice din SUA este obligată să vă trimită prin poştă o dispoziţie a protecţiei publice. La capitolul beneficii, din această dispoziţie, veţi găsi schema în care veţi vedea care va fi nivelul venitului dacă vă retrageţi la 62, la 66 sau la 70 de ani.

Puteţi avea motive întemeiate să vă pensionaţi la o vârstă mai tânără. Asiguraţi-vă doar că sunteţi conştient de impactul financiar pe care-l are o perioadă în plus de muncă.

Calculaţi-vă cheltuielile

Experţii financiari sunt de părere că un cuplu de pensionari poate să-şi calculeze cheltuielile existenţiale ca fiind aproximativ 80-100% din nivelul anual brut de dinainte de pensionare. Încă o dată, ţineţi cont de planurile dumneavoastră individuale.

Dacă plănuiţi să călătoriţi din plin sau să vă mutaţi într-o zonă mai scumpă, veţi avea nevoie de mai mulţi bani decât înainte de pensionare. Dacă planurile dumneavoastră de pensionare sunt mai modeste, cheltuielele anuale pot fi mai mici decât venitul dinainte de pensionare. Nu uitaţi să luaţi în consideraţie cheltuieli importante ca asigurarea de sănătate şi impozitele.

Faceţi calcule

După ce aţi stabilit cum şi când să vă pensionaţi, faceţi calculele necesare pentru ca aspectele financiare să vă devină clare. Puteţi să le faceţi dumneavoastră sau puteţi cere sfatul unui expert în planificare financiară.

După ce aţi stabilit când vă veţi pensiona, estimaţi şi un număr de ani de la pensionare până la deces. Calculaţi care credeţi că vor fi cheltuielile existenţiale anuale şi multiplicaţi cu numărul anilor pe care speraţi că îi veţi mai trăi după pensionare. Comparaţi suma obţinută cu venitul dumneavoastră de pensionare şi vedeţi dacă aveţi suficienţi bani.

Asigurările de sănătate

Cele mai scumpe cheltuieli medicale le veţi avea de acum acolo. Un număr surprinzător de mare din clasa de mijloc sărăcesc după 70-80 de ani, pentru că au avut prea multe goluri în asigurările de sănătate de-a lungul anilor. Cu vârsta se înmulţesc, în general, problemele de sănătate. De aceea, este important să vă asiguraţi că aveţi o asigurare de sănătate corespunzătoare în momentul în care vă pensionaţi.

Medicare

Medicare este programul federal de asigurare de sănătate pentru americanii de peste 65 de ani. Dacă beneficiaţi de asigurare socială sau aţi plătit taxele la Medicare suficient de mult timp, veţi putea beneficia de asigurarea de sănătate Medicare, indiferent de nivelul veniturilor dumneavoastră. Medicare oferă mai multe posibilităţi:

Medicare original

Dacă beneficiaţi de asigurarea Medicare, veţi fi înscris în Medicare varianta A, în momentul în care împliniţi 65 de ani, în caz că nu aţi optat pentru o altă vaiantă. Varianta A acoperă cheltuielile de spitalizare şi alte câteva servicii. Nu veţi plăti nici o primă de asigurare dar veţi plăti o taxă deductibilă, acum în valoare de 800 de dolari, dacă vă internaţi în spital.

Altă opţiune este Medicare varianta B. Pentru a fi sigur că intraţi sub acoperirea acestei variante de asigurare trebuie să vă înscrieţi pentru această variantă în decurs de 3 luni din momentul în care beneficiaţi de Medicare. Varianta B acoperă controalele medicale, radiografiile, testele de laborator şi alte teste diagnostice. Dumneavoastră plătiţi o primă lunară, o taxă anuală deductibilă şi o coasigurare- de obicei în valoare de 20% din taxa Medicare aprobată.

Alegerea asigurării de sănătate

În momentul alegerii unui program de asigurare de sănătate luaţi în considerare următoarele aspecte:

- *Acoperire şi în afara zonei de rezidenţă.* În cazul în care călătoriţi des sau locuiţi o parte din an în altă zonă din ţară, asiguraţi-vă că sunteţi acoperit de programele de asigurare şi când sunteţi departe de casă.
- *Accesul la specialişti.* Medigap şi programele „taxe pentru servicii" vă oferă posibilitatea să vedeţi orice specialist oricând vreţi. Multe organizaţii de menţinere a sănătăţii (HMO) cer să fiţi consultat doar de specialişti afiliaţi la HMO. Dacă medicul specialist la care vreţi să mergeţi nu este afiliat la acelaşi sistem ca al dumneavoastră, va trebui să plătiţi mult din buzunar dacă vreţi să îl consultaţi.
- *Buget limitat.* Dacă nu vă permiteţi cheltuieli medicale neaşteptate, Medicare original cu o poliţă Medigap poate fi alegerea potrivită pentru dumneavoastră. Anumite programe de administrare a îngrijirii pot fi şi ele potrivite pentru dumneavoastră pentru că taxele lor sunt de obicei fixe.
- *Medicamentele prescrise.* Dacă luaţi regulat medicamente prescrise de medic şi vă întrebaţi dacă o să vi le puteţi permite, comparaţi beneficiile cu privire la medicamente din programul de administrare a îngrijirii cu cele din programul Medigap. Medicare original nu acoperă costul medicamentelor prescrise.
- *Asigurarea de pensie plătită de angajator.* Dacă aveţi o asigurare avantajoasă plătită de un fost angajator, Medicare original poate fi tot ce vă trebuie. Nu renunţaţi la asigurarea de pensie. Probabil aceasta poate să vă ofere mai mult ca Medicare original combinat cu Medigap. Cu toate acestea, mulţi angajatori opresc plata asigurării de pensie de îndată ce v-aţi înscris în Medicare original.

Sub asigurarea Medicare puteţi merge la aproape orice medic sau spital din ţară, însă anumite lucruri – medicamentele şi anumite servicii preventive – nu sunt acoperite.

Medicare original cu o poliţă suplimentară

Poliţele suplimentare sunt cunoscute şi ca poliţe Medigap, deoarece aceste poliţe plătesc anumite lucruri pe care Medicare nu le plăteşte. Poliţele vândute de companiile private de asigurare sunt disponibile în 10 variante, de la A la J. Beneficiile minime pentru fiecare nivel sunt stabilite de guvernul federal. O poliţă Medigap poate fi un bun supliment la asigurarea dumneavoastră.

Dacă doriţi această asigurare adiţională, trebuie să cumpăraţi o poliţă suplimentară într-un anumit interval de timp după înscrierea în Medicare. Anumite variante presupun numai taxe Medicare deductibile şi coasigurări. Poliţe sau variante de asigurare mai scumpe acoperă cheltuielile medicamentelor prescrise şi îngrijirea la domiciliu.

Îngrijire administrată prin Medicare

În cazul îngrijirilor administrate de Medicare, beneficiaţi de îngrijire printr-un program de furnizare de servicii de îngrijire. Poate fi o organizaţie de menţinere a sănătăţii (HMO), o organizaţie sponsorizată de furnizor (PSO) sau o organizaţie recomandată de furnizor (PPO). În toate cazurile, primiţi îngrijiri medicale printr-o anumită reţea de medici şi spitale- deseori la preţuri mult mai mici decât cele practicate de Medicare original.

Optând pentru acest program de administrare a îngrijirii, înseamnă că veţi putea mergeţi doar la medici şi spitale afiliate acestui program. Din această cauză, acest program poate să nu fie cea mai bună alegere în cazul în care călătoriţi frecvent sau locuiţi în altă regiune a ţării pentru o perioadă pe an.

Asigurarea privată „taxe pentru servicii"

Înscriindu-vă în acest program, dumneavoastră alegeţi un program privat de asigurare care îi acceptă pe beneficiarii Medicare. Compania de asigurări, alta decât Medicare, va decide cât de mult şi pe ce perioadă de timp veţi plăti.

Cu această asigurare privată puteţi merge la orice medic sau spital care lucrează cu acea companie de asigurări. Vi se vor furniza toate serviciile asigurate de variantele A şi B ale Medicare. Puteţi avea beneficii pe care Medicare original nu le oferă. Primele şi cheltuielile dumneavoastră pot fi mai mari decât în cazul Medicare original. Probabil va trebui să achitaţi o plată suplimentară pentru orice consult sau serviciu furnizat.

Aspecte emoţionale şi psihologice

A vă schimba obiceiurile după ani de muncă vă poate afecta emoţional şi psihologic. Pentru unele persoane tranziţia este dificilă. Adaptarea la creşterea bruscă a timpului liber poate să dureze ceva timp.

Gândiţi-vă la pensie ca la o oportunitate de dezvoltare şi îmbogăţire în continuare. În momentul în care vă pensionaţi este important să vă menţineţi legăturile sociale şi să luaţi în considerare nevoile dumneavoastră emoţionale. Exploraţi noi căi de împlinire personală, de structurare şi dobândire a unui anumit statut. Puteţi lua în calcul munca de voluntariat, petrecerea mai mult timp cu familia, punerea în practică a unui hobby sau un serviciu cu jumătate de normă care presupune mai puţine ore de lucru şi o mai mare flexibilitate.

Înainte să vă pensionaţi, gândiţi-vă cum v-ar plăcea să vă petreceţi timpul liber şi începeţi să practicaţi acea activitate la sfârşit de săptămână sau în perioadele de vacanţă. Perioada de după pensionare este un bun moment de reaşezare a rolurilor maritale. Dacă aţi lucrat la domiciliu, apreciaţi dacă a avea partenerul de viaţă mai mult timp în jurul dumneavoastră este un lucru de ajutor în rutina zilnică sau nu. Dacă aţi avut o carieră, cum puteţi să vă faceţi şederea acasă, în timpul zilei, mai confortabilă? Dacă ambii lucraţi, cum se vor schimba obiceiurile dacă unul se pensionează şi altul nu? Comunicarea dintre parteneri devine şi mai importantă.

Chiar şi cea mai bine planificată pensionare poate avea anumite momente de criză emoţională. Sentimentul de pierdere, de nelinişte, anxietatea sau depresia sunt obişnuite în primele luni. Consideraţi aceste sentimente ca normale. Cu toate acestea, dacă sentimemtele par să vă copleşească sau dacă tot nu vă simţiţi bine la sfârşitul primului an, cereţi ajutor.

Îmbătrânirea Americii

Oamenii trăiesc astăzi mai mult ca niciodată înainte. Numărul persoanelor cu vârsta de 100 de ani (centenari) şi peste a crescut în SUA de la 37 306 în 1990, la mai mult de 50 000 în 2000. Este o creştere de aproximativ 35%. Un larg segment al populaţiei actuale este în pragul pensionării. În 2011, generaţia postbelică (cei născuţi între 1946-1964) va începe să atingă vârsta de 65 de ani. În acel an şi pentru fiecare dintre cei 20 de ani care urmează, numărul populaţiei mai în vârstă al SUA este aşteptat să crească cu aproximativ 1 milon de persoane.



Îmbătrânirea sănătoasă

Indiferent de vârsta pe care o aveţi, începeţi de pe acum să vă îngrijiţi de sănătatea dumneavoastră, pentru a creşte şansele de a vă bucura de

ani fără probleme de sănătate în ultima perioadă a vieţii. Dacă sunteţi de vârstă mijlocie, este cazul să vă grăbiţi fie să iniţiaţi un program de exerciţii fizice, fie a unei alimentaţii mai sănătoase, fie îmbunătăţirea abilităţilor dumneavoastră sociale. Dacă v-aţi pensionat deja, nu este prea târziu să decideţi cum –şi cât de bine – vreţi să trăiţi în următorii 10, 20 sau 30 de ani.

Îmbătrânirea nu înseamnă pensionare şi nici măcar a atinge o anumită vârstă cronologică, de exemplu 65 de ani. Este vorba de un proces ce durează toată viaţa. Cei ce fac cel mai bine faţă îmbătrânirii sunt cei ce au trecut cu succes prin fiecare etapă a vieţii. A îmbătrâni frumos presupune mai mulţi factori ce stau în puterea dumneavoastră – atitudinea dumneavoastră, activitatea şi relaţiile dumneavoastră interumane.

A avea o atitudine pozitivă

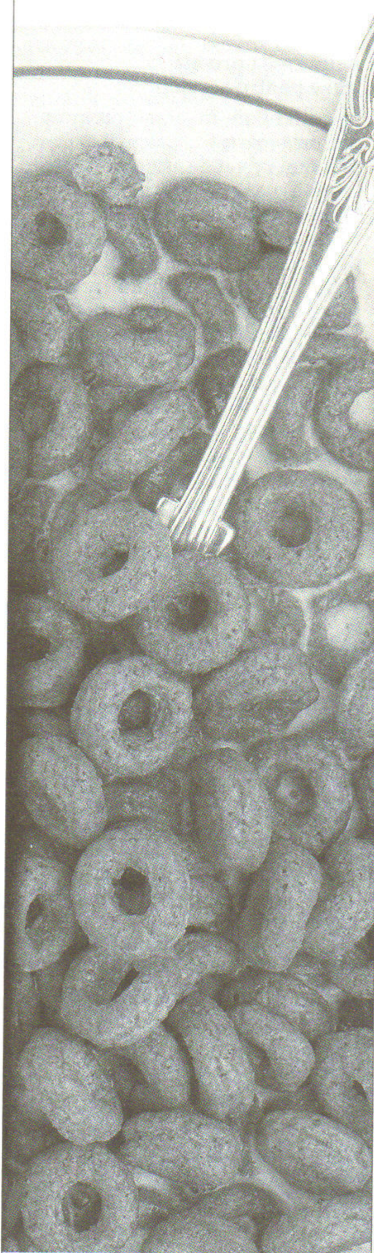
Este important să reţineţi că atitudinea este cea care modelează realitatea. Nu deveniţi brusc bătrân când împliniţi 65 de ani, deveniţi bunic sau intraţi în menopauză. Sunteţi bătrân atunci când vă gândiţi că sunteţi. Deşi corpul îmbătrâneşte, mintea dumneavoastră, în ceea ce priveşte majoritatea persoanelor, va rămâne aşa de tânără cum vă veţi simţi.

Dacă vă gândiţi că o să trăiţi o viaţă lungă plină de vitalitate, umor şi relaţionare socială, atunci această convingere fundamentală a dumneavoastră va deveni un mod intern de funcţionare care, într-o mare măsură se va împlini. Dar dacă sunteţi convins că vârsta înaintată va fi un timp al depresiei, bolii şi al golului sufletesc, cel mai probabil aşa va fi. În general, aşteptările negative vă pot îmbătrâni mai repede decât ar fi făcut-o natura.

În tot ceea ce faceţi în viaţă, concentraţi-vă pe ce este important şi aruncaţi de o parte tot ce nu este. Simţul umorului şi abilitatea de adaptare la schimbări vă vor fi de folos.

Alimentaţia sănătoasă

Numeroase studii indică faptul că o alimentaţie sănătoasă, combinată cu activitatea fizică şi mintală regulată, poate să vă ajute să trăiţi mai mult şi mai bine. Pe măsură ce îmbătrâniţi, chiar dacă dintotdeauna aţi avut o alimentaţie sănătoasă, viziunea dumneavoastră despre alimentaţie trebuie să se schimbe. Cu vârsta, metabolismul dumneavoastră încetineşte, însemnând că nevoile dumneavoastră calorice nu mai sunt aşa de mari. În plus faţă de o alimentaţie hrănitoare şi echilibrată trebuie să acordaţi atenţie cantităţii şi conţinutului caloric al fiecărei porţii.



A consuma o cantitate exagerată de mâncare sau mâncăruri hipercalorice poate duce uşor la câştigul în greutate.

Creşteţi cantitatea de fibre din alimentaţie

O alimentaţi bogată în fibre poate preveni constipaţia şi poate scădea riscul anumitor boli de colon, inclusiv a cancerului de colon. Fibrele vă pot proteja de diabetul zaharat, bolile de inimă şi de hipertensiune arterială.

Consumaţi 25-30 g de fibre zilnic, dintr-o varietate de alimente. Mâncaţi produse ce conţin tărâţe - de tipul cerealelor cu conţinut crescut de fibre sau pâinii integrale- fructe şi legume. De câteva ori pe săptămână înlocuiţi carnea cu legumele de tipul fasole boabe sau linte. Citiţi etichetele alimentelor pentru a găsi mai uşor produsele cu conţinutul cel mai mare în fibre.

Alegeţi alimente înalt nutritive

Obţineţi cât mai mult din fiecare calorie pe care o ardeţi, consumând alimente bogate în substanţe nutritive. Fructele şi legumele intens colorate conţin nutrienţii esenţiali.

Pâinea din făină integrală, orezul, cerealele, pastele făinoase conţin mai multe fibre decât produsele îmbogăţite sau înalt procesate. De asemenea, ele conţin vitamine şi substanţe minerale. Nu puteţi înlocui o dietă echilibrată cu consumul unor suplimente de lichide.

Beţi multe lichide

Apa este importantă pentru sănătatea dumneavoastră. Încercaţi să beţi zilnic cât mai multe băuturi nealcoolice, lipsite de cofeină - de preferat apă. Aportul inadecvat de lichide poate contribui la apariţia problemelor de tipul constipaţiei cronice, tulburării funcţiei renale şi litiazei renale.

Scădeţi cantitatea de grăsimi, colesterol şi sare

Există mai multe tipuri de grăsimi. Grăsimile saturate cresc nivelul sangvin de colesterol mai mult decât orice alt aliment. Principalele surse de grăsimi saturate sunt: untul, frişca, brânza, laptele integral, carnea (inclusiv cea de pui), ciocolata, uleiul de cocos şi palmier şi grăsimea animală.

Anumite grăsimi ce provin din uleiurile hidrogenate pot creşte colesterolul total şi colesterolul de tip LDL (colesterolul „rău"). De asemenea, ele pot scădea şi colesterolul HDL (colesterolul „bun").

Grăsimile polinesaturate scad colesterolul sangvin, dar se pare că stimulează procesul de oxidare. Oxidarea permite celulelor arterelor dumneavoastră să absoarbă grăsimile şi colesterolul. Cu timpul, oxidarea accelerează formarea plăcilor de aterom care îngustează arterele. Uleiul de măsline şi nucile conţin, în principal, grăsimi mononesaturate, care ajută la scăderea colesterolului sangvin. Colesterolul se găseşte în toate alimentele de origine animală, în special în gălbenuşul de ou, organe şi lapte integral.

Reţineţi, de asemenea, că majoritatea oamenilor mănâncă destul de sărat. Aveţi nevoie de mai puţin de 1/4 linguriţă de sare pe zi pentru a controla balanţa hidrică a organismului. Puteţi evita să mâncaţi prea multă sare limitând ingestia mâncării procesate. Conservele şi unele alimente congelate au, de obicei, un conţinut crescut de sare. Citiţi etichetele produselor.

Limitarea consumul de alcool

Alcoolismul este o problemă serioasă în rândul vârstnicilor care, până la 60-70 de ani, nu au băut aşa de mult. Consumul excesiv de alcool poate să fie modul de răspuns la o schimbare majoră din viaţă, de exemplu moartea partenerului de viaţă, divorţul, pensionarea sau singurătatea. Dintre cei ce abuzează de alcool în anii bătrâneţii, numărul femeilor îl întrece pe cel al bărbaţilor. Alcoolismul poate rămâne neobservat până în momentul apariţiei consecinţelor severe asupra sănătăţii.

Prea mult alcool - mai mult de o măsură de alcool pe zi pentru femei şi mai mult de 2 măsuri pentru bărbaţi - afectează aproape toate organele şi sistemele corpului dumneavoastră, vă creşte riscul de afecţiuni cardiovasculare, de anumite cancere, afecţiuni hepatice şi pancreatice. Alcoolul vă deprimă sistemul imunitar, lăsându-vă mai vulnerabil în faţa infecţiilor. Alcoolul afectează în mod evident abilităţile cognitive şi puterea de concentrare şi vă creşte riscul de accidentare.

Pe măsură ce îmbătrâniţi, organismul detoxifică mai lent alcoolul, aşa că va fi nevoie de mai puţine pahare de băutură pentru a atinge starea de intoxicaţie alcoolică iar efectele durează mai mult. Deoarece efectele alcoolului sunt mult mai mari o dată cu înaintarea în vârstă, Institutul Naţional pentru Abuzul de Alcool şi Alcoolism din SUA recomandă celor de peste 65 de ani să-şi limiteze consumul la o măsură de alcool pe zi.

Dacă vă place să beţi un pahar de vin la cină, nu există probabil nici un motiv pentru care să renunţaţi la el. Dar dacă vă daţi seama că beţi mai mult decât obişnuiaţi altădată sau când consumaţi alcool pentru a vă simţi mai bine- atunci puteţi avea o problemă legată de alcool. Adresaţi-vă medicului dumneavoastră.

Evitarea fumatului

Nu există nici un lucru bun la nicotină. Dacă fumaţi sau mestecaţi tutun, atunci străduiţi-vă să renunţaţi la acest obicei. Nu este niciodată prea târziu, chiar dacă sunteţi un vechi fumător.

Cu un singur fum de ţigară inhalaţi 4 000 de substanţe chimice. Dintre ele, nicotina este cea care vă dă dependenţa. Poate fi mai greu de renunţat la ea ca la heroină sau cocaină. Când inhalaţi fumul de ţigară, nicotina ajunge în creier în 10 secunde. Dacă fumaţi o pipă sau un trabuc sau dacă mestecaţi tutunul, nicotina se absoarbe ceva mai lent prin mucoasa bucală.

O dată ajunsă la creier, nicotina stimulează producţia neurotransmiţătorului dopamină care reglează mişcarea, motivaţia, emoţia şi plăcerea. Efectele acute ale nicotinei dispar aproape la fel de repede precum apar, ceea ce înseamnă că trebuie să continuaţi să inhalaţi mai mult pentru a trăi senzaţiile plăcute.

Deoarece nicotina este aşa de adictivă, renunţarea la fumat este aşa de grea. Dacă sunteţi un fost fumător, renunţarea la fumat a fost, probabil, cel mai greu lucru pe care a trebuit să-l faceţi. Dacă sunteţi fumător şi vreţi să renunţaţi la fumat, acesta va fi poate cel mai greu lucru pe care îl veţi face vreo dată. Semnele de sevraj pot dura o lună sau mai mult şi constau în iritabilitate, craving (nevoia de a consuma), dificultăţi de gândire şi de concentrare a atenţiei, tulburări de somn şi creşterea apetitului.

Dar puteţi beneficia de ajutor. Produsele înlocuitoare de nicotină, ca guma de mestecat, inhalanţii, spray-urile nazale şi plasturii cutanaţi, alături de medicaţie şi terapia comportamentală şi-au dovedit eficienţa în a ajuta oamenii să renunţe la fumat.

Gândiţi-vă la această alternativă. Fumatul a fost asociat cu afecţiunile gingivale, hipertensiunea arterială, bolile de inimă, accidentele vasculare cerebrale, bolile pulmonare şi diferite tipuri de cancere, în special, dar nu exclusiv, cancerul pulmonar. Dacă fumaţi şi vreţi totuşi să vă păstraţi o bună stare de sănătate în anii bătrâneţii, atunci va trebui să vă lăsaţi de fumat.

Menţinerea formei fizice

Forma fizică este importantă pe parcursul vieţii şi cu cât începeţi mai devreme exerciţiul fizic şi îl menţineţi ca pe un obicei, cu atât mai multe beneficii veţi vedea şi simţi cu trecerea anilor. Beneficiile unei bune forme fizice sunt nenumărate, de la controlul greutăţii corporale, creşterea masei musculare, o postură şi o flexibilitate mai bună, la o rezistenţă fizică şi un echilibru mai bun.

Îmbătrânirea nu este echivalentă cu existenţa handicapurilor fizice. Durerile sunt deseori frecvente, dar aceşti ultimi ani pot fi cei mai plăcuţi şi mai productivi din toată viaţa dumneavoastră. Străduiţi-vă să vă trăiţi din plin viaţa, menţinându-vă o formă fizică corespunzătoare.

Niciodată nu este prea târziu pentru a deveni mai activ. Cu toate acestea, înainte de a începe un program de exerciţii fizice- ce înseamnă



mai mult decât plimbări susţinute în aer liber - ar fi o idee bună să vă faceţi mai întâi un control medical. După aceea, planificaţi-vă activităţi care vă fac plăcere. Dacă exerciţiile sunt o corvoadă, nu le veţi face.

Controlul stresului

Când sunteţi stresat, organismul secretă o cantitate crescută de cortizol (hormonul de stres). Dacă sunteţi frecvent sub stres, excesul de cortizol pe o perioadă lungă de timp poate fi dăunător pentru sănătatea dumneavoastră.

Nu puteţi evita întotdeauna evenimentele stresante, dar puteţi controla modul în care reacţionaţi la ele. Pentru mai multe informaţii privind metodele de a face faţă stresului vezi cap. 5 "Controlul stresului".

Exersaţi-vă mintea

Tocmai când aţi îmbătrânit suficient pentru a aduna înţelepciune, mintea începe să vă joace feste. Nu vă mai puteţi aminti unde v-aţi lăsat ochelarii sau unde aţi parcat maşina. Înainte puteaţi să efectuaţi 3 lucruri deodată şi acum cu greu vă puteţi concentra atenţia asupra unuia.

Relaxaţi-vă, o anumită diminuare a memoriei este normală al vârsta dumneavoastră. Stresul şi anxietatea pot interfera, de asemenea, cu capacitatea dumneavoastră de memorizare şi de concentrare. În general, vârsta nu afectează memoria imediată sau cea de lungă durată, ci pe cea de scurtă durată. Pentru a înmagazina şi evoca informaţia, în creierul dumneavoastră au loc complicate reacţii biochimice şi electrice ce implică neuronii dumneavoastră. Cu timpul, unii dintre aceşti neuroni se pot deteriora şi funcţiona mai puţin eficient.

Creierul dumneavoastră, însă, compensează în mod remarcabil. Chiar dacă nu mai aveţi acelaşi număr de neuroni ca la 19 ani, nivelul actual de raţionare şi judecată este superior. Aceste calităţi sunt greu de cuantificat, dar ele reflectă capacitatea dumneavostră de a lua decizii înţelepte, bazate pe experienţa de o viaţă.

Reţineţi că mintea dumneavoastră este ca un muşchi, trebuie să o exersaţi pentru a o menţine ascuţită. Ţineţi minte când eraţi la şcoală şi trebuia să memoraţi o cantitate imensă de informaţie de la capitalele lumii la poezii cu multe versuri? Dacă credeţi că puteaţi atunci să realizaţi acest lucru datorită tinereţii dumneavoastră, vă înşelaţi. Aţi fost în stare pentru că aţi muncit mult pentru a stoca informaţia în memorie. Aveţi şansa ca, dacă încercaţi acum, să aveţi acelaşi succes ca atunci.

Doar pentru faptul că sunteţi în vârstă nu înseamnă că nu puteţi să mai studiaţi, să învăţaţi noi lucruri, să vă dezvoltaţi hobby-uri sau să achiziţionaţi cunoştinţe noi prin lectură. Învăţatul de-a lungul întregii vieţi reprezintă cheia menţinerii minţii dumneavoastră într-o bună formă.

- Mergeţi la cursuri. Puteţi să vă înscrieţi la orice cursuri doriţi, de la ore comunitare de educaţie, la cursuri liceale.
- Ţineţi un jurnal.
- Înscrieţi-vă într-un club literar sau alt cerc de discuţii.
- Puneţi-vă la curent cu noile tehnologii. Învăţaţi despre computere şi conectaţi-vă la internet. Folosiţi poşta electronică ca să rămâneţi în legătură cu prietenii şi familia.
- Exploraţi viaţa culturală a comunităţii dumneavoastră. Mergeţi la concerte, conferinţe şi piese de teatru.



Păstrarea vieţii sociale

Este întotdeauna important să aveţi strânse legături cu familia şi prietenii. Cu vârsta, aceste legături devin şi mai importante. Studiile arată că dacă aveţi puţini prieteni şi puţine legături sociale, riscul dumneavoastră de deces este de 2-4 ori mai mare decât cel al persoanelor înconjurate de multă lume la care ţin şi care ţin la ei la rândul lor. De fapt, a avea un grup de prieteni sau familie pe care vă puteţi baza este adesea cel mai sigur factor predictiv al longevităţii.

Echilibraţi activităţile dumneavoastră cotidiene cu activităţi de grup. În loc să faceţi singur exerciţii fizice, gândiţi-vă să vă înscrieţi la un curs. Dacă aţi iubit întotdeauna lectura, înscrieţi-vă într-un grup de discuţii literare. Luaţi parte la activităţile din comunitatea dumneavoastră, parohie, sinagogă sau moschee, pe care aţi neglijat-o în trecut datorită lipsei de timp.

Mulţi oameni păstrează legăturile cu ceilalţi prin munca de voluntariat. Puteţi fi voluntari la şcoala sau biblioteca locală sau în cadrul unei organizaţii de servicii cum este „Meals-On-Wheels".

În conformitate cu studiile făcute de fundaţia McArthur asupra îmbătrânirii, suportul social solid promovează longevitatea prin:

- capacitatea dumneavoastră de a avea o îngrijire medicală mai bună sau mai promptă;
- încurajarea dumneavoastră să vă angajaţi în comportamente sănătoase ca de exemplu mersul regulat pe jos;
- posibilitatea pentru dumneavoastră de a primi direct manifestări de afecţiune, care pot avea ca efect îmbunătăţirea stării sistemului dumneavoastră imunitar;
- furnizarea pentru dumneavoastră de ajutor practic când aveţi nevoie, de exemplu ajutor la menaj sau transport.

Îmbogăţiţi-vă viaţa spirituală

Multe studii arată faptul că atunci când credeţi în ceva mai mare decât dumneavoastră, vă întăriţi capacitatea de a face faţă la orice vă poate oferi viaţa. Persoanele care participă la slujbele religioase tind să se bucure de o sănătate mai

Vaccinurile nu sunt doar pentru copii

Cu vârsta deveniţi mai vulnerabil la anumite boli infecţioase, unele dintre ele putând fi prevenite prin vaccinare. În plus, anii maturităţii sunt cei în care, în mod normal, adulţii călătoresc în străinătate. Pentru a rămâne sănătos, asiguraţi-vă că sunteţi la zi cu vaccinările.



Vaccinurile antigripale

Vârstnicii şi cei cu afecţiuni cronice au risc crescut de complicaţii medicale, spitalizare sau chiar de moarte datorită infecţiei gripale. Toţi adulţii de peste 65 de ani ar trebui să-şi facă acest vaccin, la fel şi adulţii mai tineri ce suferă de afecţiuni pulmonare, cardiovasculare, diabet, boli renale, hepatice, hematologice, cancer sau cei cu infecţie HIV sau alte boli ce determină scăderea imunităţii.

În plus, faceţi-vă vaccinul antigripal dacă luaţi imunosupresoare. Adulţii sănătoşi ce trăiesc în aceeaşi casă cu cineva care prezintă condiţiile de mai sus ar trebui, de asemenea, să se vaccineze pentru a se proteja împotriva transmiterii infecţiei gripale.

Vaccinul antipneumococic

Adulţii de peste 65 de ani ar trebui să se vaccineze antipneumococic (PPV). Acest vaccin este, de asemenea, recomandat pentru adulţii de orice vârstă dacă:

- au o afecţiune cronică cu risc cresut, ca de exemplu diabetul zaharat sau boli cardiace, renale, pulmonare;
- au un sistem imunitar deficitar;
- au suferit splenectomie (extragerea splinei);
- locuiesc într-un cămin spital sau într-un azil;
- au făcut un transplant de organ.

Persoanele de peste 65 de ani, care sunt, în general, sănătoase, vor avea nevoie de o singură doză. Cei ce au făcut vaccinul înainte de 65 de ani au nevoie de un rapel la 5 ani. Puteţi face vaccinarea antipneumococică în orice perioadă a anului, dar este recomandat să o faceţi după ce aţi făcut vaccinul antigripal.

Vaccinul diftero-tetanic (DT)

Deoarece majoritatea copiilor sunt vaccinaţi împotriva tetanosului şi difteriei (DT), în SUA, boala este prezentă doar la adulţi. Adulţii ar trebui să facă o doză de rapel la fiecare 10 ani sau la 5 ani dacă sunt expuşi.

Alte vaccinuri

Anumite obiceiuri de viaţă, ocupaţii, hobby-uri, călătorii în străinătate, recomandă efectuarea anumitor imunizări. Pentru mai multe informaţii despre vaccinurile adulţilor vezi cap. 1 "Vaccinările". Cereţi sfatul medicului dumneavoastră.

stabilă, să trăiască mai mult şi să se recupereze mai repede şi cu mai puţine complicaţii după o boală comparativ cu cei care nu sunt practicanţi activi. Ei tind să facă faţă mai bine bolii şi să prezinte mai puţin frecvent depresie.

Nu se ştie exact care este efectul religiei sau al credinţei şi practicii religioase asupra sănătăţii. Unii experţi atribuie efectul curativ speranţei, care s-a dovedit benefică asupra sistemului imunitar. Alţii aseamănă rugăciunea cu meditaţia care scade tensiunea musculară şi frecvenţa cardiacă. Alţii menţionează buna relaţionare socială care este un alt factor tămăduitor în cazul credincioşilor practicanţi.

Fiecare îşi defineşte în mod diferit spiritualitatea. Pentru unii înseamnă religia practicată într-un mediu organizat, pentru alţii înseamnă a te simţi în concordanţă cu natura şi universul. Pentru alţii, spiritualitatea se exprimă prin muzică, meditaţie sau artă.

Un raport al clinicii Mayo "Spiritualitatea în grupurile de îngrijire a sănătăţii" afirmă că „spiritualitatea, înţeleasă ca un proces dinamic, ajută indivizii să descopere înţelesul şi scopurile vieţii lor, chiar şi în timpul perioadelor tragice, al crizelor, stresului, bolii, durerii şi suferinţei. Acest proces este o cerinţă internă. Spiritualitatea împuterniceşte o persoană să se angajeze deplin în experienţele de viaţă, de la naştere şi până la moarte."

Faceţi controale medicale regulate

Aveţi nevoie de controale medicale regulate din două motive: pentru că în timpul controlului medicul va putea depista devreme o eventuală problemă medicală, uneori chiar înainte de apariţia simptomelor. Acesta este momentul în care tratamentul este cel mai eficient. Iar în al doilea rând, pentru că o examinare medicală poate preveni o boală sau tulburare. De exemplu, un test sangvin poate releva niveluri crescute ale colesterolului dumneavoastră. Prin modificarea obiceiurilor alimentare şi prin efectuarea exerciţiilor fizice, veţi putea controla nivelul crescut de colesterol care poate determina boli cardiace sau accidente vasculare cerebrale.

Dacă aveţi nevoie sau nu de control medical anual, depinde de factorii dumneavoastră de risc pentru diferitele afecţiuni şi de recomandările medicului dumneavoastră.

Opţiuni locative în ultima perioadă de viaţă

Autonomia este un ideal preţuit, în special în SUA. Majoritatea persoanelor ar vrea să locuiască în propria casă atât timp cât trăiesc.

Dar, uneori, datorită accidentărilor sau bolii sau a altor circumstanţe, veţi constata că trebuie să luaţi în considerare alte alternative de locuit. Iată câteva din aceste posibilităţi.

Comunităţi pentru pensionari

Comunităţile pentru pensionari oferă diferite opţiuni de cazare. Deseori, aceste comunităţi sunt constituite dintr-un complex de garsoniere, apartamente sau locuinţe în oraş. Unul dintre beneficiile majore ale acestor comunităţi este lipsa bătăii de cap în legătură cu cheltuielile aferente unei proprietăţi imobiliare. O asemenea comunitate prezintă şi avantajele convieţuirii unui grup de vârstnici cu aceleaşi interese, furnizându-le acestora serviciile pe care şi le doresc şi de care au nevoie.

Comunităţile de pensionari cu program de îngrijire continuă prezintă în plus multiple servicii de tip „a la carte", ce se adaptează permanent la nevoile în continuă schimbare ale rezidenţilor – nefiind nevoie de schimbarea aşezământului. O comunitate pentru pensionari poate furniza condiţiile de vieţuire independente pe care le doriţi în momentul de faţă, precum şi condiţiile de asistare şi îngrijire de care veţi avea nevoie mai târziu.

Centrele de asistenţă pentru activităţile zilnice

Acestea reprezintă una dintre opţiunile ce încep să devină cel mai frecvent utilizate în cazul vârstnicilor. Multe persoane vor să-şi păstreze cât mai multă autonomie la bătrâneţe, dar au nevoie sau vor un ajutor în anumite activităţi zilnice.

Aceste centre sunt ideale pentru persoanele care au nevoie de mai mult ajutor ca cel din comunităţile de pensionari, dar care nu au încă nevoie de tipul de servicii de îngrijite a sănătăţii oferite de căminele-spital. Scopul acestor centre este supervizare, asistenţă pentru îngrijirea personală şi servicii de îngrijire a sănătăţii punând accent pe dreptul fiecărei persoane de a-şi controla propria viaţă.

Tipuri

Se folosesc mai mulţi termeni pentru a descrie serviciile de asistenţă a îngrijirii. Ele pot fi cunoscute sub nume ca: internate de îngrijire, centre pentru pensionari, aşezăminte pentru vârstnici, comunităţi de îngrijire continuă pentru pensionari. Serviciile de asistenţă a îngrijirii pot fi oferite în locuinţe de sine stătătoare, în campusuri ce au servicii de îngrijire specializate sau spitale, precum şi în complexe rezidenţiale independente. Tipurile de servicii oferite variază.

Rezidenţii

Rezidentul tipic ce beneficiază de servicii de asistare a îngrijirii sunt femeile cu vârste între 75 şi 85 de ani, care se pot deplasa singure dar au nevoie de asistenţă la 2 dintre activităţile zilnice. Bărbaţii reprezintă doar 31% din populaţia asistată.

Serviciile oferite constau în ajutor la spălare, îmbrăcare, mâncat şi igienă personală. 81% dintre rezidenţi au nevoie de asistenţă într-una sau mai multe din aceste activităţi.

Pierderea autonomiei

Una dintre cele mai grele încercări din ultima perioadă a vieţii este pierderea autonomiei. Pentru o anumită persoană a fi independent înseamnă să aibă timp să citească o mulţime de cărţi, pentru alta înseamnă să poată juca golf de mai multe ori pe săptămână iar pentru alta înseamnă libertatea de a se trezi, mişca, efectua anumite lucruri, a merge în anumite locuri şi a efectua anumite activităţi plăcute sau importante pentru ea. Înainte să vă modificaţi condiţiile de viaţă gândiţi-vă mai întâi ce înseamnă pentru dumneavoastră a fi independent. Veţi reuşi, poate, să adaptaţi modul dumneavoastră curent de viaţă făcând doar câteva modificări- pentru a vă adapta nevoilor.

Dacă aranjamentele dumneavoastră curente de trai par să nu fie satisfăcătoare, încercaţi alte opţiuni. În funcţie de nevoile dumneavoastră personale şi fizice, precum şi de situaţia dumneavoastră financiară, aceste opţiuni pot fi:

- mutarea într-o locuinţă mai mică cu toate camerele pe un nivel;
- mutarea într-o comunitate de pensionari- cu servicii adecvate şi fără grijile legate de deţinerea unei proprietăţi;
- dotarea locuinţei dumneavoastră cu echipamente special adaptate nevoilor dumneavoastră, pentru a preveni căderile şi pentru a uşura treburile casnice zilnice;
- angajarea unei persoane care să vă ajute cu treburile casnice;
- găsirea unor tovarăşi de locuinţă, care să vă ajute la treburile casnice;
- apelarea la servicii de îngrijire la domiciliu;
- mutarea într-un stabiliment special pentru persoane în vârstă, de tipul unui centru de ajutor care oferă servicii de îngrijire temporare sau permanente;
- mutarea la familia dumneavoastră;
- mutarea într-un cămin-spital.



Rezidenţii pot primi, de asemenea, ajutor în alte sarcini cum ar fi de a da un telefon, la cumpărături, la pregătirea meselor, la menaj, la administrarea medicamentelor şi gestionarea banilor.

Costurile

Costurile pentru rezidenţii serviciilor de îngrijire şi asistenţă a activităţilor zilnice depind de mărimea unităţilor, serviciile furnizate şi locaţie. Serviciile de îngrijire şi asistenţă a activităţilor zilnice sunt acoperite de un număr din ce în ce mai mare de poliţe de asigurare pe termen lung. Asociaţia Americană pentru Asigurările de Sănătate a raportat că toate companiile de asigurări ce vând asigurări pentru îngrijire pe termen lung oferă şi acoperire pentru îngrijire şi asistenţa activităţilor zilnice. Cu toate acestea, majoritatea rezidenţilor serviciilor de îngrijire şi asistenţă a activităţilor zilnice sau familiile lor îşi plătesc singuri serviciile de îngrijire deoarece mulţi americani mai în vârstă nu şi-au făcut din timp poliţe de asigurare pentru îngrijirea pe termen lung. Pentru mai multe informaţii despre asigurările pentru îngrijirea pe termen lung vezi pag. 310.

Serviciile de îngrijire şi asistenţă a activităţilor zilnice nu sunt acoperite de Medicare, dar anumite servicii pot fi plătite prin anumite fonduri sponsorizate. Multe state reintroduc sau plănuiesc să reintroducă furnizori de servicii de îngrijire sub formă de servicii sponsorizate Medicaid. Medicaid este programul guvernamental de asigurare medicală pentru persoanele cu venituri mici. În plus, statele au posibilitatea să plătească pentru îngrijirea şi asistenţa activităţilor zilnice sub Medicaid, prin includerea acestui tip de servicii în planul Medicaid statal sau făcând petiţii la Departamentul de Sănătate şi Servicii Umane pentru fonduri sponsorizate. Aceste fonduri sponsorizate constituie doar o mică parte a cheltuielilor. Informaţi-vă la agenţia dumneavoastră regională pentru servicii sociale despre opţiunile disponibile în localitatea în care locuiţi.

Evitarea căzăturilor

Căzăturile şi accidentările reprezintă principalele cauze datorită cărora oamenii îşi pot pierde autonomia funcţională. 50% dintre cei de peste 65 de ani care sunt spitalizaţi pentru o căzătură nu îşi mai recâştigă niciodată nivelul anterior de autonomie. Iată câteva recomandări pentru evitarea căzăturilor.

În ceea ce priveşte sănătatea dumneavoastră

- *Verificaţi-vă regulat vederea şi auzul.* Dacă acestea sunt deficiente, veţi pierde ajutoare importante în menţinerea echilibrului.
- *Faceţi regulat exerciţii fizice.* Exerciţiul fizic îmbunătăţeşte tonusul, forţa musculară şi coordonarea mişcărilor, ce vă ajută să evitaţi o căzătură.
- *Întrebaţi-vă medicul despre medicamentele pe care le luaţi.* Aceste medicamente sau combinaţiile medicamentoase folosite la tratarea anumitor afecţiuni ca hipertensiunea arterială, angina, depresia sau insomnia, pot afecta capacitatea dumneavoastră de a vă menţine echilibrul.
- *Evitaţi alcoolul.* Chiar şi o cantitate mică de alcool poate provoca o căzătură, în special dacă echilibrul şi reflexele dumneavoastră sunt deja diminuate.
- *Ridicaţi-vă încet în poziţie verticală.* O scădere momentană a tensiunii arteriale ce însoţeşte ridicarea bruscă de la orizontală poate să vă dea o stare de ameţeală.
- *Folosiţi dispozitive de ajutor şi susţinere pentru mers.* Dacă vă simţiţi uneori ameţit, folosiţi un baston sau un cadru pentru a vă păstra mai bine echilibrul.
- *Alegeţi încălţăminte corespunzătoare.* Folosiţi încălţăminte solidă, cu toc jos şi cu talpă lată, care să nu alunece.

În ceea ce priveşte locuinţa dumneavoastră

- *În toate camerele.* Îndepărtaţi toate pragurile prea înalte. Dacă este necesar, rearanjaţi mobila pentru a nu vă sta în cale. Fixaţi carpetele de podea şi nu folosiţi carpete de mici dimensiuni împrăştiate pe podele. Montaţi lumini de veghe la întrerupătoarele de pe holuri, băi şi dormitoare.
- *Pe scări.* Asiguraţi-vă că treptele sunt bine luminate şi au balustrade stabile.
- *Băi.* Montaţi mânere şi preşuri antiderapante în interiorul şi exteriorul cabinelor de duş sau căzilor şi în jurul toaletei. Folosiţi un scăunel de duş sau o băncuţă în cada dumneavoastră.
- *Bucătărie.* Nu folosiţi rafturi greu accesibile. Nu vă urcaţi pe un scaun sau taburet pentru a ajunge la ceva. Folosiţi ceară nederapantă pentru podele şi ştergeţi imediat orice porţiune umedă.
- *Dormitoare.* Montaţi un întrerupător pentru lumină la uşă şi lângă pat, pentru a nu fi nevoie să străbateţi o cameră întunecată pentru a aprinde lumina.

Găsirea celui mai bun aranjament pentru a locui

Deoarece sunt disponibile multe variante de aranjamente de locuit cu facilităţi de îngrijire şi asistenţă a activităţilor zilnice, este foarte important să analizaţi atent aceste opţiuni. Procuraţi-vă o listă de asemenea unităţi de asistenţă din zona care vă interesează. Sunaţi şi rugaţi fiecare unitate să vă trimită mai multe informaţii. Dacă după revizuirea costurilor, serviciilor oferite şi regulamentelor fiecărei unităţi, rămâneţi interesat de o asemenea opţiune, restrângeţi-vă alegerile până la un număr de unităţi pe care doriţi să le vizitaţi. Când ajungeţi acolo, puneţi întrebări şi luaţi notiţe. La fel de important este să vă ghidaţi şi după impresia pe care v-au făcut-o acele unităţi. În timpul vizitelor la fiecare unitate observaţi şi puneţi-vă următoarele întrebări:

Locaţia

- Terenul este curat?
- Cum miroase în unitatea respectivă?
- Vi se pare că este totul în regulă?
- Personalul instruit este şi gata să vă dea ajutor?
- Dormitoarele sunt comune sau individuale?
- Există spaţiu suficient pentru lucrurile dumneavoastră?
- Există un spaţiu privat în care să vă primiţi oaspeţii?
- Vă veţi descurca uşor prin unitate?
- Rezidenţii par fericiţi?

Contractul şi serviciile

- Unitatea este avizată de statul respectiv şi în bună stare de funcţionare?
- Care ar putea fi motivele pentru care dumneavoastră aţi putea fi transferat sau eliminat din unitate?
- Medicul dumneavoastră este implicat în planul de îngrijire?
- Familia dumneavoastră este implicată în planul de îngrijire?
- Ce oferă unitatea?
- Cât personal este repartizat pentru fiecare rezident?

Mâncarea

- Poate asigura unitatea şi diete speciale?
- Se ţine cont şi de preferinţele etnice şi culturale?
- Rezidenţii sunt implicaţi în stabilirea meniului?
- Puteţi ajuta la pregătirea mâncării şi aveţi acces la bucătărie?
- Sunt puse la dispoziţie gustări şi băuturi între mesele principale?
- Pot fi puşi la dispoziţie substituenţi şi suplimente alimentare?

Viaţa socială

- Sunt organizate activităţi care vă interesează?
- Există locuri în prejma unităţilor unde puteţi merge la plimbare?
- Familia dumneavoastră este încurajată să vă viziteze?

Asistenţa medicală la domiciliu

Pentru majoritatea oamenilor, a te îmbolnăvi în copilărie însemna să stai acasă şi să fi îngrijit până la însănătoşire. Ca adulţi, pentru o îmbolnăvire uşoară, de exemplu o răceală sau o gripă, majoritatea oamenilor se îngrijesc la domiciliu. Îngrijirea la domiciliu pentru o afecţiune mai severă sau mai lungă este, în esenţă, o variaţiune pe aceeaşi temă. Pentru mulţi oameni, locul cel mai bun de a se însănătoşi este acasă.

În timpul bolii sau recuperării după un accident, nu sunt necesare, de obicei, servicii medicale sofisticate. În cursul convalescenţei după majoritatea bolilor, cel mai confortabil vă veţi simţi acasă. Acasă, majoritatea oamenilor dorm mai bine, mănâncă mai bine şi se însănătoşesc mai repede.

Îngrijirea medicală la domiciliu este deci o opţiune în cazul în care aveţi o afecţiune ce vă diminuă capacitatea funcţională. Puteţi să fiţi suficient de „pe picioare" pentru a vă descurca singur prin casă, dar puteţi beneficia, în acelaşi timp, de serviciile furnizate de o agenţie pentru servicii medicale la domiciliu.

Cine este implicat în asigurarea îngrijirii medicală la domiciliu?

Multe organizaţii din SUA furnizează servicii de îngrijire medicală la domiciliu, inclusiv unele companii private, spitale, cămine-spital, agenţii comunitare de servicii sociale şi departamente orăşeneşti şi regionale pentru sănătate. Serviciile corespunzătoare pentru dumneavoastră depind de nevoile dumneavoastră şi de programul sau programele specifice ce există în zona dumneavoastră de rezidenţă.

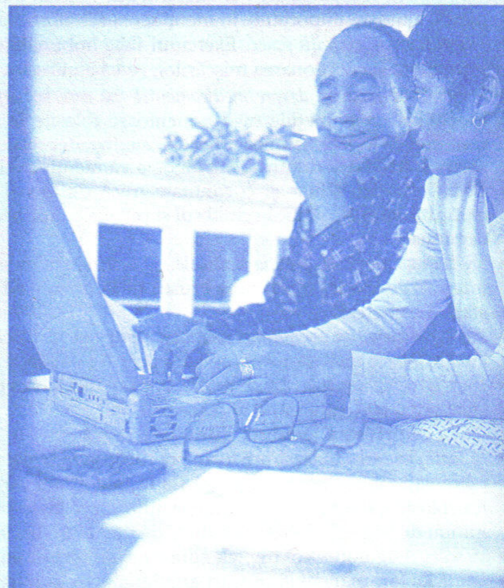
Poliţe de asigurare pentru îngrijirea pe termen lung

Există şanse ca, pe parcursul vieţii dumneavoastră, să aveţi nevoie de o formă oarecare de îngrijire pe termen lung, care ar putea fi costisitoare şi ar putea să vă termine rapid toate economiile. Medicare nu acoperă majoritatea tipurilor de îngrijire pe termen lung şi multe poliţe de asigurare privată plătesc doar o mică parte a serviciilor de îngrijire pe termen lung. Asigurarea de îngrijire pe termen lung este destinată să acopere costurile unităţilor de genul căminelor-spital, unităţilor de îngrijire şi asistenţa activităţilor zilnice, centrelor de îngrijire a vârstnicilor şi îngrijirea medicală la domiciliu.

Costurile anuale în cazul unui cămin-spital (de nivel mediu) sunt de 56 000 USD. Costurile medii anuale în cazul unităţilor de îngrijire şi asistenţă a activităţilor zilnice sunt de 26 000 USD. Centrele de zi pentru bătrâni costă de la 30 USD la 130 de USD pe zi. Îngrijirea medicală la domiciliu costă, în medie, 12 000 USD anual.

Neplanificarea cheltuielilor pentru îngrijirea pe termen lung este motivul pentru care mulţi adulţi în vârstă sărăcesc. Asigurarea pentru îngrijirea pe termen lung este şi ea scumpă dar, cu cât sunteţi mai tânăr când vă înscrieţi la ea, cu atât mai mici vor fi primele pe care le veţi plăti. Dar există şi un revers. Puteţi plăti mulţi ani prime inutile. Anumiţi experţi apreciază că momentul cel mai bun pentru majoritatea oamenilor de a cumpăra o astfel de asigurare este în decada a 6-a de viaţă.

Asigurarea pentru îngrijirea pe termen lung nu este, probabil, cea mai bună alegere dacă aveţi un venit mic şi puţine valori. Şi nu veţi avea nevoie de această asigurare dacă aţi economisit suficient ca să plătiţi dumneavoastră pentru această îngrijire pe termen lung. S-ar putea, totuşi, să vă convină să vă faceţi această asigurare pentru a vă proteja averea. Asigurarea pentru îngrijirea pe termn lung este complicată şi vi se pot oferi diverse variante (tipuri de poliţe). Este important să analizaţi cu grijă diferitele variante, inclusiv serviciile pe care le vor acoperi, precum şi costurile poliţelor respective. Poate fi de ajutor să vă sfătuiţi cu un specialist în domeniul asigurărilor sau al planificării financiare, înainte să cumpăraţi poliţele. Pentru mai multe informaţii despre agenţiile care vă pot da informaţii despre asigurările pentru îngrijirea pe termen lung, vezi pag. 1377.



Agenţiile pot furniza servicii de îngrijire medicală de tipul monitorizării stării dumneavoastră de sănătate, efectuarea injecţiilor, schimbarea bandajelor, pansamentelor sau efectuarea altor servicii medicale de îngrijire. Uneori, pot fi furnizate la domiciliu un număr variat de terapii şi anume: kinetoterapie, terapie ocupaţională, logopedie, terapii pentru auz şi cele respiratorii. Pot fi furnizate şi servicii de pregătirea mâncării şi de menaj.

Agenţiile de îngrijire la domiciliu ce oferă îngrijire medicală calificată, servicii terapeutice sau adiţionale, o fac sub îndrumarea medicului dumneavoastră. Un manager de caz, specializat în domeniul medical, poate fi responsabil de coordonarea îngrijirii oferite dumneavoastră sau persoanei care are nevoie de asistenţă.

Multe organizaţii oferă mai degrabă servicii suportive decât servicii calificate. În cazul serviciilor suportive, un angajat, responsabil cu ajutorul la domiciliu, vine regulat la dumneavoastră, zilnic sau o dată sau de mai multe ori pe săptămână. Acesta vă va ajuta la activităţi uzuale de genul spălatului, cumpărăturilor, gătitului, alimentatului şi activităţilor de menaj.

Persoana de ajutor se va descurca şi la activităţi de asistenţă medicală primară de genul luării temperaturii corporale. Ajutorul acordat multor oameni la efectuarea câtorva activităţi zilnice le oferă posibilitatea de a continua să locuiască independent acasă, mai degrabă decât într-un cămin-spital.

Pentru a veni în întâmpinarea acestor variate nevoi, agenţiile de servicii de îngrijire medicală la domiciliu angajează oameni pregătiţi în domenii variate. Alt mare avantaj al acestor îngrijiri medicale la domiciliu este acela că, adesea, acestea sunt mai ieftine decât o internare în spital.

Nivele de îngrijire

Îngrijirea medicală la domiciliu este împărţită, de regulă, în trei categorii.

Îngrijirea calificată

Această îngrijire calificată este condusă de un medic şi constă în servicii furnizate de profesionişti în domeniul îngrijirii de sănătate de tipul asistentelor medicale şi terapeuţilor. Aceste îngrijiri pot consta, de asemenea, în activităţi şi proceduri de genul dializei la domiciliu, kinetoterapiei sau servicii sociale.

Servicii de ajutor în gospodărie

Aceste servicii cuprind sarcini de genul curăţeniei în locuinţă, efectuarea de comisioane şi gătitul. O persoană de ajutor în îngrijirea la domiciliu poate executa multe din aceste sarcini sub coordonarea unui manager de caz.

Îngrijirea combinată

Serviciile pot presupune o echipă cu componenţă variabilă cuprinzând: medic, asistentă medicală, dietetician, terapeut, asistent social sau o persoană ce oferă ajutor în îngrijirea medicală la domiciliu. Această echipă întocmeşte un plan pentru a întruni nevoile dumneavoastră.

Alegerea agenţiilor de servicii de îngrijire la domiciliu

Pentru a afla ce agenţii de servicii de îngrijire sunt disponibile în zona în care locuiţi, consultaţi-vă medicul, un asistent social, departamentul medical local sau districtual, sau centrul local pentru vârstnici. În plus, bisericile, sinagogile, departamentele şi organizaţiile de caritate de tipul „United Way" pot oferi informaţii despre diferite servicii ce vă sunt la dispoziţie.

Dacă locuiţi într-o zonă în care există mai multe alternative pentru îngrijirea la domiciliu, comparaţi serviciile oferite de acestea. Cele mai importante puncte la care trebuie să fiţi atent sunt:

Abuzul asupra vârstnicilor

Prin abuz se înţelege de la agresiunea verbală constantă, ostilitatea marcată, pălmuire, îmbrâncire, la lovire sau molestare sexuală. Una din cele mai frecvente forme de abuz este neglijarea- situaţia în care cel ce îngrijeşte o persoană nu reuşeşte să furnizeze bunurile sau serviciile necesare unui individ pentru a fucţiona.

Conform Asociaţiei Medicale Americane, aproximativ 10% dintre cei de peste 65 de ani suferă o formă sau alta de abuz cronic. Deseori, abuzul se instalează progresiv, începând cu abuzul verbal şi ajungând la abuz fizic. Începând cu anul 1981, a existat o creştere a numărului de cazuri raportate anual, până la aproximativ 100 000 de cazuri într-un an.



În cadrul instituţiilor, îngrijitorii calificaţi pot fi şi ei abuzatori.

Care sunt cele mai probabile victime?

Victimile sunt adesea persoane de peste 75 de ani, care sunt dependente de ceilalţi pentru îngrijirile bazale, de exemplu spălatul, îmbrăcatul, mâncatul. Abuzul pare să fie prezent în toate grupurile, indiferent de nivelul economic sau de etnie.

Cine sunt abuzatorii?

În aproximativ 50% din cazuri, abuzatorii sunt copiii sau alte rude tinere ale victimelor. În aproximativ 40% din cazuri, abuzatorul este soţul sau soţia victimei.

Ce se poate face?

A vorbi cu abuzatorul despre problemă nu este de ajutor. Dacă sunteţi victima unui abuz sau suspectaţi un abuz asupra unei persoane vârstnice, anunţaţi poliţia sau biroul local de asistenţă socială sau cereţi unei asistente ce vine la domiciliu să anunţe autorităţile. Medicii şi asistenţii sociali pot ajuta şi ei. Majoritatea oraşelor şi districtelor protejează, în conformitate cu legea statală, un adult vulnerabil împotriva abuzului, prin agenţiile locale de binefacere sau asistenţă socială.

- Asigurarea dumneavoastră va acoperi cheltuielile către agenţie?
- Se potrivesc serviciile oferite actualelor şi viitoarelor dumneavoastră nevoi?
- Cât de multă supervizare medicală sau calificată oferă agenţia respectivă?
- Care sunt orele, zilele sau săptămânile în care se asigură serviciile respective?
- Există personal înlocuitor care poate efectua serviciile în cazul în care personalul obişnuit nu poate veni?

De asemenea, vorbiţi şi cu persoane care folosesc sau au folosit astfel de servisii pentru a afla opinia lor.

În ultimii ani, numărul agenţiilor pentru îngrijire medicală la domiciliu a scăzut. Există în multe zone o diminuare a personalului de îngrijire medicală la domiciliu. Medicare, de asemenea, a limitat lista a ceea ce consideră nevoi medicale pe care le acoperă şi a scăzut perioada de timp pentru care vă plăteşte aceste servicii. Uneori, externările din spital trebuie amânate tocmai datorită inexistenţei ajutorului de îngrijire la domiciliu.

Rambursarea banilor pentru serviciile efectuate

Serviciile de îngrijire medicală la domiciliu sunt plătite în 6 moduri principale: de către Medicare, Medicaid, furnizorii de asigurări private, organizaţiile de menţinere a sănătăţii, beneficiarii serviciilor de îngrijire şi de serviciul de fonduri nerambursabile.

Asiguraţi-vă că aţi înţeles care anume servicii sunt acoperite şi care nu sunt acoperite de Medicaid sau de poliţa dumneavoastră de asigurare. În cazul serviciilor medicale de îngrijire la domiciliu sunt, de obicei, impuse restricţii asupra tipurilor de servicii, asupra lungimii şi numărului de vizite prestate.

Centre de zi pentru bătrâni

Acesta este un serviciu care oferă îngrijire într-o locaţie supravegheată, pentru adulţii vârstnici ce nu mai pot fi lăsaţi singuri ziua. Aceste centre sunt recomandate persoanelor cu handicapuri fizice, cei ce sunt în perioada de recuperare sau au nevoie de asistenţă în îndeplinirea activităţilor zilnice.



Persoanele respective pot locui cu familia, dar au nevoie de un loc în care să-şi petreacă ziua, în timp ce persoanele din familie sunt la servici.

În funcţie de program, persoanele pot veni la centrele respective zilnic sau doar de câteva ori pe săptămână. Deseori, se poate aranja şi transportul – la şi de la centru – acasă. Acest tip de servicii oferă posibilitatea celor în vârstă de a se întâlni cu alte persoane. Activităţile de grup fac parte, adesea, din programul zilnic şi anumite centre oferă programe regulate de activitate. De obicei, este servită şi masa de prânz.

O variantă a acestor centre de zi este un centru de zi pentru îngrijirea medicală a bătrânilor. Aici, adiţional faţă de serviciile de asistenţă, activităţi sociale şi mese este furnizată şi îngrijire medicală de către medici şi asistente medicale.

Persoanele ce au nevoie de acest tip de îngrijire pot vizita centrul, pentru efectuarea anumitor terapii sau proceduri, în concordanţă cu nevoile individuale. Asemenea vizite pot fi necesare o dată sau de două ori pe săptămână sau zilnic. Deseori, aceste centre de zi pot fi amplasate într-un cămin-spital specializat.

Cămine spital

Cum încep să apară tot mai multe alternative de unităţi în care vârstnicii îşi pot petrece ultima parte a vieţii, căminele-spital sunt din ce în ce mai puţin folosite. Totuşi, mai sunt încă 1,5 milioane de americani de peste 65 de ani ce sunt în prezent rezidenţi ai căminelor-spital. Aceasta înseamnă 1 din fiecare 22 de persoane cu vârsta de peste 65 de ani. Acest procent este mic dar creşte foarte mult cu vârsta.

Dintre cei cu vârsta între 65 şi 74 de ani - 1,1% trăiesc într-un cămin-spital. Dintre cei între 75 şi 84 de ani - 4,7% trăiesc într-un cămin-spital, iar dintre cei de 85 de ani şi mai mult - 18,2% sunt rezidenţii căminelor-spital. Deoarece femeile supravieţuiesc, de regulă, bărbaţilor, majoritatea rezidenţilor căminelor-spital sunt femei.

Mulţi adulţi în vârstă consideră căminele-spital ca ultima opţiune. Oamenii simt că internarea într-un asemenea cămin-spital presupune nu numai un declin fizic şi mintal accentuat, ci şi o limitare importantă a autonomiei. În ciuda acestei păreri, în anumite circumstanţe, îngrijirea completă oferită de aceste cămine-spital poate fi alegerea cea mai bună.

Mulţi medici recomandă şederea într-un cămin-spital pentru recuperarea după un accident vascular cerebral, o fractură de şold sau alt eveniment nefericit. O dată reabilitate, persoanele sunt adesea capabile să se întoarcă la traiul autonom dinainte. Acest tip de aranjament este numit adesea reabilitare temporară sau îngrijire calificată într-un cămin-spital.

Alte persoane se internează într-un cămin-spital pentru că au nevoie de îngrijire completă pentru o afecţiune cronică sau degenerativă. Printre diferitele afecţiuni ce recomandă internarea într-un cămin-spital se numără: incontinenţa, tulburările de memorie, accidentele vasculare cerebrale, tulburările de mers, pierderea soţiei, soţului sau a persoanei de îngrijire precum şi bolile terminale.

Când este indicată internarea într-un cămin-spital?

Nu oricine este bătrân sau suferă de o afecţiune cronică trebuie inevitabil să fie internat într-un cămin-spital. Circumstanţele variază mult. În plus, costurile îngrijirii într-un cămin-spital au devenit mai mari şi mai greu de plătit.

Cel mai important motiv de internare este nevoia pentru un nivel de îngrijire pe care nu o puteţi primi la domiciliu sau într-un mediu de îngrijire sau asistare a activităţii zilnice.

Rezidenţii unui cămin spital primesc ajutor în multe dintre activităţile de rutină ale vieţii de zi cu zi. 85% au nevoie de ajutor la spălat, 70% au nevoie de ajutor la îmbrăcat, mai mult de 50% au nevoie să fie ajutaţi să meargă la toaletă şi 30% au nevoie să fie ajutaţi să mănânce. Rezidentul obişnuit al unui asemenea cămin-spital are o serie de afecţiuni cronice ce necesită atenţie medicală. Mai mult de 1/2 au boală Alzheimer sau alt tip de deteriorare cognitivă.

Când nu mai sunt posibile traiul independent, îngrijirea şi efectuarea activităţilor zilnice sau ajutorul familiei sau atunci când este ameninţată buna desfăşurare a vieţii de familie, atunci soluţia căminului-spital trebuie luată în considerare. Dacă starea dumneavoasră fizică vă permite să mergeţi să vizitaţi posibile viitoare cămine-spital şi



sunteţi suficient de în formă din punct de vedere psihologic pentru a putea hotărî, atunci puteţi lua parte la procesul selecţionării căminului-spital.

Găsirea unui cămin-spital bun

În alegerea unui cămin-spital, prima persoană căreia trebuie să i vă adresaţi este un asistent social, un specialist în planificarea externărilor sau medicul dumneavoastră. Aceste persoane sunt adesea excelente surse de informaţii cu privire la căminele-spital şi sunt familiarizate cu condiţiile de internare şi opţiunile pentru diferitele nivele de îngrijire.

Agenţiile de servicii fondate de districtul dumneavoastră sau organizaţiile caritabile sunt alte surse de ajutor. Agenţia de asistenţă socială statală sau districtuală poate, de asemenea, să vă furnizeze o listă a căminelor-spital. Aceste agenţii pot avea, de asemenea, informaţii şi despre cel mai bun mod de evaluare şi selecţie a acestor cămine-spital. Anumite informaţii de la agenţii sau asociaţii pot fi disponibile şi pe internet.

Majoritatea căminelor-spital sunt, în prezent, calificate în îngrijire. În cele mai multe regiuni au dispărut aşa numitele cămine intermediare de îngrijire. Într-un cămin calificat în îngrijire primiţi timp de 24 din 24 de ore servicii de îngrijire, precum şi terapii ocupaţionale, kinetoterapie şi alte terapii. Înainte să selecţionaţi un cămin-spital vizitaţi mai multe, iar înainte de a merge în vizită notaţi-vă punctele ce vă interesează cel mai mult, de exemplu:

Atmosfera
- Membrii personalului sunt calificaţi?
- Personalul este prietenos şi gata să ajute?
- Rezidenţii par fericiţi şi mulţumiţi?
- Este curat în cămin?
- Cum miroase în cămin?

Mâncarea
- Căminul oferă şi diete speciale?
- Ce fel de meniuri sunt servite?
- Rezidenţii primesc ajutor la mâncat dacă au nevoie?

Activităţi
- Ce fel de activităţi oferă căminul?
- Există vreo activitate care vă interesează şi pe dumneavoastră?
- Puteţi să vă urmaţi propriile hobby-uri şi interese?
- Puteţi părăsi căminul pentru cumpărături sau doar pentru a vă plimba?
- Este uşor de ajuns la un telefon?
- Există şi camere individuale?

Îngrijirea medicală
- Medicul dumneavoastră va putea să vă consulte în căminul respectiv?
- Căminul întruneşte nevoile dumneavoastră medicale?

Costurile întreţinerii

Căminele spital pot fi scumpe. Pentru anumite persoane o opţiune fericită este asigurarea pentru îngrijirea pe termen lung. Medicare poate furniza anumită asistenţă financiară iniţială. Medicaid poate furniza fonduri pentru îngrijirea pe termen lung atunci când pacienţii şi-au epuizat propriile fonduri. Poliţele private de asigurare medicală, departamentul pentru veteranii de război, uniunile comerciale şi organizaţiile fraternale pot, de asemenea, plăti, o anumită perioadă de timp, cheltuielile pentru îngrijirea într-un cămin-spital.

În SUA, guvernele federale, statale şi locale suportă aproximativ 50% din costurile cheltuielilor de îngrijire într-un cămin-spital. Rezidenţii şi familiile acestora plătesc, în general, puţin sub 50% din costuri. ■

CAPITOLUL **17** PARTEA a II-a

Decesul şi aspectele legate de el

Nu este niciodată simplu să te gândeşti la propria-ţi moarte sau să te confrunţi cu realitatea morţii celor dragi. Cum reacţionaţi în faţa morţii depinde de credinţele dumneavoastră personale şi de influenţele culturale. Deoarece moartea provoacă puterea noastră de a înţelege misterul vieţii, ea ne va inspira întotdeauna o teamă respectuoasă. A muri – este în sine o provocare. Descoperirile ştiinţifice şi progresele medicinei au făcut din moartea ceva şi mai complicat de cum era în trecut. Acest lucru se datorează posibilităţii indivizilor de a face opţiuni terapeutice inaccesibile până acum.

Este important de realizat că moartea în sine este ceva cu totul diferit de faptul de a muri. Moartea este un punct terminus atunci când viaţa se sfârşeşte. Dar, moartea este partea finală a procesului numit viaţă. A muri - poate fi o experienţă dificilă, ce poate fi influenţată de o serie de factori ca: istoricul şi natura bolii, răspunsul persoanei respective la stres precum şi interacţiunile muribundului cu ceilalţi în momentul morţii. Influenţele culturale şi sistemele de credinţă joacă şi ele un rol.

Pentru mulţi muribunzi, evenimentele vieţii au încă o importanţă şi o semnificaţie deosebită. A înţelege procesul morţii îi poate ajuta deseori pe cei cu boli terminale şi pe familiile lor să facă faţă acestei perioade dificile.

Bolile terminale

Modul în care murim este la fel de diferit ca şi vieţile noastre. Uneori, moartea vine subit, fără a anunţa. Alteori, oamenii trăiesc cu sceptrul morţii deasupa capului, o bună bucată din viaţa lor. O boală terminală acordă persoanei muribunde, medicului şi cercului familiei şi al prietenilor, un răgaz pentru a se pregăti pentru moarte. Ei pot discuta puncte importante, de genul: a continua sau a sista suportul nutriţional, resuscitarea şi tratamentele precum perfuziile sau dializa.

În timpul unei boli terminale, muribundul poate, deseori, să-şi exprime clar propriile opţiuni cu privire la autopsie, donarea de organe, înmormântare (îngropare sau incinerare), precum despre anumite chestiuni legale. Realitatea morţii iminente poate fi înspăimântătoare pentru multe persoane dar, cu sprijin şi încurajare, persoanele cu boli terminale şi familiile lor pot experimenta remarcabilele posibilităţi care pot exista în cursul acestei perioade de viaţă.

Familiile, de asemenea, trebuie să facă faţă unor reacţii emoţionale complicate şi dureroase, atunci când o persoană iubită este pe moarte. Fiecare, însă, face faţă situaţiei în felul său. În anumite cazuri, cei din familie pot alege să ignore sau să nege moartea iminentă a celui iubit şi să evite să vorbească despre moarte, chiar şi cu persoana muribundă.

Deşi perioada dinaintea morţii poate fi traumatizantă pentru toţi cei implicaţi, este totuşi o perioadă de familiarizare cu fenomenul de sfârşit al vieţii. Aceasta poate rămâne ca o perioadă de amintiri pline de sentimente de recunoştinţă şi de speranţă.

Vorbind despre moarte

Majorităţii muribunzilor li se poate şi ar trebui să li se spună despre apropiata moarte. Dacă acest lucru nu este împiedicat de o anumită tradiţie culturală, în general, muribunzii vor să fie onest informaţi despre situaţia lor. În majoritatea cazurilor, o persoană informată corect este mai puternică şi nu mai slabă sau nehotărâtă, cum s-ar crede. În plus, aceasta poate fi o oportunitate pentru muribund de a-i vedea şi vorbi cu ceilalţi, de a-şi pune în ordine afacerile şi de a lăsa celorlalţi amintiri, de genul jurnalului personal.

Aceasta nu înseamnă că este o veste uşor de dat sau de prelucrat. Muribunzii se tem, de obicei, de a nu fi abandonaţi, umiliţi sau lăsaţi singuri la sfârşitul vieţii lor. Alţii se tem să moară într-un spital sau conectaţi la un aparat de menţinere artificială a vieţii, iar unii se tem să nu devină o povară pentru cei dragi. Unii cred că relaţiile personale cu ceilalţi vor fi afectate în această perioadă şi că nu vor mai fi trataţi normal, ca până acum. Aceste griji sunt, deseori, reîntărite prin privarea persoanei muribunde de posibilitatea de a vorbi cu ceilalţi despre propriile sentimente de teamă şi consternare stârnite de iminenţa morţii.

Unei persoane care este pe moarte îi poate fi uneori mai uşor să vorbească cu cineva care nu este din familie. Majoritatea spitalelor au programe de terapie suportivă prestată de personal calificat, ce pot ajuta muribunzii să treacă peste această etapă dificilă. În anumite cazuri, un asistent social sau preotul spitalului pot ajuta muribundul şi familia acestuia să-şi împărtăşească atitudinile faţă de moarte.

O persoană muribundă şi familia ei au deseori nevoie să vorbească şi despre lucruri practice. Este important să cunoaşteţi durata estimată a perioadei terminale, dacă este posibil. Vor fi zile, săptămâni sau luni? Acest lucru îi va ajuta pe membrii familiei să-şi adapteze programul de lucru sau să-şi ia concediu. Conform unei hotărâri din anul 1993 (în SUA), majoritatea angajaţilor pot beneficia de un concediu fără plată de până la 12 săptămâni, pentru aceste cazuri.

Procesul morţii

Durerea, atât cea fizică cât şi cea psihică, este principalul lucru de care se teme un muribund. Din fericire, există mai multe căi de gestionare a acestei dureri, conferind uşurare şi diminuând efectele secundare asupra confortului şi demnităţii persoanei muribunde. Multe din marile spitale apelează la clinici sau oferă programe în secţii specializate, sub îndrumarea personalului calificat în managementul durerii. Medicamentele antialgice pot controla cu succes cea mai mare parte din sindroamele dureroase. Alte terapii, ca biofeedback-ul şi relaxarea, pot fi eficiente. Aceste abordări nu pot totuşi ameliora în totalitate durerea, în special dacă este vorba de durerea psihologică profundă trăită de anumite persoane când se confruntă cu moartea.

Reacţii frecvente în faţa morţii

Frecvent, persoanele care află că suferă de o boală terminală trec printr-o gamă variată de stări emoţionale: şoc, furie, negare sau

depresie. Un muribund poate avea resentimente faţă de oricine şi orice, se poate simţi jefuit de restul vieţii lui. Frecvent, persoana se întreabă de ce i se întâmplă tocmai ei acest lucru. Unii încearcă să negocieze sau să amâne inevitabilul, un soi de „a te tocmi cu Dumnezeu sau cu soarta". Deseori, acest aşa-zis târg este o perioadă lipsită de durere sau disconfort.

Alţii trăiesc o acceptare paşnică, apreciind valoarea şi importanţa fiecărei zi, indiferent de câte vor mai fi până la moarte. Având această stare de acceptare, ei au posibilitatea de a analiza ofertele şi oportunităţile pe care le mai pot avea în această perioadă de sfârşit şi de a lua hotărârile ce se impun în aceste momente. Această stare de acceptare poate veni şi după o perioadă în care persoana respectivă s-a agăţat de diferite emoţii, deseori contradictorii. Pentru alţii, însă, această acceptare a morţii poate veni mai lin şi uneori aproape firesc.

Rolul preotului

Preotul spitalului reprezintă adesea un sprijin nepreţuit pentru muribunzi şi familiile acestora, în momentul confruntării cu moartea. Preoţii pot fi de orice confesiune religioasă şi atunci când îşi exercită atribuţiile într-un spital, ei sunt pregătiţi să fie sensibili la credinţele religioase particulare ale fiecărei persoane. În marea majoritate a spitalelor, preoţii se ocupă de toţi pacienţii şi familiile acestora, având la dispoziţie o anumită locaţie din cadrul spitalului. Ei asistă orice persoană, indiferent de confesiunea acesteia.

Uneori, preotul spitalului îi pune pe muribunzi în legătură cu alţi membri ai confesiunii lor religioase. Alteori, preotul este implicat integral în îngrijirea persoanelor respective, lucrând împreună cu medicii, asistentele, terapeuţii şi asistenţii sociali. Preotul spitalului se familiarizează cu specificul secţiilor respective ale spitalului, cu procedurile efectuate în acea secţie, precum şi cu îngrijorările şi întrebările specifice pacienţilor secţiei respective.

Mediul de spital poate favoriza apariţia fenomenului de dependenţă şi de lipsă de speranţă. O persoană internată în spital se poate simţi înstrăinată de familie şi prieteni. Aceste persoane vor dori să împărtăşească cuiva sentimentele lor de vină sau de teamă. Preotul poate facilita comunicarea între membrii familiei, şi între pacient şi personalul medical. În plus, un preot poate ajuta familia şi prietenii persoanei bolnave să facă faţă situaţiei. Preoţii sunt pregătiţi să facă faţă deciziilor importante de genul menţinerii sau deconectării dispozitivelor de menţinere artificială a vieţii sau donării de organe.

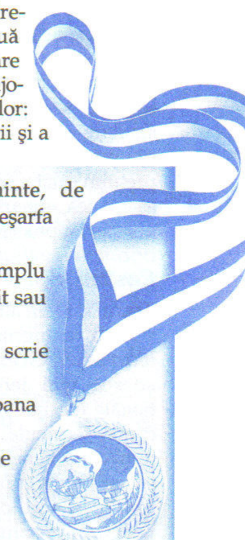
Poate cel mai important rol al preotului este să aducă alinare în modul tradiţional, oferind muribunzilor şi familiei lor şansa de a-şi respecta datinile, conform religiei comunităţii lor, şi de a răspunde la întrebări dificile legate de suferinţă şi moarte. Preotul poate servi ca mediator între comunitatea ştiinţifică şi cea religioasă, în cazul anumitor pacienţi cu anumite convingeri culturale sau religioase legate de practicile şi îngrijirile medicale.

Servicii de îngrijire a celor cu boli terminale

Până în secolul al XX-lea, majoritatea oamenilor îşi petreceau ultimele zile din viaţă acasă, înconjuraţi şi îngrijiţi de familie şi de persoanele dragi. Această tradiţie a apus o dată cu dezvoltarea spitalelor. Recent, însă, se constată un interes reînnoit pentru această filosofie de cinstire a timpului rămas până la moarte - care a dat naştere serviciilor de îngrijire a muribunzilor.

Aceste servicii se concentrează pe oferirea de confort persoanelor cu boli terminale. Ele se bazează pe filosofia conform căreia, cei fără speranţe de videcare ar trebui să-şi petreacă ultimele zile simţindu-se cât mai bine şi în locul pe care şi-l doresc. Pentru multe persoane muribunde, un spital - cu atmosfera lui de forfotă, numeroase întreruperi şi concentrarea pe însănătoşire - nu este tocmai locul în care ar dori să-şi petreacă ultimele zile. Prin definiţie, un astfel de serviciu de îngrijire a muribunzilor este destinat celor ce mai au 6 luni sau mai puţin de trăit.

Aceste forme de îngrijire se adresează celor două mari temeri cu care se confruntă majoritatea muribunzilor: frica în faţa durerii şi a



Crearea unei cutii pentru amintiri

În cursul unei boli terminale, persoana muribundă sau familia acesteia vor dori poate să alcătuiască o „cutie a amintirilor". Adunarea obiectelor cu semnificaţie specială şi notarea gândurilor şi dorinţelor pot fi metode bune de a crea amintiri speciale, destinate membrilor familiei. Această cutie va fi preţuită o viaţă întreagă, în special de copiii unui părinte ce este pe moarte. Găsiţi o cutie drăguţă şi adunaţi câteva din următoarele articole.

- Poze de familie.
- Anumite suveniruri, cărţi sau medalii.
- Un anume articol de îmbrăcăminte, de exemplu tricoul preferat, o pălărie, eşarfa favorită.
- Lucruri personale îndrăgite, de exemplu un ceas de buzunar, ochelarii de citit sau o muzicuţă.
- Un jurnal în care fiecare îşi scrie gândurile sau amintirile.
- O casetă audio sau video cu persoana respectivă.
- O scrisoare a persoanei muribunde către persoane din familie.

altor simptome debilitante, şi frica de a fi singuri. Deşi 80% din aceste îngrijiri sunt furnizate la domiciliu sau în căminele-spital, ele pot fi furnizate oriunde ar fi reşedinţa muribundului. În unele comunităţi există servicii rezidenţiale destinate găzduirii persoanelor în ultimele lor zile de viaţă.

Acceptând aceste servicii de îngrijire a muribunzilor, persoanele cu boli terminale acceptă faptul că moartea este aproape şi tratamentul reflectă acest lucru. Eforturile de prelungire forţată a vieţii sunt diminuate sau oprite, iar accentul se pune pe găsirea metodelor de a creşte calitatea vieţii rămase. Deşi multe persoane ce beneficiază de aceste servicii au cancer, aceste servicii se adresează bolnavilor cu orice fel de boală terminală.

Creşterea popularităţii

În 1974 exista, în SUA, un singur program de îngrijire pentru persoanele cu boli terminale. Astăzi sunt peste 3 000. Majoritatea acestor programe sunt conduse de organizaţii independente nonprofit, multe sunt afiliate spitalelor, căminelor-spital sau unor agenţii de îngrijiri medicale. Anumite programe sunt desfăşurate de către organizaţii cu profit.

Aceste programe de îngrijire ajută persoanele bolnave şi familiile lor să facă faţă schimbărilor psihice, emoţionale, sociale şi spirituale presupuse de o boală terminală. Aceste programe oferă, de asemenea, şi servicii de înmormântare, ce vin în ajutorul nevoilor familiei îndoliate. Ceea ce deosebeşte aceste programe de altele similare este natura îngrijirilor. Ele promovează ideea conform căreia preţuim viaţa, dar acceptăm, de asemenea, moartea ca pe o parte normală a procesului vieţii.

Costurile

Costul este un alt avantaj al acestor servicii de îngrijire a celor cu boli terminale. Aceste îngrijiri sunt adesea mai ieftine decât tradiţionala îngrijire în spital, în special când serviciile sunt oferite la domiciliul beneficiarului. Costurile variază mult în funcţie de durata şi timpul alocat diferitelor servicii necesare, precum şi de gradul de acoperire de către asigurările individuale. Medicare - şi în anumite state şi Medicaid - şi majoritatea tipurilor de asigurări private acoperă cheltuielile acestor servicii. Acoperirea poate prezenta beneficii mai mari decât variantele standard de asigurare. Medicare şi Medicaid furnizează un pachet ce conţine: servicii specializate, medicamente destinate bolilor terminale, precum şi proviziile şi echipamentele necesare controlului simptomatologiei perioadei terminale a vieţii.

Implicarea familiei

Ideea de bază a acestui program de îngrijire a persoanelor cu boli terminale constă în venirea în întâmpinarea nevoilor persoanei muribunde, prin efortul comun al familiei, prietenilor şi echipei de îngrijire, formată din personal calificat şi din voluntari. În anumite situaţii, membrii familiei şi prietenii sunt capabili să ofere toată sau aproape toată îngrijirea, fiind sprijiniţi şi instruiţi de echipa serviciului de îngrijire. Alteori, însă, echipa deţine un rol mai activ.

Echipa serviciilor de îngrijire este condusă de un medic. O asistentă coordonează, de obicei, activitatea de zi cu zi. Aceste servicii pun la dispoziţie preoţi şi consilieri pentru îndrumarea persoanelor bolnave şi a familiilor lor, asigurându-se astfel satisfacerea nevoilor emoţionale, spirituale şi sociale ale acestora. Voluntari pregătiţi efectuează o gamă largă de servicii, în funcţie de nevoile beneficiarilor. Aceste servicii pot consta în ţinerea companiei, efectuarea unor sarcini uşoare de menaj, prepararea meselor şi efectuarea anumitor comisioane.

În SUA, National Hospice and Palliative Care Organization poate furniza informaţii despre serviciile de îngrijire disponibile în regiunea în care locuiţi (vezi pag. 1386).

În apropierea morţii

Noile tehnologii de menţinere a vieţii au dus la o nouă definiţie a decesului. Astăzi, medicii pot ţine oamenii în viaţă, în condiţii care în trecut erau imposibile. Majoritatea statelor recunosc că o persoană este moartă din punct de vedere legal (juridic) când prezintă oprirea ireversibilă a circulaţiei sangvine şi a respiraţiei sau oprirea ireversibilă a funcţionării întregului creier, inclusiv a centrilor trunchiului cerebral ce controlează respiraţia.

Îngrijirile paliative

Metodele moderne de îngrijire paliativă din timpul zilei s-au dezvoltat din mişcarea de îngrijire a celor cu boli terminale. Principala diferenţă între cele 2 tipuri de îngrijire constă în perioada desfăşurării îngrijirilor: serviciile de îngrijire pentru muribunzi se adresează celor ce mai au de trăit 6 luni sau mai puţin, pe când serviciile de îngrijire paliativă îşi propun să acopere perioada dintre îngrijirea medicală de fază acută şi îngrijirea pentru faza terminală, însemnând, de regulă, ultimul an de viaţă. Amândouă caută să includă în programul de îngrijire participarea activă a familiei şi prietenilor. Echipa de îngrijiri paliative încurajează şi chiar facilitează comunicarea deschisă între membrii familiei, şi între aceştia şi echipa medicală. Această comunicare constă în discuţii deschise despre opţiunile terapeutice şi despre evoluţia bolii. Accentul se pune, de asemenea, pe venirea în întâmpinarea nevoilor emoţionale, spirituale şi psihologice ale familiei şi prietenilor. Similar îngrijirilor acordate celor cu boli terminale, în îngrijirile paliative sunt implicaţi medici, asistente medicale şi asistenţi sociali. Studiile arată că îngrijirea paliativă are o serie de beneficii:

- petrecerea unui timp mai scurt în spital;
- petrecerea unei perioade mai mari de timp acasă, printre prieteni şi familie;
- o mai mare probabilitate ca persoana să moară într-un loc pe care şi l-a ales singură;
- creşterea satisfacţiei în ceea ce priveşte îngrijirea medicală;
- un control mai bun al simptomelor, incluzând durerea acută şi cronică;
- reducerea cheltuielilor de îngrijire.

Doar cu câţiva ani în urmă, oricine îşi pierdea conoştienţa era incapabil să respire şi nu mai prezenta bătăi cardiace, era considerat decedat. Acum, în anumite circumstanţe, sistemele de menţinere artificială a vieţii pot resuscita o persoană care nu mai respiră şi căreia nu-i mai bate inima şi, în parte, să susţină sau să înlocuiască aceste funcţii vitale. În plus, medicii pot adesea să menţină funcţia cardiacă şi respiratorie în condiţiile în care creierul încetează să funcţioneze.

Remarcabila capacitate de susţinere artificială a vieţii ridică anumite întrebări etice, legale şi medicale. Multe dintre aceste aspecte pot fi rezolvate mai bine dacă sunt discutate înainte ca persoana în cauză să devină incapabilă să-şi exprime dorinţele (vezi cap. 11 „Aspectele legate de perioada terminală a vieţii").

Momentul morţii

Acţiunile şi atitudinile celor ce îngrijesc muribundul, în special cele ale persoanelor dragi, pot avea o influenţă puternică asupra felului în care acesta trece prin experienţa morţii. De exemplu, muribunzii cer adesea să nu fie lăsaţi singuri. Ei se pot teme nu numai de momentul morţii cu necunoscutul ei, ci şi de a nu fi abandonaţi. A oferi consolare şi susţinere în aceste momente este adesea dificil, dar necesar.

Multe persoane muribunde sunt, de asemenea, consolate de tradiţiile şi credinţele lor religioase, şi de prezenţa alături de ei, în aceste ultime clipe, a membrilor comunităţii lor religioase.

De obicei, există unele indicii ce sugerează apropierea morţii: muribundul poate deveni neliniştit sau agitat şi poate respira neregulat. În asemenea condiţii, medicul îi poate administra medicamente sau oxigen pentru a-i uşura suferinţa. În anumite cazuri, respiraţia muribundului poate fi ameliorată dacă acesta este pus în poziţia şezând sau întins pe o parte cu o pernă sub cap.

Chiar şi aşa, muribundul poate să nu fie în stare să comunice, deşi poate auzi multe din ce se spune în jurul lui. În ciuda sentimentului de neputinţă, puteţi simţi că simpla dumneavoastră prezenţă poate fi exact sprijinul pe care şi-l doreşte persoana muribundă. Pur şi simplu, ţineţi-o de mână sau îmbrăţişaţi-o. Contactul fizic este adesea încurajator. Dacă nu ştiţi ce să spuneţi, amintiţi-vă că uneori tăcerea este de aur.

Formalităţile legate de deces

Decesul este şi un eveniment juridic, implicând o serie de formalităţi.

Certificatul de deces

Înainte să poată avea loc înmormântarea sau incinerarea, trebuie obţinut un certificat medical de deces, care să menţioneze cauza morţii şi să certifice, formal, decesul. Certificatul de deces este semnat de un medic avizat. Dacă un medic a examinat sau tratat un muribund în mod regulat sau chiar înainte de deces, nu mai este obligat să examineze cadavrul înainte de a întocmi certificatul de deces. Alteori, cauza morţii este stabilită de un procuror sau anchetator al deceselor suspecte, ce semnează certificatul de deces în locul medicului de familie.

În anumite cazuri, se impune efectuarea unei autopsii. O autopsie furnizează mai multe informaţii despre boala sau cauza morţii unei persoane (vezi pag. 320). Această autopsie poate fi obligatorie, cerută de lege, dacă moartea a rezultat în urma unui accident, a fost neaşteptată sau inexplicabilă, sau se suspectează o crimă sau o sinucidere. După ce se rezolvă aceste aspecte, familia intră în contact cu o firmă de servicii funerare pentru a aranja ultimele aspecte.

Pregătirile pentru înmormântare

După moartea unei persoane iubite, vă pot fi de ajutor serviciile unei firme de pompe funebre, care se ocupă de toate aranjamentele cu privire la înmormântare. Cu toate acestea, uneori muribunzii iau toate hotărârile cu privire la înmormântare, împreună cu familia lor, într-o perioadă în care mai sunt încă în stare să o facă.

Angajatul firmei de servicii funerare va veni la casa decedatului, la spital sau la căminul-spital pentru a transporta corpul decedatului la o capelă. Mai târziu, membrii familiei se vor întâlni cu acest angajat pentru a stabili toate amănuntele legate de înmormântare. Legile federale cer ca toate firmele de pompe funebre să furnizeze clienţilor liste de preţuri detaliate pe fiecare tip de serviciu sau articol, pentru ca persoanele să plătească doar pentru ceea ce au nevoie şi doresc.

Familia trebuie să exprime clar celor de la pompe funebre cât de simplă sau de pompoasă vor să fie ceremonia înmormântării, specificând toate amănuntele. Deoarece acestea sunt momente deosebit de dificile pentru familie, ea va dori să ceară ajutor în aranjarea tuturor detaliilor unor persoane neimplicate personal, de exemplu preoţilor, prietenilor apropiaţi sau unui avocat.

Deciziile cu privire la înmormântare constau în alegerea locului unde va avea loc ceremonia funerară, precum şi hotărârea dacă va fi o înmormântare sau o incinerare sau ambele (întâi incinerare şi apoi îngroparea

Donarea de organe

Discutaţi în familie despre dorinţele fiecăruia cu privire la donarea de organe astfel ca, dacă vreunul dintre dumneavoastră ajunge în situaţia să nu-şi mai poată exprima dorinţele, ceilalţi din familie să ştie ce să facă după moartea persoanei respective.

Dacă vreţi să deveniţi donator de organe şi aţi comunicat acest lucru familiei dumneavoastră, veţi vrea probabil să treceţi acest lucru în carnetul de conducere, în testament sau puteţi purta o legitimaţie de donator de organe. Dacă nu vă veţi exprima clar dorinţele, familia va trebui să decidă dacă o să donaţi sau nu organe după deces. Deseori, familia trebuie să ia aceste decizii când moartea este aproape sau imediat după deces - lucru care poate fi extrem de greu de făcut, într-o perioadă şi aşa foarte dificilă. Dacă familia cunoaşte dinainte dorinţele dumneavoastră, îi va fi mult mai uşor în această perioadă grea. Pentru mai multe informaţii despre donarea de organe vezi pag. 144.

cenușei). Când corpul persoanei decedate este destinat donării în scopul cercetării științifice, angajatul firmei de pompe funebre îl va transporta la instituția desemnată.

Ceremoniile funerare se pot desfășura într-o capelă sau în alt loc de reculegere sau în ambele. Dacă familia dumneavoastră este credincioasă, angajatul firmei de pompe funebre îl poate contacta pe preotul dumneavoastră sau poate recomanda un alt preot. Costurile se vor stabili cu angajatul firmei de servicii funerare în momentul stabilirii amănuntelor cu privire la înmormântare. De obicei, plata nu este cerută în avans, dar această cheltuială devine prima obligație financiară în momentul executării testamentare.

Testamentul

După înmormântare, un jurist va trebui să desemneze un executor testamentar. Acesta este, de obicei, un membru al familiei, avocatul familiei sau un prieten de familie apropiat. Executorul testamentar este răspunzător de toate cheltuielile făcute pentru defunct, inclusiv cele de înmormântare.

După ce s-au efectuat toate plățile, averea ce rămâne este distribuită conform testamentului sau legilor statului în care a locuit decedatul. Procedurile pot varia de la stat la stat. Unele persoane cu boli terminale vor să stabilească dinainte de moarte, cu cei din familie, toate detaliile cu privire la împărțirea averii și chestiunile legate de înmormântare, pentru a ușura oarecum familia de împovărarea rezolvării acestor detalii.

Decizia de autopsie

Cuvântul autopsie vine din greacă și înseamnă „a vedea cu propii ochi". O autopsie este o examinare amănunțită a unui cadavru, pentru a determina cauza morții. Este efectuată de un medic specializat în anatomopatologie (anatomopatolog). Acesta raportează, la sfârșit, concluziile sale medicului ce s-a ocupat de bolnav. La cerere, medicul poate transmite concluziile autopsiei familiei persoanei decedate.

În anii '40, autopsia era efectuată la aproximativ 1/2 dintre cei decedați în spital. Acum, doar 10-15% dintre decedați sunt autopsiați. Un motiv pentru această scădere a numărului de autopsii este că noile teste diagnostice efectuate pe persoanele muribunde permit evidențierea clară a cauzei morții.

Autopsia joacă însă un rol important în medicina științifică și poate furniza informații importante pentru familie și medici.

Afecțiuni ereditare

O autopsie poate descoperi o boală care ar putea afecta copiii și rudele decedatului. De exemplu, dacă este descoperită o boală polichistică renală, rudele apropiate, de vârstă fertilă, vor dori să întrebe un consilier genetic despre posibilitatea transmiterii bolii viitorilor copii. O autopsie poate, de asemenea, să confirme o boală ce a fost diagnosticată doar pe baza simptomatologiei, de exemplu boala Alzheimer.

Securitatea emoțională

Cei din familie pot adesea simți că ar fi putut face ceva ca să prevină moartea persoanei iubite. În cazul unui infarct miocardic fatal, ar putea să-și reproșeze că nu l-au sfătuit pe cel drag s-o ia mai ușor. Autopsia poate arăta că persoana respectivă avea o afecțiune cardiacă preexistentă, de care ar fi putut oricând deceda, indiferent de regimul de viață.

Reglarea aspectelor cu privire la asigurare

Elucidarea cauzei morții poate ajuta la rezolvarea disputelor ce pot afecta valoarea beneficiilor pe care le vor obține moștenitorii. De exemplu, dacă o persoană cu o afecțiune cardiacă moare datorită unei căzături, valoarea beneficiilor din asigurare va varia în funcție de stabilirea faptului dacă moartea a fost accidentală sau o consecință a bolii de inimă.

Beneficiile aduse științei medicale

Multe din cele pe care medicii și cercetătorii le știu despre boli, inclusiv informațiile statistice, au fost stabilite sau confirmate prin autopsii. Progresele din medicină depind parțial de studiile efectuate

Doliul

Oamenii trăiesc multe pierderi de-a lungul vieții lor și cu cât trăiesc mai mult, cu atât vor fi mai multe pierderi. Doliul este răspunsul natural la o pierdere. Acest doliu se referă, de obicei, la sentimentele avute după pierderea cuiva drag, în special prin moarte, dar și prin ruperea unei relații.

Moartea unei persoane dragi nu este niciodată ușor de acceptat, iar o moarte neașteptată poate fi extrem de dificil de suportat. Cu toate acestea, și o moarte precedată de o boală terminală lungă poate constitui un consum emoțional, fizic și financiar.

Pentru a împiedica transformarea doliului și suferinței într-o boală, ar fi bine să aveți grijă de sănătatea dumneavoastră. Urmăriți orice problemă medicală apărută înainte de pierderea suferită și cereți ajutor de specialitate dacă apar alte simptome. Capacitatea dumneavoastră de a vă adapta stresului legat de moartea cuiva drag poate să vă influențeze starea generală de sănătate. Suferința și doliul prelungit, care interferă cu desfășurarea activităților zilnice sau cu stilul de viață, pot duce la boli ca depresia sau alcoolismul.

Deși există și influențe culturale în ceea ce privește doliul, nu există un singur mod "corect" de a fi în doliu, de a suferi. Nu există nici o perioadă fixă de doliu. Unii oameni pot să se întoarcă la starea emoțională și activitățile dinainte în decurs de o lună, pe când alții sunt ani de zile în doliu.

Oamenii au modalități diferite de a face față doliului. Unii suferă pe față, alții în intimitate și nu întotdeauna cei din jur pot observa acest lucru. În timpul doliului, nu vă sfiiți să cereți ajutorul unui preot, prieten sau consilier. Și rețineți că este foarte bine, atât pentru sănătatea dumneavoastră fizică, cât și psihică să vă exprimați aceste sentimente. A jeli și suferi după cineva este modul normal de acceptare a pierderii. Astfel, puteți merge mai departe în viață. A vă reprima emoțiile, ascunzându-vă după o activitate exagerată, consum de alcool sau de droguri, poate prelungi procesul de doliu.

pe țesutul uman prelevat prin autopsie. Observațiile din punct de vedere anatomopatologic dezvăluie multe aspecte legate de boli. De exemplu, asemenea observații au stat la baza descoperirii legăturii dintre cancerul pulmonar și fumat. De asemenea, autopsiile au ajutat medicii să descopere natura și caracterul anumitor afecțiuni de genul hiperparatiroidismului și hepatitei virale. Ele au dezvăluit efectele substanțelor toxice sau al altor noxe industriale asupra organelor corpului.

Verificarea calității diagnostice și terapeutice

Medicii folosesc informațiile obținute prin autopsie pentru a-și evalua propria acuratețe diagnostică și terapeutică. De asemenea, rezultatele autopsiei sunt de ajutor în evaluarea îngrijirilor furnizate de un spital sau o comunitate.

Statistici esențiale

Cauzele de deces se schimbă permanent. Astăzi, sunt mai puțin obișnuite decesele datorate bolilor infecțioase, spre deosebire de bolile degenerative care tind să dețină un rol mai mare. Specialiștii în medicina comunitară folosesc informațiile rezultate în urma autopsiilor pentru a monitoriza asenenea tendințe. Statisticile cu privire la decese influențează nivelul fondurilor guvernamentale alocate îngrijirilor medicale, statisticilor și oficializării standardelor de siguranță și modernizării aparaturii medicale.

Informațiile despre boli

Înțelegerea timpurie a mecanismelor unor afecțiuni, de exemplu SIDA, sindromul șocului toxic, se datorează studiilor bazate pe datele obținute din autopsii.

Demersurile pentru autopsie

Deseori, autopsiile sunt cerute de legea locală sau statală atunci când moartea survine printr-un accident, este inexplicabilă sau se suspectează un suicid sau o crimă. Altfel, pentru a face autopsia este nevoie de permisiunea rudelor.

Când semnați un act de încuviințare pentru efectuarea autopsiei, puteți autoriza o autopsie limitată, care limitează procedura la anumite părți ale corpului, sau o autopsie mai amănunțită. Dezavantajele unei autopsii mai limitate sunt că se reduce cantitatea de informație furnizată de această procedură și anumite întrebări pot rămâne în suspans. Actul de încuviințare permite, în general, prelevarea organelor interne și a țesuturilor.

Există multe idei preconcepute despre autopsie și prelevarea de țesut. De multe ori, familia este reticentă în a permite autopsia, considerând procedura degradantă sau gândindu-se că decedatul a „suferit destul". Altă idee preconcepută despre autopsie este că aceasta va mutila corpul decedatului. Adevărul este că o autopsie făcută corect nu desfigurează cadavrul. În cazul unei ceremonii cu sicriul deschis, participanții nu vor putea să-și dea seama că s-a efectuat o autopsie. Autopsia nu împiedică îmbălsămarea cadavrului și procedura nu întârzie înmormântarea. În plus, cele mai multe confesiuni religioase permit autopsia.

În marea majoritate a cazurilor, atunci când veți autoriza o autopsie electivă, costurile vor fi suportate de spital. Medicare nu va acoperi această procedură. Cu toate acestea, dacă decesul se produce în afara spitalului și familia cere o autopsie, asigurările trebuie, de obicei, să plătească.

O persoană muribundă care dorește ca după deces să i se facă autopsie trebuie să specifice acest lucru în directivele medicale anticipate (vezi pag. 141) și să anunțe familia despre această hotărâre. Procedând așa, lucrurile vor fi mai simple pentru familie, care nu va mai trebui să suporte și povara acestei decizii în perioada de doliu.

Copiii și moartea

Copiii sunt, de obicei, neglijați în perioada de doliu. Dar moartea este o perioadă de criză la care toți din familie ar trebui să participe. Altfel, copiii vor fi înconjurați de o atmosferă de tăcere și secret care-i va izola de restul familie răpindu-le ocazia de a plânge persoana decedată alături de ceilalți membri ai familiei.

A spune unui copil că un părinte sau un frate sau o soră sau chiar el sau ea o să moară este dificil pentru oricine, inclusiv pentru medici și asistente. Dar, în același timp, copiii au dreptul să știe despre ceea ce îi afectează pe ei sau pe cei din familia lor. A nu le spune este o dovadă de neîncredere față de ei și majoritatea vor ști oricum că ceva se întâmplă în familia lor.

Ce ar trebui să știe copiii?

Copiii pot simți când s-a întâmplat ceva rău, însă cei mici nu-și pot explica aceste suspiciuni. Dacă vor fi lăsați să găsească singuri explicații, copiii mai mici se pot simți oarecum responsabili pentru boala și moartea unui părinte sau frate. Ei au nevoie de ajutor pentru a corela ceea ce simt cu realitatea de zi cu zi.

Dacă sunt informați pe înțelesul lor, majoritatea copiiilor au o capacitate remarcabilă de a face față morții. Chiar și povara unor adevăruri foarte triste este de preferat unei anxietăți generate de prea multă incertitudine. Dacă vorbiți cu ei, nu se vor simți izolați de acea parte a familiei care știe ce se întâmplă. Drept urmare, nu va trebui să fiți secretoși. Veți putea chiar constata că ei pot să vă ajute pe dumneavoastră și pe ceilalți să treceți peste aceste momente dificile. În loc să-i împovărați pe copii cu greutatea unor frici nemărturisite, o discuție deschisă cu ei despre moarte și pierdere le poate permite să se simtă mai ușurați.

În bibliotecile și librăriile locale puteți găsi multe cărți ce tratează tema morții în termeni ușor de înțeles de către copii.

Când și cine trebuie să le spună copiilor?

Când ar trebui să i se spună unui copil că cineva drag este pe moarte? De obicei, cât mai repede cu putință. Trebuie să-i puneți la curent în termeni corespunzători vârstei și înțelegerii lor. De exemplu, un copil foarte mic n-o să înțeleagă dacă un părinte este pe moarte, dar poate înțelege că este bolnav și că ceilalți sunt triști pentru că părintele este bolnav.

Ţineţi-i la curent de-a lungul tratamentului şi spuneţi-le cum afectează acesta sănătatea persoanei respective. Orice schimbare în modul în care arată şi simte persoana bolnavă trebuie explicată copiilor. Copiii de vârste şi stadii de dezvoltare emoţională diferite trebuie informaţi separat, dar, după dezvăluirea iniţială ar trebui să se încerce transformarea acestui lucru într-o experienţă comună, împărtăşită de toţi copiii.

Este bine ca informarea să fie făcută de unul sau ambii părinţi împreună. Nu este nici o ruşine dacă plângeţi. Lacrimile dumneavoastră o să-i dea copilului posibilitatea să plângă împreună cu dumneavoastră. Dacă nu puteţi să vă informaţi dumneavoastră copilul, rugaţi un prieten sau o rudă apropiată de copil să o facă. În ultimă instanţă, această sarcină poate fi lăsată în seama medicului sau a asistentei. Însă, un copil mic poate să-i considere pe aceştia străini şi să se îndoiască de ceea ce spun.



Cât trebuie să li se spună?

Este bine să informaţi copiii atât cât pot ei înţelege. Nu există un singur mod corect de a-i informa pe copii. Trebuie să li se spună ce s-a întâmplat şi ce se va întâmpla, deşi prognosticul nu este întotdeauna clar în momentul stabilirii diagnosticului. Părinţii pot comunica informaţiile în felul lor obişnuit de comunicare şi să vorbească despre ceea ce ei cred că poate fi discutat cu copilul.

În toate situaţiile, copiilor trebuie să li se spună că, indiferent care va fi deznodământul, ei vor fi întotdeauna iubiţi. Ei trebuie încurajaţi să pună întrebări iar acestor întrebări trebuie să li se răspundă în mod simplu. Datorită fricii, s-ar putea să aibă reţineri să pună întrebări, aşa că încurajaţi-i, interesându-vă cum se simt. În nici un caz să nu-i minţiţi sau să le faceţi promisiuni pe care să nu le puteţi ţine. În plus, să nu vă fie teamă să le spuneţi că nu ştiţi anumite lucuri.

Cum vor reacţiona?

Copiilor mici le este frică să fie despărţiţi de părinţii lor. Dacă sunt lăsaţi în grija străinilor, ei pot crede că au fost abandonaţi.

Când cineva este bolnav, părinte sau copil, este greu de menţinut o disciplină strictă, deoarece copiii vor putea avea nevoie de atenţie suplimentară, testând limitele regulilor. Dacă vă veţi abate de la regulile normale de conduită, ei se pot alarma. Este mult mai adecvat să le arătaţi că îi iubiţi aşteptând însă aceeaşi cooperare şi bună purtare din partea lor. În momentul informării copilului, el trebuie asigurat că nimic din ce a spus sau a făcut el - inclusiv o posibilă proastă comportare - nu a determinat boala sau moartea persoanei respective.

Copiii foarte mici, de sub 3 ani, cred că orice este posibil. Ei cred că părinţii lor sunt atotputernici. Pentru preşcolari, moartea este încă un fenomen reversibil. Nimic nu este definitiv. Copiii de vârstă şcolară, sub 9 ani, înţeleg moartea mai degrabă ca pe un proces biologic decât ca pe ceva supranatural prin care cineva poate apărea sau dispărea. Doar în jurul vârstei de 9 ani, copiii pot începe să înţeleagă moartea ca pe un proces final, ireversibil al vieţii oamenilor.

Copiii de vârstă şcolară pot deveni extrem de preocupaţi de detalii, acordându-le o importanţă eronată. Feriţi-vă să-i copleşiţi cu amănunte prea exacte. Profesorii şi consilierii şcolari îi pot ajuta pe copii să cântărească gravitatea şi semnificaţia informaţiilor pe care le-au aflat de la dumneavoastră.

Într-o situaţie atât de neobişnuită, este important să se menţină o anumită atmosferă de normalitate. Copiii au nevoie de o anumită predictibilitate a evenimentelor zilnice şi acest lucru poate fi dificil pentru părinţi, care trebuie să facă faţă propriilor emoţii şi nevoi, într-o perioadă aşa dificilă.

Moartea unui părinte

Moartea unui părinte este un eveniment crucial şi uneori devastator în viaţa unui copil. Mulţi copii pot să revină la un regim normal de viaţă în câteva săptămâni. În cazul altora, însă, poate persista efectul unei răni nevindecate de-a lungul întregii copilării şi maturităţi. De ce un copil poate face faţă morţii unui părinte şi altul nu poate, depinde parţial de modul în care i s-a vorbit copilului despre moarte şi de modul în care restul familiei acceptă pierderea respectivă. Fiţi atent la semnele fizice ale doliului şi suferinţei, de tipul incapacităţii de a dormi (insomniei), modificărilor în modul de a mânca sau de tipul comportamentului regresiv.

Iniţial, copiii pot nega realitatea morţii, pot fi mânioşi sau pot să se manifeste rebel. Ei pot, de asemenea, să-şi reprime sentimentele legate de pierderea suferită. Cei ce îngrijesc copilul trebuie să-l încurajeze pe acesta să-şi împărtăşească sentimentele, atât cât poate să o facă. Permiteţi accesul prietenilor copiilor în casa aflată in doliu. Prietenii pot fi un reazăm, iar faptul că prietenii vor afla de moarte îi poate face pe copii să realizeze mai exact pierderea pe care au suferit-o.

Copiii au o capacitate remarcabilă de adaptare. Schimbările pe care le observă în ei înşişi, în lumea înconjurătoare şi la cei din jur reprezintă un izvor nesfârşit de evenimente care trebuie asimilate. Indiferent dacă sentimentele recente sunt bune sau rele, copiii reuşesc, de obicei, să străbată evenimentele de viaţă, chiar pe cele care par nedrepte şi nerezonabile-ca de exemplu moartea unui părinte iubit. ■



PARTEA A **TREIA**

Interpretarea semnelor şi a simptomelor

Interpretarea semnelor şi a simptomelor

În general, organismul uman funcţionează fără probleme şi eficient. Totuşi, uneori vă puteţi confrunta cu disfuncţii ale unuia dintre sistemele acestuia. Sau un agent infecţios, cum sunt virusurile sau bacteriile, poate afecta funcţionarea normală a sistemului respectiv. În astfel de situaţii, de obicei corpul vă trimite unul sau mai multe semnale care vă avertizează că ceva nu este în regulă. Aceste semnale sunt cunoscute sub numele de semne şi simptome. Semnul este un indicator de boală care poate fi perceput şi de alţii – de exemplu, tusea sau înroşirea unui ochi. Simptomul este o senzaţie pe care o percepeţi doar dumneavoastră – de exemplu, durerea sau rigiditatea.

De multe ori, este destul de simplu să vă daţi seama care este cauza semnelor şi simptomelor respective. Strănutul, usturimea în gât şi nasul care curge indică, de obicei, o răceală obişnuită sau o alergie. O durere profundă, pulsatilă la nivelul unui dinte este adesea asociată cu un abces. Alteori, poate fi dificil să înţelegeţi ce vrea să vă spună organismul. Vă puteţi îngrijora crezând că un semn sau simptom avertizează asupra unei anumite afecţiuni şi apoi să descoperiţi că, de fapt, avea legătură cu altă boală. Sau este posibil să nu vă puteţi da seama care este cauza acuzei respective.

Prin acest capitol dorim să vă ajutăm să înţelegeţi mai bine care poate fi cauza unui anumit semn sau simptom. După fiecare semn sau simptom urmează o listă de boli şi tulburări în care apare frecvent.

Citind despre fiecare dintre afecţiunile enumerate, veţi fi capabil să identificaţi mai bine cauzele posibile ale problemei. Nu uitaţi, totuşi, că informaţiile care urmează reprezintă doar un ghid. Ele vă ajută să înţelegeţi mai bine problema respectivă şi vă îmbunătăţesc comunicarea cu medicul (al dumneavoastră sau al copilului dumneavoastră), astfel încât acesta să descopere mai rapid cauza suferinţei. Citirea acestui capitol nu înlocuieşte consultul unui medic. De multe ori, este important să obţineţi opinia unui specialist pentru a fi sigur că ceea ce presupuneţi dumneavoastră că este cauza semnelor sau simptomelor este într-adevăr cea responsabilă.

Avertisment!

Dacă în cazul dumneavoastră sau al unui cunoscut apar semne şi simptome care avertizează asupra unei urgenţe medicale, cum sunt infarctul miocardic (atacul de cord) sau accidentul vascular cerebral, nu pierdeţi timpul citind acest capitol. Apelaţi la serviciile de urgenţă sau rugaţi pe cineva să vă transporte pe dumneavoastră sau persoana bolnavă – la departamentul de urgenţe al celui mai apropiat spital. În cazul unei urgenţe veritabile, timpul este esenţial. Dacă nu sunteţi sigur că este o urgenţă medicală, sunaţi la cabinetul medicului dumneavoastră sau la departamentul de urgenţe al spitalului din zonă şi descrieţi semnele şi simptomele pe care le acuzaţi (sau pe care le acuză persoana pe care o ajutaţi).

Semne şi simptome frecvente la adulţi

Sunt enumerate 25 de semne şi simptome întâlnite în mod obişnuit la adulţi. Ele reprezintă motivele cele mai frecvente pentru care bărbaţii şi femeile îşi consultă medicii.

Durerea abdominală

Durerea abdominală apare singură sau împreună cu alte semne şi simptome, cum sunt greaţa şi voma. Episoadele ocazionale de dureri abdominale se pot datora unor infecţii bacteriene sau virale (gastroenterite), sau pot fi cauzate de excesele alimentare sau de consumul unor alimente care generează probleme – prea grase sau care favorizează producerea gazelor sau, în cazul persoanelor cu intoleranţă la lactoză (un glucid din lapte), lactatele. Durerile abdominale recurente, persistente sau severe pot semnala multe alte afecţiuni. Durerea abdominală este frecvent asociată cu una dintre următoarele cauze:

- **Durerea la nivelul peretelui abdominal (vezi pag. 995)**
  Durerea este iritantă şi este însoţită de redoarea muşchilor abdominali, accentuată de contractarea acestora – de exemplu, la ridicarea din poziţia culcat. Poate fi localizată un anumit punct în care durerea este agravată de contractarea muşchilor abdominali.
- **Pancreatita acută (vezi pag. 900)**
  Durere uşoară până la severă la nivelul abdomenului superior sau mijlociu care poate iradia spre spate. Durerea este persistentă ore sau zile fără să se amelioreze şi este asociată cu greaţă şi vomă. Ingestia de alcool şi alimente poate agrava durerea. Durerea poate fi ameliorată de aplecarea spre înainte sau de poziţia fetală.
- **Apendicita (vezi pag. 873)**
  Semnele şi simptomele debutează frecvent cu pierderea apetitului, febră uşoară şi greaţă, cu sau fără vărsături. Durerea este iniţial localizată în zona ombilicului, deplasându-se apoi în partea dreaptă a abdomenului inferior.
- **Diverticulita (vezi pag. 879)**
  Tipic, durerea debutează brusc şi este însoţită de greaţă şi febră. Semnele şi simptomele sunt similare cu cele ale apendicitei, cu excepţia faptului că durerea este de obicei localizată în partea stângă a abdomenului inferior şi nu în partea dreaptă.
- **Colica biliară (vezi „Calculii biliari", pag. 896)**
  De obicei, durerea este localizată în partea dreaptă a abdomenului superior sau mijlociu şi poate iradia spre spate sau spre umărul drept. Nu este ameliorată de schimbarea poziţiei, de medicamentele antiacide sau de analgezice. Durerea apare adesea la 1-2 ore după masă şi poate fi însoţită de greaţă şi vărsături.
- **Boala inflamatorie a intestinului (vezi pag. 874)**
  Durerea este produsă de inflamaţia intestinului. Poate fi însoţită de crampe, diaree, scădere în greutate, astenie şi febră intermitentă.

- **Obstrucţia intestinală (vezi pag. 884)**
  Durerile abdominale colicative, ca nişte crampe, apar şi dispar. Poate fi asociată cu balonare evidentă, zgomote intestinale (bolboroseli), greaţă şi vărsături, iar dacă obstrucţia este completă sau aproape completă, de incapacitatea de a elimina gaze (flatus) sau materii fecale.
- **Sindromul intestinului iritabil (vezi pag. 879)**
  Această afecţiune cronică este caracterizată de perioade de diaree care alternează cu constipaţie, crampe abdominale şi balonare supărătoare. Sindromul intestinului iritabil nu asociază febră, scădere în greutate sau sângerări.
- **Tulburări de malabsorbţie (vezi pag. 871)**
  O sensibilitate intestinală la anumite proteine din alimentaţie, de exemplu la glutenul care se găseşte în grâu şi alte cereale, poate determina dureri abdominale, balonare, flatulenţă şi diaree. O tulburare comună de malabsorbţie este intoleranţa la lactoză, determinată de incapacitatea de a digera glucidul din lapte (lactoza).
- **Ulcerul peptic (vezi pag. 860)**
  Durerea este pătrunzătoare şi adesea localizată în abdomenul superior, între ombilic şi stern. De obicei, este mai severă când stomacul este gol, de aceea apare mai ales noaptea, în timpul somnului. Ingestia de alimente ameliorează temporar durerea.
- **Zona Zoster (vezi pag. 1192)**
  Simptomele pot debuta ca prurit sau senzaţie de arsură, furnicături sau dureri asemănătoare unui junghi într-o parte a abdomenului. Tipic, durerea este localizată în lungul traiectului unui nerv spinal, pornind de la nivelul coloanei vertebrale. În 1 - 5 zile, în zona respectivă apar grupuri de vezicule.

Durerea la nivelul gleznei şi al piciorului

Aproape oricine s-a confruntat cu dureri episodice la nivelul gleznei sau al piciorului. Adesea, durerea apare ca urmare a unui pas greşit, soldat cu scrântirea încheieturii sau chiar cu o fractură, sau este asociată unei afecţiuni banale de genul unei bătături. De multe ori, durerile gleznei şi ale piciorului apar datorită uneia din următoarele afecţiuni:

- **Tendinita achiliană (vezi pag. 966)**
  Durerea apare în locul în care tendonul lui Achile întâlneşte călcâiul. Tendonul lui Achile este sensibil la palpare.
- **Fractura osoasă (vezi pag. 949)**
  Durerea are drept cauză fractura unui os de la nivelul gleznei sau al piciorului. Astfel de traumatisme apar datorită unui pas greşit sau ca urmare a unui accident.
- **Monturile (vezi pag. 971)**
  Montul este o deformare frecventă a articulaţiei degetului mare de la picior. Determină umflarea dureroasă a articulaţiei deformate, la baza degetului mare.
- **Guta (vezi pag. 1008)**
  Guta în faza acută produce dureri îngrozitoare, cel mai frecvent la nivelul articulaţiei de la baza degetului mare de la picior. Durerile se instalează rapid şi sunt produse de orice mişcare a articulaţiei afectate. Chiar şi frecarea cearşafului de articulaţia afectată poate fi dureroasă.
- **Metatarsalgia (vezi pag. 968)**
  Durerea apare la nivelul proeminenţelor osoase în zonele în care piciorul se sprijină de sol, în timpul mersului sau când staţi în picioare.
- **Neurinomul Morton (vezi pag. 969)**
  Durerea, ascuţită sau cu caracter de arsură, este resimţită între al treilea şi al patrulea deget de la picior. Adesea, durerea se agravează când purtaţi încălţăminte strâmtă.
- **Artroza (vezi pag. 997)**
  Durerea este cronică şi lent progresivă. Se poate agrava când căraţi greutate.
- **Fasciita plantară (vezi „Durerea de călcâi", pag. 966)**
  Durerea este localizată la nivelul călcâiului şi, adesea, severitatea maximă apare la primul pas făcut dimineaţa, la trezire sau o dată cu primul pas făcut după ce aţi stat un timp aşezat. Frecvent, mersul ameliorează durerea.
- **Entorsa (vezi pag. 957)**
  Entorsa apare când o articulaţie se deplasează mai mult decât îi permite mobilitatea normală, întinzând sau rupând ligamentele. Durerea este adesea însoţită de umflarea regiunii.
- **Tendinita (vezi pag. 992)**
  Durerea apare datorită inflamaţiei unui tendon de la nivelul piciorului sau al gleznei.

Durerea de spate

Durerile de la nivelul părţii inferioare a spatelui sunt foarte frecvente şi pot fi cauzate de traumatisme şi boli a căror gravitate poate fi minoră sau extrem de severă. Durerile de spate sunt frecvent produse de una dintre următoarele afecţiuni:

- **Cancerul osos (vezi „Tumorile osoase", pag. 987)**
  Reprezintă o cauză rară de dureri de spate. Durerea este localizată la nivelul osului, este profundă şi chinuitoare. Adesea este mai intensă în timpul repausului decât în timpul mişcării.
- **Infecţii osoase (vezi „Osteomielita", pag. 987)**
  Durerea se instalează brusc şi rămâne severă. Asociază frecvent febră.
- **Hernia de disc (vezi pag. 977)**
  Tipic, durerea este localizată în partea inferioară a spatelui şi poate fi însoţită de senzaţie de amorţeală sau furnicături care iradiază la nivelul feselor şi în jos, pe picior.
- **Întinderea musculară (vezi pag. 972)**
  Întinderile musculare sunt o cauză de dureri acute (instalate brusc) în partea inferioară a spatelui. Anumite mişcări ale părţii inferioare a spatelui pot agrava durerea.
- **Artroza (vezi pag. 997)**
  Este o cauză comună de dureri de spate şi apare datorită degradării articulaţiilor. Durerea este de lungă durată (cronică) şi se poate agrava când căraţi greutăţi sau la anumite mişcări.
- **Fracturile prin compresie în cazul osteoporozei (vezi „Osteoporoza", pag. 981)**
  Durerile de spate severe, apărute brusc la o persoană cu osteoporoză se pot datora uneia sau mai multor fracturi la nivelul unei vertebre.

Durerea toracică

Durerea toracică poate avertiza asupra unui atac de cord, dar poate apărea şi dintr-o serie de alte motive. Poate fi produsă de alte afecţiuni cardiace sau poate fi asociată cu afecţiuni pulmonare sau ale peretelui toracic. De asemenea, durerea toracică poate fi determinată de o tulburare gastrointestinală. Frecvent, durerea toracică este legată de una din următoarele afecţiuni:

- **Angina pectorală (vezi pag. 754)**
  Disconfort, senzaţie de constricţie sau de presiune la nivelul pieptului, determinate de deficitul de flux sangvin la nivelul muşchiului inimii. De asemenea, durerea poate fi resimţită la nivelul mandibulei, pe partea internă a braţului stâng, uneori în ambele braţe. Tipic, durerea sau disconfortul apar în timpul efortului fizic sau al unui stres emoţional puternic. La oprirea activităţii fizice sau o dată cu relaxarea, adesea simptomele se ameliorează.
- **Durerea localizată la nivelul peretelui toracic (vezi pag. 995)**
  Este un tip obişnuit, nepericulos de durere toracică, determinată de afectarea unui muşchi sau a unui cartilaj de la nivelul peretelui toracic. Presiunea digitală asupra zonei dureroase de la nivelul pieptului reproduce durerea.
- **Spasmul esofagian (vezi „Dificultăţi de înghiţire", pag. 854)**
  Senzaţie de constricţie, presiune severă care apare sub stern, adesea după o înghiţitură mare de lichid rece sau acidulat. De obicei, durerea se ameliorează în câteva secunde. Dacă este prelungită, poate fi confundată cu un atac de cord.
- **Boala de reflux gastroesofagian (vezi pag. 850)**
  O senzaţie fierbinte, de arsură (pirozis), apare la nivelul abdomenului superior şi a părţii inferioare a toracelui, sub stern. Puteţi simţi şi un gust acru în gură. Înghiţirea unui lichid antiacid sau mestecarea unor pilule antiacide, de obicei, ameliorează disconfortul.
- **Infarctul de miocard (vezi pag. 757)**
  Durere severă sau presiune resimţită la nivelul pieptului, gâtului, mandibulei sau braţelor. Poate fi acompaniată de respiraţie dificilă, transpiraţii, greaţă şi vomă.
- **Pneumonia (vezi pag. 490)**
  Pneumonia asociază febră şi tuse prin care se poate elimina o spută colorată. Pot apărea şi respiraţie dificilă şi o durere toracică ascuţită provocată de respiraţia profundă.
- **Embolismul pulmonar (vezi pag. 826)**
  Încercarea de a inspira profund produce o durere toracică ascuţită. Aceasta poate fi acompaniată de scurtarea bruscă a respiraţiei şi de tuse cu sânge.
- **Fracturile costale**
  Fractura unei coaste poate apărea ca urmare a unui traumatism sau poate fi produsă de tusea severă. Presiunea la nivelul coastei fracturate produce o durere intensă.
- **Zona zoster (vezi pag. 1192)**
  Simptomele pot debuta ca senzaţii de arsură sau prurit, furnicături sau durere asemănătoare unui junghi pe una din părţile laterale ale abdomenului. În mod tipic, durerea urmează traiectului unui nerv spinal, înconjurând coloana vertebrală. După 1-5 zile apar, în aceeaşi zonă, vezicule grupate.

Scăderea involuntară în greutate

Pentru mulţi oameni care fac eforturi să slăbească, scăderea în greutate fără intenţie pare un cadou. Totuşi, scăderea semnificativă în greutate care apare fără nici un efort în această direcţie poate semnala o afecţiune severă şi trebuie investigată.

Scăderea involuntară în greutate este definită ca pierderea a peste 5% din greutatea corporală într-o perioadă de 6 luni. În cazul unei persoane de 72 kg, o pierdere de 5% ar fi de aproximativ 3,6 kg. Dacă nu ştiţi exact cât cântăreaţi iniţial, există alte semne care vă pot ajuta să vă daţi seama dacă aţi slăbit semnificativ. Hainele pot fi mai largi sau aţi strâns cureaua cu unul sau mai multe găuri. Prietenii şi cei din familie pot comenta că aţi pierdut din greutate.

Întrebări

Dacă aţi pierdut din greutate fără să încercaţi aceasta, întrebaţi-vă:

- Scăderea în greutate este cu adevărat neintenţionată sau v-aţi modificat dieta sau nivelul de activitate fizică? Chiar şi schimbări mici în oricare dintre cele două pot determina scăderea în greutate dacă se menţin timp de câteva luni.
- Cât de mult aţi slăbit şi în ce perioadă de timp? Răspunsul la această întrebare îl poate ajuta pe medicul dumneavoastră să aprecieze severitatea problemei.
- Apetitul este normal sau scăzut? Răspunsul la această întrebare poate micşora numărul cauzelor posibile.
- Prezentaţi şi alte semne şi simptome? De asemenea, prezenţa altor semne şi simptome vă poate ajuta să reduceţi variantele posibile.

Cauze de scădere involuntară în greutate

Lista cauzelor potenţiale de scădere în greutate este mare. Deşi mulţi se tem mai ales de cancer,

Tusea

Tusea ocazională este un fenomen normal în viaţa de zi cu zi. Tusea severă sau persistentă poate fi un semn al unor afecţiuni diverse, de la efectele secundare ale unor medicamente până la cancerul pulmonar. Tusea apare frecvent în legătură cu una dintre următoarele afecţiuni sau substanţe medicamentoase:

- **Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei (ACE) (vezi pag. 747 şi 1296)**
  Aceste medicamente sunt utilizate pentru a trata hipertensiunea arterială sau afecţiunile cardiace. La unele persoane pot produce o tuse uscată, supărătoare.
- **Astmul bronşic (vezi pag. 532)**
  Scurtarea respiraţiei, wheezing-ul (respiraţia şuierătoare) şi senzaţia de constricţie la nivelul pieptului pot acompania tusea care este o manifestare a astmului. Criza de astm poate fi declanşată de alergii, o infecţie respiratorie, aerul rece sau efortul fizic.

majoritatea celor care se confruntă cu o reducere neintenţionată a greutăţii nu au cancer. Cele mai extinse studii asupra acestei probleme au arătat că la aproape 1/4 dintre participanţi nu s-a depistat nici o cauză a scăderii în greutate în ciuda investigaţiilor amănunţite.

Cauzele majore de scădere în greutate includ:

- Cancerul, cel mai adesea la nivelul tractului gastrointestinal
- Depresia
- Hipertiroidismul
- O tulburare gastrointestinală, cum este ulcerul, o tulburare de malabsorbţie sau o boală inflamatorie
- Boli pulmonare cronice
- Diabetul zaharat necontrolat
- Unele infecţii cronice cum sunt tuberculoza şi infecţia cu virusul imunodeficienţei umane (HIV)
- Alcoolismul
- Unele medicamente, cum sunt inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei şi antiinflamatoarele nesteroidiene

În plus, durerea de lungă durată (cronică), aproape de orice cauză, poate determina scăderea în greutate. Durerea şi multe dintre medicamentele folosite pentru tratamentul acesteia scad apetitul.

Când să consultaţi medicul

Dacă aţi pierdut neintenţionat mai mult de 5% din greutatea iniţială, pe parcursul unei perioade de 6 luni, consultaţi medicul. Pregătiţi-vă făcând o listă cu alte semne şi simptome cu care v-aţi confruntat.

Probabil că medicul vă va pune mai multe întrebări legate de scăderea în greutate şi de starea dumneavoastră generală de sănătate, apoi va efectua un examen fizic. Dacă împreună cu medicul veţi stabili că scăderea în greutate este semnificativă, poate fi necesar să începeţi investigaţiile diagnostice.

- **Bronşita (vezi pag. 797)**
  Tusea produce spută şi poate fi acompaniată de respiraţie şuierătoare.
- **Răceala (vezi pag. 487)**
  Răceala asociază de obicei usturimi în gât, nas înfundat, astenie şi febră uşoară.
- **Corpi străini (vezi pag. 857)**
  Tusea este produsă de inhalarea unui corp străin - de exemplu o bucată dintr-un aliment – care ajunge în trahee sau într-o bronhie.
- **Boala de reflux gastroesofagian (vezi pag. 850)**
  În mod tipic, tusea este acompaniată de pirozis (arsuri retrosternale prin reflux acid) şi uneori şi de un gust acru în gură.
- **Pneumonia (vezi pag. 490)**
  Tusea este asociată unei infecţii pulmonare şi poate produce spută colorată. Alte semne şi simptome includ respiraţie dificilă, febră şi durere ascuţită produsă de inspiraţia profundă.
- **Secreţii care se scurg din cavitatea nazală pe peretele posterior al faringelui ((vezi pag. 686)**
  Producerea excesivă de mucus care drenează în faringele posterior determină senzaţia de gât încărcat sau un disconfort la acest nivel. Tusea apare datorită nevoii de a elimina această senzaţie.

Diareea

Oricine a avut uneori scaune nelegate, lichide. Adesea, diareea apare datorită unei infecţii bacteriene sau virale (gastroenterită) sau ca un efect secundar al unor medicamente. Când infecţia se vindecă sau organismul se obişnuieşte cu medicamentul, în general diareea se opreşte. De obicei, diareea persistentă indică o tulburare gastrointestinală. Diareea este frecvent asociată cu una din următoarele afecţiuni.

- **Diareea asociată tratamentului cu antibiotice ((vezi pag. 870)**
  Antibioticele pot distruge bacteriile care trăiesc în mod normal în tractul digestiv, acestea fiind înlocuite cu bacterii care produc diaree. Peste 20% dintre persoanele tratate cu antibiotice au această problemă. De obicei, diareea este uşoară şi de scurtă durată. Ocazional, poate apărea o infecţie colonică severă, care determină diaree severă.
- **Gastroenterita (vezi „Infecţii gastrointestinale", pag. 866)**
  Această afecţiune reprezintă cauza cea mai frecventă de diaree severă, brusc instalată. Alte semne sunt greaţa şi vărsăturile.
- **Boala inflamatorie a intestinului (vezi pag. 874)**
  Diareea poate fi însoţită de scădere în greutate, astenie, crampe, dureri abdominale şi febră intermitentă. În unele cazuri, diareea poate fi sangvinolentă.
- **Obstrucţia intestinală (vezi pag. 884)**
  Diareea este acompaniată de crampe şi dureri colicative care apar şi dispar. Alte semne şi simptome includ balonare semnificativă, zgomote intestinale (borborisme), greaţă şi vărsături.
- **Tulburări de malabsorbţie (vezi pag. 871)**
  Sensibilitatea intestinală la anumite proteine alimentare, de exemplu la glutenul din grâu şi alte cereale, poate determina dureri abdominale, balonare, flatulenţă (eliminarea de gaze) şi diaree. O tulburare obişnuită de malabsorbţie este intoleranţa la lactoză, determinată de incapacitatea de a digera glucidul din lapte (lactoza).

Ameţelile

Ameţeala are multe cauze. Din fericire, în majoritatea cazurilor ameţeala este uşoară, scurtă şi nepericuloasă. Termenul de ameţeală este uneori utilizat pentru a descrie o stare de confuzie şi senzaţia de slăbiciune, leşin. Alteori, acelaşi termen este folosit pentru a descrie senzaţia de dezechilibru, clătinare – ca şi cum ar merge într-o barcă ce se balansează. Mult mai frecvent este folosit pentru a descrie senzaţia că totul în jur se învârteşte (vertij). Pentru a ajuta medicul să vă înţeleagă suferinţa, este important să precizaţi ce tip de ameţeală acuzaţi.

Senzaţia de vertij este frecvent determinată de una din următoarele afecţiuni:

- **Vertijul postural paroxistic benign (vezi pag. 680)**
  Ameţeala trecătoare apare când întoarceţi capul dintr-o parte într-alta, când vă răsuciţi în pat sau priviţi brusc înapoi. Episoade intermitente de astfel de simptome pot apărea timp de ani de zile.
- **Labirintita (vezi pag. 679)**
  Determinată de o infecţia a urechii interne, această afecţiune poate produce vertij, greaţă şi vărsături. La nivelul urechii afectate este posibilă şi scăderea acuităţii auditive.
- **Boala Meniere (vezi pag. 677)**
  Alături de vertijul sever, semnele şi simptomele mai cuprind percepţia unor sunete în urechi, presiune la nivelul urechii şi pierderea auzului. Semnele şi simptomele apar şi apoi se remit, şi se pot repeta o dată la câteva luni sau ani.
- **Infecţia urechii medii (vezi pag. 668)**
  În plus faţă de ameţeală, durere şi senzaţie de ureche înfundată, apar şi alte simptome de infecţie a urechii medii (otită medie).
- **Accidentul vascular cerebral (vezi pag. 569)**
  Alte semne şi simptome includ senzaţia de amorţeală, furnicături, slăbiciune într-o anumită parte a corpului, tulburări de vorbire, vedere dublă şi paraliza feţei. Consultaţi imediat un medic.
- **Atacul ischemic tranzitor (vezi pag. 568)**
  Precedând adesea accidentul vascular cerebral, această afecţiune se manifestă prin ameţeală, senzaţia de amorţeală, furnicături, slăbiciune într-o anumită parte a corpului, vorbire dificilă, vedere dublă şi paralizie facială. Spre deosebire de accidentul cerebral, semnele şi simptomele atacului ischemic tranzitor durează puţin şi se remit complet.

Disconfortul ocular şi ochiul roşu

Multe dintre cele mai frecvente afecţiuni oculare nu periclitează vederea, dar pot cauza disconfort. Disconfortul şi înroşirea ochiului sunt frecvent asociate uneia dintre următoarele afecţiuni:

- **Alergii (vezi „Alergii respiratorii", pag. 527)**
  Alergenii purtaţi de aer, cum sunt polenul, praful şi fumul, pot produce mâncărimi şi înroşirea ochilor.
- **Eroziunea corneei (vezi pag. 634)**
  O leziune la nivelul corneei poate produce durere şi senzaţia persistentă de corp străin în ochi. Clipitul agravează senzaţia. Acoperirea ochiului ameliorează semnele şi simptomele.
- **Ochiul roşu (vezi „Conjunctivita", pag. 642)**
  Partea albă a ochiului (sclera) va fi colorată în roşu. Alte simptome includ pruritul şi senzaţia de nisip în ochi în timpul clipitului; genele se pot lipi una de alta în timpul somnului.
- **Hemoragia subconjunctivală (vezi „Sângerarea oculară", pag. 634)**
  Ruperea unui vas de sânge determină apariţia, nedureroasă dar alarmantă, a unei porţiuni de culoare roşu-aprins în partea albă a ochiului. În general, afecţiunea nu prezintă pericol.

Durerea de cap

Durerea de cap (cefaleea) este frecventă şi, de obicei, nu se datorează unei cauze severe. Totuşi, unele dureri de cap pot avertiza asupra unor probleme serioase. Prezentăm mai jos diferitele tipuri de cefalee şi unele afecţiuni care le pot produce:

- **Tumori cerebrale ((vezi pag. 585)**
  Tumorile cerebrale reprezintă o cauză rară de cefalee. Presiunea exercitată de tumoră poate determina dureri de cap cronice sau persistente la o persoană care de obicei nu suferă de dureri de cap. Semnele şi simptomele asociate includ senzaţie de slăbiciune, lipsă de îndemânare, tulburări de vedere, tulburări de personalitate şi vărsături.
- **Arterita temporală (cu celule gigante) (vezi pag. 660)**
  Durerea de cap poate fi uşoară sau severă. Pielea din jurul urechii şi a tâmplei este sensibilă la atingere. Alte semne şi simptome sunt febra şi dureri musculare la nivelul umerilor şi şoldurilor.
- **Encefalita (vezi pag. 577)**
  Cefaleea determinată de encefalită este, de obicei, însoţită de febră, iar uneori şi de durere la nivelul globilor oculari. Semnele şi simptomele pot fi agravate de lumină. Vă puteţi simţi letargic, confuz sau poate apărea alterarea statusului mental.
- **Efecte adverse ale medicamentelor (vezi „Ghidul medicamentelor", pag. 1283)**
  Cefaleea apare ca efect secundar în cazul mai multor medicamente, printre care nitraţii, unele antibiotice şi contraceptivele orale.
- **Meningita (vezi pag. 576)**
  Meningita este o cauză de cefalee cu risc vital. Acest tip de cefalee se asociază cu febră, rigiditatea gâtului şi alterarea statusului mental. Încercarea de a îndoi gâtul agravează durerea.
- **Migrena (vezi pag. 577)**
  Migrena poate fi precedată de simptome vizuale: vederea unor lumini strălucitoare sau colorate, sau zig-zag-uri la nivelul câmpului vizual (aura). Cefaleea poate fi acompaniată de greaţă şi vărsături.
- **Nevralgia occipitală (vezi pag. 959)**
  În această afecţiune, apare frecvent o durere bruscă, pătrunzătoare, localizată în partea din spate a gâtului şi ajunge în spatele unei urechi, pe o parte a craniului. Senzaţia poate fi adesea reprodusă apăsând cu putere pe proeminenţa osoasă din spatele gâtului, pe unde trece nervul occipital.
- **Sinuzita (vezi pag. 687)**
  Adesea, sinuzita apare după o infecţie de căi respiratorii superioare. În afară de cefalee, alte semne şi simptome sunt congestia nazală, rinoreea, durere facială şi senzaţia de presiune la nivelul sinusului afectat. Frecvent, cefaleea este agravată de aplecarea în faţă sau de efort.
- **Hemoragia subarahnoidiană (vezi „Accidentul vascular hemoragic", pag. 571)**
  Cefaleea asociată acestei afecţiuni este adesea descrisă ca „cea mai groaznică durere de cap pe care am simţit-o vreodată". Durerea severă apare brusc şi durează ore sau zile întregi. Este frecvent asociată cu greaţă, vărsături şi rigiditatea gâtului.

- **Afecţiuni ale articulaţiei temporomandibulare (vezi pag. 716)**
  Acest tip de afecţiuni pot produce dureri faciale, dureri de ureche sau cefalee. Alte simptome constau în pocnituri sau blocaje la nivelul articulaţiei şi redoarea muşchilor masticatori.
- **Cefaleea tip tensiune (vezi pag. 556)**
  Este un tip obişnuit de cefalee. Muşchii din spatele gâtului şi cei ai scalpului sunt încordaţi, contractaţi.
- **Abcesul dentar (vezi pag. 701)**
  O durere pulsatilă datorată unui abces sau unei carii dentare poate fi confundată cu o cefalee.

Durerea de şold

Durerea la nivelul şoldului este frecvent legată de una dintre următoarele afecţiuni:

- **Bursita sau tendinita (vezi pag. 1008 şi 992)**
  Durere chinuitoare focalizată în partea externă a şoldului. Este adesea agravată când staţi pe partea afectată sau urcaţi scări. Uneori, durerea apare la distanţă, fiind resimţită la nivelul genunchiului.
- **Claudicaţia (vezi „Arteroscleroza", pag. 785)**
  Durerea este localizată la nivelul şoldului, feselor sau, mai frecvent, la nivelul muşchilor coapsei sau gambei, în timpul mersului. Durerea dispare când vă opriţi din mers.
- **Fractura de şold (vezi pag. 951)**
  Durerea apare adesea după un traumatism, de exemplu o cădere; orice mişcare a şoldului produce dureri puternice.
- **Artroza (vezi pag. 997)**
  Durerea sau rigiditatea din zona şoldului pot fi resimţite în regiunea inghinală. Durerea se agravează în timpul mersului, la urcarea scărilor sau când staţi în picioare o perioadă lungă.

Durerea de genunchi

Durerea de genunchi poate afecta mersul şi antrenamentul fizic. De obicei, este legată de una din următoarele afecţiuni:

- **Ruptura de cartilaj (vezi „Traumatismele genunchiului", pag. 963)**
  Durerea apare frecvent după un traumatism în care articulaţia genunchiului a fost răsucită. Durerea apare când apăsaţi articulaţia. Poate fi însoţită de umflarea zonei respective.
- **Guta (vezi pag. 1008)**
  Durerea este bruscă şi severă, şi se agravează când vă mişcaţi genunchiul. De obicei, genunchiul este umflat şi sensibil la atingere. Sunt necesare investigaţii de laborator pentru a diferenţia guta de o infecţie a genunchiului.
- **Artroza (vezi pag. 997)**
  La nivelul genunchiului se instalează un disconfort progresiv. Durerea se agravează în timpul mersului în poziţie ghemuită sau când staţi în picioare mai mult timp
- **Tendinita patelară (vezi „Genunchiul alergătorului sau al săritorului", pag. 962)**
  Durerea este însoţită de umflarea şi sensibilitatea tendonului din spatele rotulei.
- **Entorsele (vezi „Traumatismele genunchiului, pag. 963)**
  O ruptură (minoră sau severă) a unui ligament de la nivelul genunchiului determină dureri care pot fi asociate cu umflarea, redoarea şi pierderea stabilităţii articulaţiei. În general, entorsa apare în cazul unui traumatism al genunchiului.

Hemoragii gastrointestinale joase

Hemoragiile gastrointestinale joase, cum sunt cele rectale, pot fi alarmante. Adesea, sângerarea apare datorită unei probleme minore – de exemplu hemoroizii sau o fisură anală. Alteori, sângerarea poate atenţiona asupra unei afecţiuni mai severe, cum sunt ulcerul sau cancerul. Hemoragia gastrointestinală (digestivă) joasă este frecvent asociată cu una dintre următoarele afecţiuni:

- **Fisura anală (vezi pag. 392)**
  Sângerarea îşi are originea la nivelul unei mici rupturi de la nivelul ţesutului anal şi poate fi însoţită de durere anală. În mod tipic sângele este roşu aprins şi apare pe hârtia igienică sau pe vasul de toaletă, după eliminarea scaunului.
- **Polipii colonici (vezi pag. 886)**
  Formaţiuni de dimensiuni mici, care cresc în colon şi care pot sângera uneori. Sunt consideraţi leziuni precanceroase. Sângele roşu aprins poate apărea pe vasul de toaletă sau poate fi amestecat cu fecalele.
- **Cancerul colorectal (vezi pag. 887)**
  Sângele, de culoare maronie, poate fi amestecat cu fecalele sau poate apărea pe vasul de toaletă. Semne şi simptome asociate: modificări în eliminarea scaunului, crampe şi scădere în greutate.
- **Diverticuloza (vezi pag. 879)**
  Sângele poate fi amestecat cu fecalele sau poate apărea pe vasul de toaletă. Sângerarea poate fi masivă.
- **Infecţii gastrointestinale (vezi pag. 866)**
  Unele infecţii gastrointestinale determină crampe şi diaree sangvinolentă.
- **Hemoroizii (vezi pag. 890)**
  Hemoroizii reprezintă cauza cea mai frecventă de sângerare rectală. După eliminarea scaunului, sângele roşu-aprins se observă de obicei pe hârtia igienică sau în vasul de toaletă. Sângerările pot fi însoţite de prurit sau disconfort anal.
- **Boala inflamatorie a intestinului ((vezi pag. 874)**
  Sângele poate fi roşu aprins sau brun închis şi amestecat cu fecalele. Alte semne şi simptome includ febră, crampe, diaree şi scădere în greutate.
- **Ulcerul peptic (vezi pag. 860)**
  Sângerările de la nivelul tractului gastrointestinal superior fac ca scaunul să apară negru ca smoala. Poate fi asociată durerea chinuitoare la nivelul abdomenului superior, între ombilic şi stern. Durerea este mai severă când stomacul este gol. Ingestia de alimente poate ameliora temporar durerea.

Congestia nazală

Congestia nazală este un semn obişnuit de răceală sau alergie, dar poate apărea şi în alte situaţii.

Congestia nazală este frecvent asociată uneia dintre următoarele afecţiuni:

- **Răceala (vezi pag. 487)**
  Răceala (guturaiul) este o infecţie virală la nivelul tractului respirator superior. În plus faţă de congestia nazală, semnele şi simptomele includ usturimi în gât, rinoree, astenie, tuse şi febră uşoară.
- **Febra de fân (vezi pag. 527)**
  Tipic, mai sunt asociate strănutul şi secreţia apoasă la nivelul nasului. De asemenea, este frecvent pruritul la nivelul nasului, gâtului şi ochilor.
- **Efecte secundare ale medicamentelor (vezi „Ghidul medicamentelor", pag. 1283)**
  Unele medicamente, cum sunt blocantele alfa adrenergice folosite în tratamentul hipertrofiei benigne de prostată, pot avea ca efect secundar o congestie nazală uşoară. Utilizarea excesivă a spray-urilor decongestionante nazale eliberate fără prescripţie medicală poate, de asemenea, agrava semnele şi simptomele tratate, acest efect fiind numit de „rebound" (recădere).
- **Polipii nazali (vezi pag. 531)**
  Sunt formaţiuni mici localizate la nivelul cavităţii nazale şi care pot obstrua căile aeriene, producând congestie. Polipii apar cel mai frecvent la persoanele care suferă de febra de fân, astm indus de aspirină sau sinuzită cronică.
- **Sinuzita (vezi pag. 687)**
  Inflamaţia membranelor sinusale poate produce congestie nazală. Frecvent, sinuzita apare după o infecţie respiratorie superioară.
- **Rinita vasomotorie (vezi pag. 686)**
  Această afecţiune seamănă cu rinita alergică, prezentând congestie nazală, strănut şi tuse datorată secreţiilor care ajung în gât. Dar alte simptome de alergie – pruritul nazal, al ochilor şi gâtului – sunt absente. Factorii declanşatori include aerul rece şi mirosurile puternice.

Durerea la nivelul gâtului

Durerea de la nivelul gâtului poate fi acută, o problemă de scurtă durată care se rezolvă spontan sau poate fi cronică (pe termen lung) şi dizabilitantă. Durerea de gât este frecvent asociată cu una dintre următoarele afecţiuni:

- **Hernia de disc (vezi pag. 977)**
  Durerea porneşte de la nivelul gâtului şi poate iradia spre umăr sau în lungul braţului. Alte simptome asociate sunt senzaţia de amorţeală, furnicături sau slăbiciune la nivelul braţului sau al mâinii.
- **Întinderea musculară (vezi pag. 972)**
  Este o cauză obişnuită de dureri instalate brusc şi adesea severe. Folosirea muşchilor de la nivelul gâtului produce durere.
- **Nevralgia occipitală (vezi pag. 959)**
  În această afecţiune apare o durere bruscă, pătrunzătoare, care pleacă din spatele gâtului şi ajunge în spatele unei urechi traversând scalpul. Senzaţia poate fi adesea reprodusă apăsând cu putere proeminenţa osoasă din spatele gâtului, pe acolo trecând nervul occipital.
- **Artroza (vezi pag. 997)**
  Durerea este cronică şi lent progresivă. Poate fi însoţită de rigiditatea gâtului.

Parestezii sau furnicături în mână

Paresteziile sau furnicăturile la nivelul unei mâini sunt adesea asociate cu una dintre următoarele afecţiuni:

- **Traumatismele de plex brahial**
  Starea de slăbiciune, paresteziile şi furnicăturile pot apărea în braţ şi în mână. Acest tip de durere rezultă dintr-un traumatism al umărului care afectează reţeaua de nervi numită plex brahial.
- **Sindromul de tunel carpian (vezi pag. 989)**
  Paresteziile şi furnicăturile pot apărea noaptea şi pot iradia spre braţ. Policele, indexul şi degetul mijlociu sunt cel mai frecvent afectate. De asemenea, poate apărea o stare de slăbiciune a mâinii.
- **Hernia de disc (vezi pag. 977)**
  Un nerv cervical compresat sau lezat poate cauza parestezii sau furnicături care iradiază mai jos de umăr la braţ, mână şi degete.
- **Accidentul vascular cerebral (vezi pag. 569)**
  Apar parestezii şi stare de slăbiciune în mână sau braţ şi sunt de obicei însoţite de alte simptome, de exemplu furnicături şi stare de slăbiciune musculară la nivelul feţei sau membrelor inferioare. Solicitaţi de urgenţă consult medical.
- **Neuropatia periferică (vezi pag. 609)**
  Puteţi simţi în ambele mâini sau picioare furnicături sau parestezii.
- **Disfuncţia nervului ulnar (vezi pag. 991)**
  Traumatizarea nervului ulnar la nivelul cotului produce parestezii sau furnicături de la cot până la nivelul degetului V şi o parte din inelar. Percuţia zonei respective produce o durere ascuţită. De asemenea, puteţi prezenta o slăbiciune în mâna respectivă.

Palpitaţiile

Palpitaţiile reprezintă o percepere a bătăilor cardiace neobişnuită sau o senzaţie de bufnitură în interiorul toracelui. Acestea sunt frecvent asociate cu una dintre următoarele afecţiuni:

- **Atacul de anxietate şi de panică (vezi „Tulburările de anxietate", pag. 1226)**
  Episoade bruşte de teamă intensă pot provoca reacţii fizice prompte, de exemplu înroşirea feţei, tulburări de respiraţie, ameţeli, greţuri, tahicardie şi senzaţia că totul a scăpat de sub control.
- **Fibrilaţia atrială (vezi pag. 766)**
  Această afecţiune se caracterizează prin bătăi cardiace rapide şi neregulate (aritmie).
- **Hipertiroidismul (vezi pag. 1039)**
  În plus faţă de tahicardie, hipertiroidismul poate produce scăderi în greutate, stare de nervozitate şi tremor.

* **Extrasistolele (vezi pag. 766)**
  Extrasistolele sunt frecvent descrise ca palpitații sau senzația că inima se răsucește. De obicei, sunt inofensive.
* **Tahicardia (vezi pag. 765 și 766)**
  Tahicardia este descrisă în majoritatea cazurilor ca bătăi cardiace rapide, de obicei regulate.

Dispneea

Dispneea (scurtarea respirației) este frecventă după o alergare în ritm rapid, urcatul pe o stâncă abruptă sau orice altă activitate care necesită un efort. Dar când începeți să prezentați dispnee fără o cauză evidentă, consultați imediat un medic. Dispneea poate fi asociată cu una dintre următoarele afecțiuni:

* **Atacuri de panică și de anxietate (vezi „Tulburările de anxietate", pag. 1226)**
  Episoadele bruște de teamă intensă pot provoca reacții fizice intense, de exemplu tulburări de respirație, înroșirea feței, amețeli, tahicardie, greață și senzația că totul a scăpat de sub control.
* **Astmul bronșic (vezi pag. 532)**
  Dificultățile de respirație sunt adesea asociate cu senzația de constricție toracică, wheezing și tuse. Poate fi declanșat de alergeni, infecții respiratorii, aer rece sau efort fizic.
* **Boala pulmonară obstructivă cronică (vezi pag. 810)**
  În plus față de dispnee, semnele și simptomele acestei afecțiuni includ: torace „în butoi", wheezing redus și, uneori, strângerea buzelor pentru a ajuta respirația.
* **Insuficiența cardiacă congestivă (vezi pag. 761)**
  Alte semne și simptome includ: stare de oboseală și acumulare de lichide (edeme) în membrele inferioare și trunchi.
* **Pneumonia (vezi pag. 490)**
  Dispneea poate fi însoțită de febră și durere toracică atunci când inspirați profund. În mod tipic, pneumonia este însoțită de o tuse cu spută colorată.
* **Pneumotoraxul (vezi pag. 817)**
  Cele mai frecvente simptome ale acestei afecțiuni sunt durerea toracică brusc apărută și dispneea.
* **Embolismul pulmonar (vezi pag. 826)**
  Pe lângă dispneea brusc instalată, puteți prezenta tuse cu sânge și durere toracică puternică la respirația profundă.

Durerea de umăr

Durerea care apare la mișcările umărului este adesea datorată unor probleme mecanice în articulația scapulo-humerală. Uneori, afecțiuni ale altor părți ale organismului (vezi „Durerea de umăr asociată") pot provoca dureri de umăr. În aceste situații, mișcările în această articulație nu intensifică durerea. Durerea de umăr poate apărea în una dintre următoarele afecțiuni:

* **Dislocația (vezi pag. 953)**
  În general, durerea apare după un traumatism al umărului. Se ameliorează la repaus și se accentuează la mișcări. Rotația externă a umărului – de exemplu, când înotați pe spate sau vă duceți brațul la spate pentru a arunca o minge – poate determina capul humeral să iasă din cavitatea articulară a scapulei.
* **Umărul înghețat (vezi pag. 1009)**
  Simptomele includ durere și sensibilitate la mișcarea umărului. Posibilitățile de mișcare ale umărului sunt sever limitate.
* **Artroza (vezi pag. 997)**
  Artroza articulației scapulo-humerale este relativ neobișnuită. De obicei, durerea cedează la repaus și se intensifică cu mișcarea. O senzație de scrâșnitură sau unele zgomote pot apărea la mișcarea umărului.
* **Traumatismul calotei rotatorilor (vezi pag. 1010)**
  Este cea mai frecventă cauză de durere de umăr, în special la adulții vârstnici. Durerea apare la mișcarea umărului, în special la ridicarea brațului deasupra capului sau la rotația internă a umărului. Durerea se poate extinde la partea superioară a brațului și se poate asocia cu stare de slăbiciune în umăr.

Durerea de umăr asociată

Un număr de afecțiuni care apar în altă zonă a corpului decât umărul pot produce dureri care se manifestă în umăr. Acestea se numesc dureri de umăr asociate. Afecțiunile pot fi:

* **Iritația diafragmatică**
  Durerea poate fi simțită în partea superioară a umărului și se accentuează când se împinge în abdomen sau la inspirul profund. Diafragma este mușchiul în formă de cupolă, care separă cavitatea toracică de cea abdominală. Când acest mușchi este iritat, de exemplu în pneumonia de lob inferior, apare durerea în umăr.
* **Colica biliară (vezi „Calculii biliari", pag. 896).**
  În plus față de durerea în partea dreaptă superioară a abdomenului, puteți simți o durere ca o lamă de cuțit în partea superioară a umărului.
* **Infarctul de miocard (vezi pag. 757)**
  Durerea poate apărea în umărul stâng, alături de senzația de constricție toracică, durere în baza gâtului, maxilarul inferior sau brațul stâng.

Gâtul inflamat

Fiecare ştie ce înseamnă un gât inflamat. Adesea, nu arată o afecţiune gravă, dar uneori un gât inflamat necesită îngrijire medicală. De obicei, gâtul inflamat este asociat cu una dintre următoarele afecţiuni:

- **Răceala comună (vezi pag. 487)**
  O infecţie a căilor respiratorii superioare, cum este răceala comună, este cea mai frecventă cauză a inflamării gâtului. Alte semne pot fi tuse, congestie nazală, faringe iritat şi voce răguşită.
- **Epiglotita (vezi pag. 691)**
  Această afecţiune produce de obicei o inflamare a gâtului severă şi febră. Puteţi scuipa într-o cană pentru a evita înghiţitul. Consultaţi de urgenţă un medic.
- **Mononucleoza infecţioasă (vezi pag. 494)**
  În general, semnele şi simptomele includ: gât foarte inflamat, febră, stare de oboseală, cefalee şi hipertrofia ganglionilor limfatici cervicali (anteriori şi posteriori).
- **Gâtul roşu (vezi pag. 491)**
  Alte semne şi simptome includ: febră, frisoane, stare de oboseală şi cefalee. Ganglionii limfatici cervicali anteriori pot fi dureroşi.
- **Amigdalitele (vezi pag. 691)**
  Amigdalita (tonsilita) se manifestă prin febră, frisoane, oboseală şi amigdale dureroase. La examenul clinic, amigdalele apar roşii, inflamate şi uneori acoperite cu o membrană albă.

Dificultăţi de înghiţire

Dificultăţile ocazionale de înghiţire (disfagia) nu reprezintă o problemă gravă de obicei şi pot fi ameliorate prin încetinirea ritmului de mestecat. Dificultăţile de înghiţire pot fi asociate cu unele dintre următoarele afecţiuni:

- **Achalazia (vezi pag. 855)**
  În această afecţiune, sfincterul esofagian inferior nu se relaxează corespunzător pentru a lăsa alimentele să pătrundă în stomac. Aceasta duce la regurgitarea alimentelor reţinute, care au gust dulce deoarece nu s-au amestecat cu conţinutul stomacal.
- **Îmbătrânirea (vezi „Dificultăţi de înghiţire", pag. 854)**
  O dată cu înaintarea în vârstă, esofagul îşi pierde unele dintre capacităţile musculare pentru a împinge alimentele în stomac.
- **Strictura esofagiană (vezi pag. 856)**
  Îngustarea lumenului esofagian (strictura) împiedică alimentele să înainteze spre stomac. Stricturile pot fi produse de formarea ţesutului cicatricial sau de tumori.
- **Tumorile esofagiene (vezi pag. 858)**
  Dificultăţile de înghiţire se accentuează progresiv pe parcursul a câtorva luni. Alte semne şi simptome includ: dureri toracice şi pierderi în greutate.
- **Corpii străini (vezi pag. 857)**
  Un corp străin înghiţit se poate opri în esofag, provocând durere şi dificultăţi la înghiţire.
- **Boala de reflux gastro-esofagian (vezi pag. 850)**
  Lezarea ţesutului esofagian de către acizii gastrici refluaţi în esofag poate duce la cicatrizări şi îngustări ale porţiunii inferioare a esofagului, cu apariţia dificultăţilor de înghiţire.
- **Afecţiuni neuromusculare (vezi „Paralizia faringiană", pag. 856)**
  Puteţi fi incapabil să iniţiaţi procesul de înghiţire în ciuda repetatelor încercări. Alimentele lichide sau solide pot pătrunde în trahee sau pot fi eliminate pe nas.
- **Diverticulul faringian (vezi pag. 855)**
  Reprezintă formarea unui mic buzunar în peretele faringelui. Alimentele se pot aduna în acest diverticul, producând dificultăţi de înghiţire, borborisme, respiraţie urât mirositoare (halenă) şi tuse.

Umflarea picioarelor şi a gambelor

Umflarea (edemele) picioarelor şi a gambelor este frecventă după perioade lungi de şedere pe scaun, cum se întâmplă în zborurile lungi cu avionul. Când edemele apar în afara unor condiţii evidente, pot constitui semnele unei afecţiuni grave. Edemele picioarelor sunt asociate cu una dintre următoarele afecţiuni:

- **Celulita (vezi pag. 1190)**
  Această formă de infecţie cutanată produce de obicei înroşirea, tumefierea, încălzirea şi sensibilitatea zonei afectate. Se poate asocia şi febra.
- **Insuficienţa cardiacă congestivă (vezi pag. 761)**
  Edemele apar la ambele picioare. Pot fi însoţite de edeme ale abdomenului şi dispnee de efort sau în poziţia culcat.
- **Tromboza venoasă profundă (vezi „Tromboflebita", pag. 789)**
  Această afecţiune produce în mod tipic edeme brusc apărute ale piciorului, însoţite de dureri şi sensibilitate în partea posterioară a genunchiului şi gleznei. De asemenea, piciorul capătă o culoare vineţie.
- **Limfedemul (vezi pag. 790)**
  Edemul apare la unul sau la ambele membre inferioare şi se poate extinde la degete.
- **Tromboflebita superficială (vezi pag. 789)**
  Durerea, edemul, înroşirea şi sensibilitatea apar pe pielea de deasupra unei vene a piciorului – de obicei o venă varicoasă.
- **Insuficienţa venoasă (vezi „Venele varicoase", pag. 790)**
  Edemul se accentuează caracteristic când staţi aşezat mai mult timp şi este mai redus dimineaţa. De asemenea, puteţi prezenta durere în picior, îngroşări ale tegumentelor şi colorarea în brun a tegumentelor gleznei.

Hemoragii gastrointestinale superioare

Sângerarea provenită din tractul gastrointestinal superior se poate manifesta sub diferite forme. Sângele poate fi prezent în vărsătură şi poate avea culoare roşu-aprins sau poate arăta ca zaţul de la cafea (sânge

digerat). Sângerarea de tract gastrointestinal superior poate produce eliminarea de scaune de culoare neagră, de consistenţă crescută, datorate trecerii încetinite a sângelui din stomac spre colon. Dacă sângerarea este masivă, scaunele pot fi de culoare maro. De asemenea, sângerarea de tract gastro-intestinal superior poate fi cauzată de una dintre următoarele afecţiuni:

- **Traumatismul esofagian (vezi pag. 859)**
  Sângerarea poate apărea datorită unei rupturi de esofag, produsă de un traumatism al acestuia.
- **Tumorile esofagiene (vezi pag. 858)**
  Sângerarea este însoţită de dificultăţi progresive de înghiţire. Puteţi prezenta, de asemenea, dureri toracice şi pierdere în greutate.
- **Esofagitele (vezi pag. 854)**
  Mucoasa esofagiană inflamată poate sângera.
- **Gastritele (vezi pag. 864)**
  Mucoasa gastrică inflamată poate sângera.
- **Ulcerul gastroduodenal (vezi pag. 860)**
  Sânge roşu strălucitor poate apărea în vărsătură sau în scaune, care sunt negre şi se elimină lent. O durere tenebrantă în abdomenul superior, în jurul ombilicului şi la nivelul sternului este frecventă. Durerea este, în general, accentuată de golirea stomacului.

Dificultăţi la urinare

Semnele şi simptomele asociate cu dificultăţile de urinare variază de la urinări frecvente, dureroase la durerea puternică care însoţeşte eliminarea unui calcul renal. Frecvent, dificultăţile la urinare sunt asociate cu una dintre următoarele afecţiuni:

- **Hiperplazia benignă de prostată (vezi pag. 1123)**
  Această boală afectează bărbaţii şi este caracterizată prin încetinirea fluxului urinar, care se opreşte şi se reia, necesitatea de a urina şi urinări frecvente în timpul nopţii.
- **Calculi renali (vezi pag. 928)**
  Eliminarea unui calcul renal sau cantonarea lui în tractul urinar inferior poate produce o senzaţie constantă de a urina. Durerea produsă de calculul renal este resimţită în abdomenul inferior. La bărbaţi poate iradia în penis sau în testicule. La femei iradiază în zona vaginală.
- **Efectele secundare ale unor medicamente (vezi „Ghidul Medicamentelor", pag. 1283)**
  Unele medicamente interferă cu capacitatea de urinare. De exemplu, la unii bărbaţi cu hiperplazie benignă de prostată, pseudoefedrina, o substanţă care se găseşte de obicei în medicamentele pentru răceală, poate accentua încetinirea urinării sau chiar poate produce imposibilitatea de golire a vezicii.
- **Vezica urinară hiperactivă (vezi pag. 945)**
  Muşchiul vezical poate deveni hiperactiv, producând un spasm vezical. Puteţi prezenta nevoia urgentă şi frecventă de a urina, chiar dacă vezica este goală sau aproape goală.
- **Prostatitele (vezi pag. 1122)**
  Urinarea este dureroasă şi poate fi însoţită de febră şi durere în zona pubiană şi în muşchii planşeului pelvin.
- **Infecţiile de tract urinar (vezi pag. 949)**
  Aceste afecţiuni produc o senzaţie de urinare urgentă şi frecventă, iar micţiunea este însoţită de dureri şi senzaţia de arsură. Urina poate fi tulbure sau chiar cu sânge.

Vărsăturile

Vărsăturile pot fi produse de o infecţie gastrointestinală (gastroenterită) sau de o problemă mai gravă. Ele mai pot fi asociate uneia dintre următoarele afecţiuni:

- **Apendicita (vezi pag. 873)**
  Vărsăturile sunt, în general, însoţite de pierderea apetitului, greţuri şi stare subfebrilă. Durerea începe în jurul ombilicului şi se localizează în partea inferioară dreaptă a abdomenului.
- **Colica biliară (vezi „Calculii biliari" pag. 896)**
  Durerea începe la 1-2 ore după o masă şi poate fi asociată cu greţuri şi vărsături. Durerea este adesea localizată sub stern şi poate iradia în spate sau în umărul drept.
- **Infecţiile gastrointestinale (vezi pag. 866)**
  O infecţie virală a tractului gastrointestinal constituie o cauză frecventă de vărsături, de obicei însoţite şi de diaree. Asemenea infecţii se remit de obicei în 1-2 zile.
- **Ocluzia intestinală (vezi pag. 884)**
  Greţurile şi vărsăturile sunt însoţite de crampe, dureri abdominale colicative care vin şi pleacă. Alte semne şi simptome includ: meteorism abdominal vizibil, zgomote intestinale şi, dacă ocluzia este completă sau aproape completă, lipsa evacuării de gaze şi materii fecale.
- **Efectele secundare ale medicamentelor (vezi „Ghidul Medicamentelor", pag. 1283)**
  La unele persoane, medicamente cum ar fi antibioticele, codeina şi morfina, pot provoca greţuri şi vărsături.

Wheezing-ul

Wheezing-ul este un sunet aspru, produs în timpul expirului printr-o cale aeriană obstruată. Adesea se poate asocia cu una dintre următoarele afecţiuni:

- **Astmul bronşic (vezi pag. 532)**
  Wheezing-ul se poate însoţi de dificultăţi de respiraţie, senzaţia de constricţie toracică şi tuse. Poate fi declanşat de factori alergici, infecţii respiratorii, aer rece sau efort fizic.
- **Bronşita (vezi pag. 797)**
  În general, wheezing-ul este însoţit de tuse productivă.
- **Insuficienţa cardiacă congestivă (vezi pag. 761)**
  Acumularea de lichid în plămâni rezultată din insuficienţa cardiacă congestivă poate produce wheezing (astmul cardiac).

Semne şi simptome frecvente la copil

Următoarele 15 semne şi simptome sunt frecvente la copii, şi constituie motivele cele mai frecvente pentru care copiii şi adolescenţii se adresează medicului. Adolescenţii prezintă semne şi simptome care caracterizează boli asemănătoare celor ce afectează adulţii.

Durerea abdominală

Episoade ocazionale de durere abdominală pot fi legate de stările de anxietate sau de infecţiile bacteriene sau virale (gastroenteritele). O durere abdominală recidivantă, persistentă sau gravă poate semnala o varietate de alte afecţiuni. Durerea abdominală este adesea asociată cu una dintre următoarele cauze:

- **Reacţia la antibiotice (vezi „Diareea asociată cu administrarea de antibiotice", pag. 870)**
  Unele antibiotice pot produce dureri abdominale. Toate antibioticele pot produce scaune diareice şi frecvente.
- **Stările de anxietate (vezi „Temerile şi fobiile", pag. 199, şi „Tulburările de anxietate", pag. 1226)**
  Mulţi copii prezintă stări de anxietate – adesea când trăiesc situaţii noi sau înfricoşătoare. Starea de anxietate poate determina variate simptome fizice, unul dintre ele fiind durerea dbdominală.
- **Apendicita (vezi pag. 873)**
  Infecţia sau obstrucţia apendicelui vermiform cauzează în mod tipic durere abdominală periombilicală cu iradiere în abdomenul inferior drept.
- **Tulburări datorate lipsei de atenţie**
  Dacă un părinte prezintă cefalee, copilul mic se poate plânge şi el de acelaşi lucru pentru a căpăta atenţie şi îngrijire.
- **Constipaţia (vezi pag. 170 şi 213)**
  Tulburările de tranzit al materiilor fecale cauzează durere abdominală difuză înaintea mişcărilor colonului şi efort dureros al colonului. Este una dintre cele mai frecvente cauze de durere abdominală.
- **Gazele intestinale**
  Gazele reţinute în intestine reprezintă o altă cauză frecventă a durerii abdominale la copii, de la perioada de nou-născut până la cea de şcolar.
- **Gastroenteritele (vezi „Infecţiile gastrointestinale", pag. 866)**
  Copiii prezintă frecvent infecţii ale stomacului sau intestinelor, datorate unor virusuri sau, mai puţin frecvent, unor bacterii sau paraziţi. Alături de durere abdominală, copiii mai pot prezenta greaţă, vărsături şi diaree. De obicei, se rezolvă în 1-2 zile. Dacă se depăşeşte această perioadă, adresaţi-vă medicului dumneavoastră.
- **Tulburări de malabsorbţie (vezi pag. 871)**
  O sensibilitate intestinală la proteinele din alimentaţie cum este glutenul din grâu şi alte cereale, poate determina dureri abdominale, balonare, gaze şi diaree. O tulburare de malabsorbţie frecventă este intoleranţa la lactoză, produsă de incapacitatea organismului de a descompune lactoza, carbohidratul din lapte.
- **Fobia de şcoală (vezi pag. 200)**
  Un copil care se teme de şcoală poate descrie o durere abdominală, fără să prezinte alte semne şi simptome de boală; această durere dispare instantaneu în cazul în care copilul nu este trimis la şcoală.

Constipaţia

La copii, constipaţia este frecventă şi doar în cazuri rare este datorată unei afecţiuni serioase. Poate fi legată de una din următoarele afecţiuni:

- **Malformaţii congenitale (vezi „Afecţiuni respiratorii şi digestive congenitale", pag. 179)**
  Unii copii se nasc cu un intestin subţire incomplet format, care poate produce obstrucţie intestinală. Constipaţia este unul dintre primele semne.
- **Reţinerea funcţională de materii fecale**
  La unii copii care învaţă să folosească toaleta, constipaţia poate fi semnul unor probleme de comportament. Copilul nu vrea să elimine materiile fecale pentru a nu-şi murdări lenjeria.
- **Hipotiroidismul (vezi pag. 156 şi pag. 1041)**
  Mai rar, constipaţia este asociată cu o glandă tiroidă hipofuncţională.
- **Invaginaţia intestinală (vezi pag. 873)**
  Invaginaţia intestinală este telescoparea unui segment de intestin, cu obstrucţia fluxului intestinal normal. Aceasta, în general, provoacă dureri abdominale brusc instalate, severe, care pot însoţi constipaţia.
- **Lipsa de fibre alimentare în dietă şi aportul inadecvat de lichide (vezi „Nutriţia", pag. 205)**
  Cea mai frecventă cauză de producere a constipaţiei la copii este aportul inadecvat de lichide şi de fibre alimentare. Consumul de alimente bogate în grăsimi animale reprezintă o altă cauză de constipaţie.

Alte preocupări importante

De multe ori, părinţii solicită un consult medicului pentru copil, nu pentru că acesta este bolnav, ci pentru că sunt îngrijoraţi de comportamentul copilului sau obiceiurile acestuia relativ la somn sau alimentaţie. Uneori, problema face parte din creşterea şi dezvoltarea copilului şi se poate ameliora. Alteori, este mult mai serioasă şi necesită tratament.

Deoarece, problemele de comportament al alimentaţiei sau somnului apar din motive diverse şi caracteristicile lor variază considerabil, este dificil să le includem în această scurtă prezentare a semnelor şi simptomelor frecvente care apar în copilărie. Pentru mai multe informaţii despre aceste afecţiuni şi modul în care ele afectează copiii în stadiile diferite de vârstă, vezi capitolele 12-14.

Tusea

- **Astmul bronşic (vezi pag. 532)**
  Astmul poate produce tuse singură sau însoţită de alte semne, cum ar fi wheezing-ul.
- **Răceala banală (vezi pag, 487)**
  Răceala banală produce frecvent secreţie nazală abundentă care se scurge în faringe, ceea ce poate produce tuse.
- **Crupul (vezi pag. 491)**
  Infecţiile virale ale laringelui şi traheei pot produce tuse puternică, supărătoare, adesea însoţită de sunet puternic în inspiraţie (stridor).
- **Corpi străini (vezi pag. 392)**
  Copiii mici, între 9 luni şi 3 ani, au un risc crescut de a-şi băga obiecte în gură, care pot aluneca în căile aeriene, producând tuse şi respiraţie dificilă. Necesită îngrijire medicală de urgenţă.
- **Tuse habituală**
  Şcolarii şi adolescenţii pot tuşi din obişnuinţă. În timpul somnului nu se produce tusea. O tuse habituală este diagnosticată prin excluderea altor cauze posibile.
- **Alergiile nazale (vezi „Febra de fân", pag. 527)**
  Alături de tuse, alergiile nazale produc frecvent congestii şi secreţie nazală. Alergiile nazale sunt mai frecvente pe vreme caldă în sezonul polenului.
- **Pneumonia (vezi pag. 490)**
  Pneumonia produce în mod tipic tuse cu spută colorată. De obicei, tusea este însoţită de febră.
- **Fumatul pasiv (vezi pag. 81)**
  Când căile aeriene ale copilului sunt iritate prin inspirul de fum de ţigară, tusea este frecventă, în special la copiii cu astm bronşic.
- **Sinuzitele (vezi pag. 687)**
  Copiii mai mari pot prezenta infecţii bacteriene ale sinusurilor, deşi nu la fel de frecvent ca adulţii. Tusea care însoţeşte sinusurile pline sau dureroase poate fi asociată cu sinuzita.

Scăderea auzului

Scăderea auzului poate fi datorată unei simple scăderi de atenţie a copilului sau poate fi asociată cu una dintre următoarele afecţiuni:

- **Lichid în urechea medie (vezi „Infecţiile urechii medii", pag. 668, şi „Infecţiile cronice ale urechii", pag. 670)**
  Cea mai frecventă cauză de scădere a auzului este acumularea de lichid în spatele timpanului, în urechea medie, care duce la diminuarea auzului în urechea respectivă. Acumularea de lichid se poate datora unei infecţii a urechii medii (otită medie).
- **Lezarea sau disfuncţia nervului auditiv (vezi „Probleme de auz", pag. 219 şi 233)**
  Bolile infecţioase sau malformaţiile congenitale ale nervului care transmite semnalele auditive pot provoca surditate. Scăderea auzului se poate datora, de asemenea, zgomotelor foarte puternice.
- **Auzul selectiv**
  Aceasta este o stare care apare la vârste diferite. Când copilul este concentrat asupra unui lucru sau nu este interesat de subiectul în discuţie, el poate crea impresia că este surd.

Diareea

Diareea este frecventă în copilărie şi adesea este datorată uneia dintre următoarele afecţiuni:

- **Reacţia la antibiotice (vezi „Diareea asociată cu antibioticele", pag. 870)**
  Antiobioticele pot distruge bacteriile care în mod normal trăiesc în tractul digestiv, înlocuindu-le cu bacterii producătoare de diaree. Peste 20% dintre persoanele care primesc tratament cu antibiotice se confruntă cu această problemă. De obicei, diareea este blândă şi durează puţin. Uneori, poate apărea o infecţie gravă a colonului, cauzând diaree severă.
- **Fibroza chistică (vezi pag. 814)**
  Absorbţia inadecvată a principiilor alimentare datorată acestei afecţiuni poate produce scaune moi, grase, şi urât mirositoare.
- **Tulburările de alimentaţie (vezi pag. 242)**
  Tulburările de alimentaţie sunt frecvente la adolescenţi. Anorexia nervoasă şi bulimia se asociază cu autoinducerea vărsăturilor şi utilizarea de laxative ca mijloace de scădere în greutate. Laxativele produc diaree.
- **Gastroenteritele (vezi „Infecţiile gastrointestinale", pag. 866, şi „Diareea", pag. 212)**
  Copiii fac frecvent infecţii intestinale datorate unui virus, mai rar, unei bacterii sau parazit. Diareea se opreşte de obicei în 1-2 zile. Diareea asociată cu febră şi scaune sangvinolente trebuie tratată de urgenţă de către medic.
- **Boala inflamatorie a intestinului (vezi pag. 874)**
  Această boală este mai frecventă la adolescenţi faţă de copiii mai mici. Boala inflamatorie a intestinului este o afecţiune cronică şi este asociată adesea de diaree cu sânge, pierdere în greutate, crampe abdominale şi alte simptome.
- **Ocluzia intestinală (vezi pag. 884 şi „Afecţiuni congenitale digestive şi respiratorii", 179)**
  Blocajul datorat răsucirii sau telescopării unei porţiuni de intestin poate produce vărsături, diaree sau constipaţie, ca şi durere abdominală.
- **Tulburări de malabsorbţie (vezi pag. 871)**
  Diareea cronică îşi poate avea originea în incapacitatea de digestie a zahărului din sânge (lactoza) sau într-o sensibilitate intestinală la proteinele din alimentaţie cum este glutenul din grâu şi alte cereale. Alte semne şi simptome includ: durere abdominală şi balonare. Unii copii şi adolescenţi nu pot tolera sorbitolul, un substituent de zahăr (care se găseşte în multe alimente).

Durerea de urechi

Durerea de urechi (otalgia) este foarte frecventă în copilărie şi apare, de obicei, în asociere cu răcelile la cap. Alte cauze ale durerilor de urechi include următoarele afecţiuni:

- **Infecţiile urechii (vezi pag. 173 şi 214)**
  Infecţiile urechii medii (otitele medii) sunt frecvente la copiii cu vârste între 4 luni şi 4 ani. Alături de durerea de urechi, alte semne şi simptome comune includ: tulburări de somn, iritabilitate şi febră. Copiii mai mari se pot plânge de otalgie şi senzaţia de ureche înfundată.
- **Traumatismele urechii (vezi „Perforarea timpanului", pag. 666)**
  Traumatismele otice care produc durere severă cu scurgere de sânge din ureche necesită consult medical de urgenţă.
- **Urechea înotătorului (vezi „Infecţiile urechii externe", pag. 664)**
  Această afecţiune este produsă de o infecţie a conductului auditiv extern. Mişcarea urechii sau presiunea pe orificiul extern al conductului auditiv provoacă durere. Afecţiunea este mai frecventă la copiii care practică înotul.

Disconfortul ocular şi ochiul roşu

Colorarea în roşu sau roz a ochiului este adesea asociată cu infecţia oculară, dar poate avea şi alte cauze.

- **Alergiile (vezi „Alergiile respiratorii", pag. 527)**
  Alergenii din aer, de exemplu polenul, praful sau fumul, pot produce prurit şi colorarea în roz a ochiului.
- **Consumul de marijuana (vezi pag. 93)**
  Ochiul roşu cronic poate fi asociat cu fumatul de marijuana.
- **Ochiul roz (vezi „Conjunctivitele", pag. 642)**
  Albul ochilor (sclerotica) poate căpăta o culoare roz. Alte simptome includ: pruritul şi senzaţia de nisip cu clipiri frecvente.
- **Fumatul pasiv (vezi pag. 81)**
  Fumul de ţigară poate irita ochii copiilor, aşa cum produce şi tulburări respiratorii.

Durerea de cap

O durere de cap (cefalee) uşoară nu este neobişnuită la un copil, în special în anii adolescenţei. Totuşi, durerea de cap persistentă şi severă necesită atenţie medicală imediată. Cefaleea poate fi asociată cu una din următoarele afecţiuni:

- **Tulburări datorate lipsei de atenţie**
  Dacă un părinte are cefalee, un copil mic se poate plânge acestuia de durere de cap pentru a căpăta atenţie sau sprijin.
- **Cefaleele (vezi pag. 217 şi 233)**
  Şcolarii şi adolescenţii pot prezenta cefalee de tip tensiune sau migrene, deşi nu atât de frecvent ca adulţii. Cefaleea poate fi asociată cu o infecţie sau cu alte cauze, de exemplu stresul sau o reacţie la medicamente.
- **Creşterea presiunii intracraniene (vezi „Afecţiuni structurale", pag. 582, „Hematomul subdural", pag. 572, şi „Hemoragia epidurală", pag. 575)**
  Traumatismele sau unele afecţiuni pot duce la creşterea presiunii intracraniene provocând cefalee, vărsături şi alte semne şi simptome.
- **Traumatismele gâtului (vezi „Durerea la nivelul gâtului", pag. 959)**
  O durere la nivelul capului îşi poate avea originea la nivelul gâtului.
- **Fobia de şcoală (vezi pag. 200 şi 239)**
  Un copil care se teme de sau încearcă să evite şcoala se poate plânge de o cefalee descrisă vag şi care dispare brusc dacă este oprit acasă. Durerea de cap nu este asociată cu nici un alt semn de îmbolnăvire.
- **Sinuzitele (vezi pag. 687)**
  Congestia sinusurilor sau infecţia acestora poate produce cefalee care este, în mod caracteristic, însoţită de durere sinusală sau durere facială sau senzaţia de presiune la aplecare.

Durerile musculare şi articulare

La copii, durerile musculare şi articulare sunt adesea legate de stilul de viaţă activ al acestuia sau de una dintre următoarele afecţiuni:

- **Dureri de creştere (vezi pag. 217)**
  Este incertă producerea durerii datorită creşterii oaselor lungi ale membrelor. În timpul anilor când copilul are o rată rapidă de creştere, cel mai frecvent motiv pentru care copilul se plânge de dureri musculare şi articulare este, pur şi simplu stilul său de viaţă foarte activ, ceea ce face ca muşchii şi scheletul să fie folosiţi excesiv. De aceea, uneori acest fenomen se numeşte sindromul de suprasolicitare.

Febra

Fiecare copil trăieşte la un moment dat un puseu de febră. Febra poate fi asociată cu o infecţie în orice parte a organismului. Subfebrilitatea apare frecvent mai ales în infecţiile căilor aeriene superioare, cum este răceala comună, dar nu creează probleme.

O febră mare (39 C sau mai mult) poate sugera o infecţie mai gravă, în special dacă persistă. Solicitaţi imediat consult medical.

Când febra durează o perioadă mai lungă (cronică) sau este recidivantă, fără a fi evidente semnele unei infecţii, medicul poate bănui alte afecţiuni care se însoţesc de febră. Acestea includ: afecţiunile reumatice, unele boli vasculare sau cancerul.

- **Afecțiunile reumatice (vezi „Poliartrita reumatoidă juvenilă", pag. 1004)**
  Poliartrita reumatoidă a copilului și afecțiunile înrudite pot produce durerea, rigiditatea și inflamarea articulațiilor.
- **Luxațiile (vezi pag. 957)**
  Durerea apare când se fac mișcări într-o articulație dincolo de limitele acesteia, când ligamentele se întind sau se rup. Este însoțită frecvent de tumefierea articulației.
- **Tendinitele (vezi pag. 992)**
  Mișcările repetitive, cum sunt cele făcute de un sportiv sau de un muzician ce cântă la un instrument, pot irita și inflama unul sau mai multe tendoane. În plus față de durere, articulația poate fi rigidă și sensibilă la atingere.

Congestia nazală

Nasul „înfundat" este o manifestare frecventă în copilărie. Congestia nazală poate fi produsă de o multitudine de probleme.

- **Răceala comună (vezi pag. 487)**
  Semnele și simptomele frecvente ale răcelii includ: congestia nazală, eliminarea unui mucus de culoare gri, limpede, și stare subfebrilă. Alte semne și simptome pot fi iritabilitate, pierderea apetitului și tulburări de somn.
- **Hipertrofia vegetațiilor adenoide (vezi „Amigdalectomia și adenoidectomia", pag. 691)**
  Sforăitul este cel mai frecvent simptom al hipertrofiei vegetațiilor adenoide. În plus față de nasul „înfundat", hipertrofia adenoidiană poate produce o voce nazală.
- **Sinuzitele (vezi pag. 687)**
  Congestia nazală prelungită cu secreție nazală verzuie sau gălbuie, durere facială, cefalee, respirație urât mirositoare, tuse și stare subfebrilă sunt semnele și simptomele comune ale sinuzitei.

Gâtul inflamat

Un gât roșu, ocazional apărut, face parte din dezvoltarea copilului. Dar nu toate sunt banale. Un gât inflamat la copil poate fi asociat cu una dintre următoarele afecțiuni:

- **Răceala comună (vezi pag. 487)**
  O infecție de căi aeriene superioare, cum este răceala, este cea mai frecventă cauză de gât roșu. Alte semne și simptome pot include: tusea, secreție nazală, prurit faringian și voce răgușită.
- **Roșul în gât (vezi pag. 491)**
  Roșul în gât este cea mai comună infecție bacteriană a gâtului, ce apare în special la copiii cu vârste între 5 și 15 ani. Alte semne și simptome însoțitoare includ: febră, cefalee, dureri abdominale și hipertrofia ganglionilor limfatici cervicali.
- **Infecțiile gâtului (vezi „Gâtul inflamat", pag. 690)**
  Bacteriile sau virusurile pot produce o infecție dureroasă a gâtului. Chiar în cazul în care copilului i s-a făcut amigdalectomie, gâtul se poate infecta, apărând semne și simptome asemănătoare celor din amigdalită.
- **Amigdalitele (vezi pag. 691)**
  Amigdalitele (tonsilitele) reprezintă infecția amigdalelor. Alte semne și simptome include: greutate la înghițit, dureri abdominale și febră.

Probleme urinare

Problemele urinare pot fi asociate cu afecțiuni care pot fi blânde până la severe. Problemele urinare la copil sunt frecvent legate de una din următoarele afecțiuni:

- **Diabetul zaharat (vezi pag. 1018)**
  Primele semne și simptome ale diabetului zaharat la copil includ, în general, senzația de sete și urinarea frecventă, cu eliminarea unei cantități mari de urină.
- **Incontinența urinară după învățarea folosirii toaletei (vezi „Enurezisul", pag. 211)**
  Dacă un copil care a învățat să folosească toaleta începe să urineze în pat, fie trecerea timpului, fie intervenția medicală pot rezolva problema. Pierderea involuntară de urină în timpul zilei trebuie investigată de un medic.
- **Infecțiile tractului urinar (vezi pag. 218 și 234)**
  Urinarea frecventă sau dureroasă poate fi asociată cu o infecție a tractului urinar. Alte semne și simptome pot include: modificări de culoare ale urinei, dureri abdominale, febră și frisoane.
- **Modificări de culoare ale urinei (vezi „Traumatisme și inflamații", pag. 935 și „Infecțiile de tract urinar", pag. 940)**
  Unele afecțiuni ale rinichiului, de exemplu infecțiile, inflamațiile sau traumatismele, pot produce închiderea la culoare a urinei. Poate apărea, de asemenea, tumefierea (edeme) la nivelul feței și picioarelor.

Tulburări de vedere

Diagnosticarea problemelor vizuale la copiii foarte mici poate fi dificilă. Pe măsură ce copiii cresc, pot apărea mai frecvent unele dintre aceste tulburări.

- **Vedere neclară (încețoșată) (vezi „Probleme frecvente ale vederii", pag. 622).**
  Copiii de vârstă școlară pot dezvolta afecțiuni oculare care să necesite lentile corectoare. Copilul se poate plânge de tulburări ale vederii și poate prezenta strabism pentru a-și îmbunătăți vederea.
- **Deficiențe de vedere colorată (vezi „Cecitatea cromatică", pag. 639)**
  Această afecțiune ereditară apare de obicei la sexul masculin. De obicei, persoanele cu această afecțiuni au greutăți în recunoașterea culorilor roșu sau verde, sau amândouă.
- **Vederea dublă (diplopia)**
  Vederea dublă poate apărea dintr-o multitudine de cauze, unele dintre ele foarte grave. Consultați imediat medicul.
- **Tulburări de aliniere a ochilor (vezi pag. 640)**
  Ochii nu se mișcă în paralel. În schimb, unul se mișcă înspre afară sau înspre interior, fie constant, fie intermitent.

Vărsăturile

Vărsăturile la sugari şi copiii mici sunt adesea legate de mese prea copioase sau de infecţii intestinale blânde. Pot apărea şi din următoarele cauze:

- **Malformaţii congenitale (vezi „Afecţiuni congenitale digestive şi respiratorii", pag. 179)**
  Formarea incompletă sau incorectă a intestinului subţire poate apărea la extremitatea superioară sau la cea inferioară a acestuia, ducând la apariţia vărsăturilor sau a constipaţiei.
- **Tulburări de alimentaţie (vezi pag. 242)**
  Tulburările de alimentaţie sunt mai frecvente la adolescenţi. Anorexia nervoasă şi bulimia sunt asociate cu autoinducerea vărsăturilor ca modalitate de pierdere în greutate.
- **Alimentaţia în exces (vezi „Eructaţia şi vărsăturile", pag. 169)**
  Unii sugari mănâncă mai mult decât le permite stomacul, putând să eructeze excesul.
- **Gastroenteritele (vezi „Infecţiile gastro-intestinale", pag. 866)**
  Copiii prezintă frecvent infecţii ale stomacului sau ale intestinului subţire produse de virusuri sau, mai rar, de bacterii şi de paraziţi. Semnele şi simptomele frecvent întâlnite includ greţuri, vărsături, dureri abdominale şi diaree. De obicei, se remit în 1-2 zile. Dacă nu se întâmplă aşa, solicitaţi consult medical.

Wheezing-ul

O respiraţie dificilă, cu sunete ascuţite – de obicei pe timpul expiraţiei – poate reprezenta un astm bronşic. Dar o veche vorba spune: „Nu toate respiraţiile dificile sunt astm". O multitudine de probleme pulmonare sau ale căilor aeriene pot produce wheezing.

- **Astmul bronşic (vezi pag. 532)**
  Wheezing-ul din astmul bronşic este însoţit frecvent de dificultăţi la respiraţie, senzaţie de constricţie toracică şi tuse. Poate fi declanşat de alergii, infecţii respiratorii, aer rece sau efort fizic.
- **Bronşiolita (vezi pag. 797)**
  Cele mai mici căi aeriene din plămâni (bronşiolele) pot fi infectate cu un virus, putând produce wheezing, tuse şi respiraţii frecvente. Afecţiunea este diferită de bronşită, care la copii produce frecvent crup.
- **Hiperventilaţia (vezi pag. 353)**
  În cazul în care copilul este excitat, anxios sau înfricoşat, respiră foarte repede, producând un sunet asemănător wheezing-ului.
- **Infecţiile cu virusul sinciţial respirator (vezi pag. 799)**
  Această infecţie respiratorie, cunoscută ca RSV, apare mai frecvent la copiii sub 4 ani. În plus faţă de wheezing, produce congestia nasului sau secreţie nazală abundentă, tuse şi stare subfebrilă. ■



IV

PARTEA a PATRA

Primul ajutor și asistența de urgență

Primul ajutor şi asistenţa de urgenţă

Urgenţele sunt destul de rare, însă atunci când apar, nu aveţi prea mult timp să vă documentaţi despre manevrele de prim ajutor. Pentru a reacţiona corespunzător este bine să ştiţi cum anume să acţionaţi atunci când o persoană pare traumatizată, pare să aibă o stare intensă de rău sau de stres acut. Abilităţile dumneavoastră pot, la un moment dat, să salveze de la moarte un alt om. În acest capitol sunt prezentate informaţii valoroase despre felul în care trebuie să reacţionăm în diferite situaţii de urgenţă. Puteţi, de asemenea, să urmaţi un curs specializat de prim ajutor pentru a deprinde abilităţi de salvare a vieţii de tipul manevrei Heimlich, resuscitării cadiorespiratorii, precum şi cum să acţionaţi în cazul unui atac de cord sau unui traumatism. Pentru mai multe informaţii despre cursurile de prim ajutor organizate de comunitatea în care trăiţi adresaţi-vă spitalului local, Biroului de Cruce Roşie, Biroul serviciilor de urgenţă locale sau consultaţi capitolul despre Asociaţia Cardiologică Americană.

Semnele de alarmă ale urgenţelor medicale

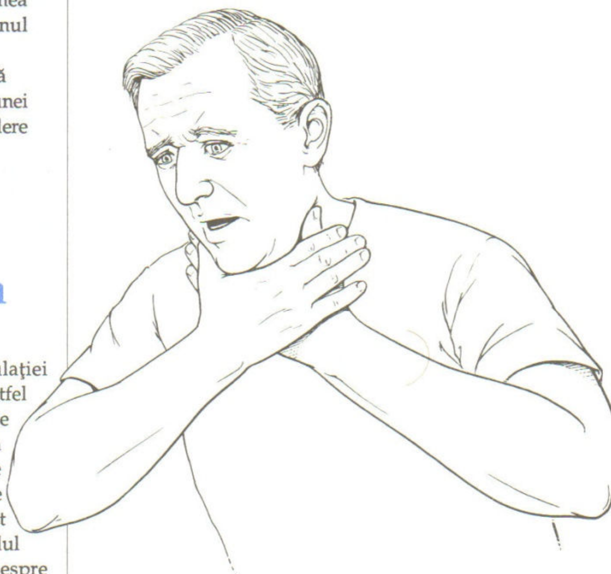
Dacă prezentaţi vreunul dintre următoarele semne sau simptome, telefonaţi la salvare sau deplasaţi-vă imediat la secţia de urgenţe a celui mai apropiat spital:

- Durere bruscă sau severă
- Durere sau senzaţie de presiune în regiunea abdominală superioară, care poate fi semnul unui atac de cord
- Dificultăţi de respiraţie sau respiraţie sacadată
- Ameţeală instalată brusc sau debutul brusc al unei dureri severe de cap sau al unei tulburări de vedere
- Slăbiciune bruscă sau paralizie parţială
- Vomă sau diaree severe sau persistente
- Hemoragii severe
- Gânduri de sinucidere sau omucidere

Sufocarea şi manevra Heimlich

Sufocarea este produsă de blocarea circulaţiei aerului prin laringe sau trahee. Este oprită astfel circulaţia aerului spre plămâni. În acest fel este blocată irigarea cu sânge bogat în oxigen a creierului şi a altor organe. Dacă nu se intervine prompt, acest lucru poate fi fatal. Sufocarea se datorează adesea unei bucăţi mari de aliment incomplet mestecat care rămâne blocată la nivelul laringelui sau traheei. Adesea este vorba despre alimente solide pe tipul cărnii. Sufocarea apare adesea atunci când o bucată mare de aliment este mestecată în timp ce persoana respectivă vorbeşte. Dinţii falşi pot, de asemenea, creşte riscul de sufocare deoarece aceştia modifică oarecum modul de percepţie tactilă a alimentelor din cavitatea bucală, determinând erori în aprecierea gradului de mestecare al alimentelor.

Semnul universal în cazul sufocării



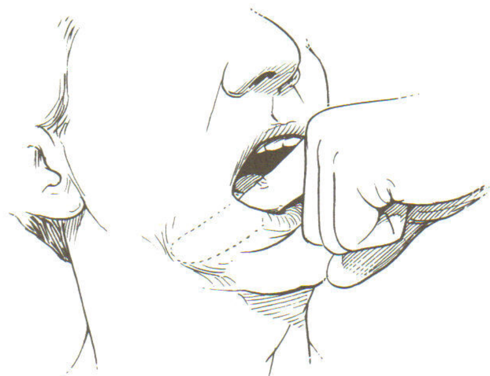
O persoană care se sufocă nu mai poate comunica decât prin mişcări ale mâinilor. Deseori mişcările mâinilor şi braţelor sunt necoordonate. Este important ca atât victima cât şi salvatorul să cunoască semnul universal pentru sufocare şi anume: mâinile încrucişate pe gât cu degetele în exensie.

Manevra Heimlich



Manevra Heimlich se va efectua în cazul unei obstrucţii complete sau aproape complete a căilor aeriene.

Folosirea degetului pentru scoaterea corpului străin.



Cea mai simplă metodă de dezobstrucţie a căilor aeriene este de a introduce un deget în gât, la nivelul laringelui şi de a trage afară corpul străin, dacă acesta este acesibil.

În plus, cei cu dinţi falşi nu pot mesteca la fel de bine mâncarea ca cei cu dantură naturală deoarece dinţii falşi exercită o presiune mai mică asupra alimentelor. Alte cauze frecvente de sufocare sunt:

- consumul de alcool înainte sau în timpul mesei. Fiind un sedativ, alcoolul afectează nervii care vă ajută să vă daţi seama cât de bine mestecată este mâncarea şi care vă ajută să înghiţiţi;
- mâncatul prea rapid;
- râsul sau vorbitul precipitat în timpul mâncatului;
- mâncatul în timpul mersului, alergatului sau jocului.

Frecvent, una din primele reacţii ale persoanei care se sufocă este panica. Faţa persoanei respective are adesea o expresie de teroare iar apoi devine vânătă sau pământie, pe măsură ce persoana încetează să mai respire. Persoana respectivă poate horcăi sau gâfâi.

Tuşit vs. sufocare

Dacă o bucăţică de mâncare „o ia pe partea greşită", reflexul de tuse va rezolva adesea rapid problema. O persoană care poate să tuşească spontan şi are o culoare normală a feţei nu este în pericol de sufocare. Dar, dacă tusea este mai mult spasmodică, persoana respectivă probabil se sufocă şi are nevoie de ajutor imediat. Puneţi persoana care se sufocă să vorbească cu dumneavoastră. Dacă aceasta poate vorbi, înseamnă că nu este vorba de o blocare completă a căilor aeriene, oxigenul ajungând la plămâni.

Dezobstrucţia căilor respiratorii

Aţi văzut aceste manevre în afişe sau la televizor dar nu ştiţi să efectuaţi manevra Heimlich în cazul unei persoane care se sufocă? Această manevră este probabil cea mai cunoscută tehnică de dezobstrucţie a căilor aeriene. Ea trebuie efectuată doar în cazul unei persoane ce prezintă un blocaj complet sau aproape complet al căilor aeriene. Ca indicatori pentru această situaţie de sufocare este imposibilitatea persoanei respective de a vorbi, pierderea conştienţei sau icnetele. Faţa persoanei respective poate deveni vânătă, cenuşie sau pământie.

Pentru efectuarea manevrei Heimlich:

1. staţi în spatele victimei şi încolăciţi-vă braţele în jurul taliei persoanei respective. Împingeţi persoana uşor în faţă.
2. poziţionaţi-vă pumnul uneia dintre mâini chiar deasupra ombilicului.
3. apucaţi pumnul cu cealaltă mână şi apăsaţi puternic pe abdomenul victimei, cu o mişcare ascensională bruscă, ca şi cum aţi vrea să ridicaţi persoana. Această mişcare va ascensiona diafragmul, exercitând presiune asupra plămânilor şi determinând scoaterea forţată a aerului din plămâni.
4. repetaţi această manevră până la dislocarea alimentului sau corpului străin.

Şi alte tehnici de dezobstrucţie a căilor aeriene blocate pot fi eficiente în anumite situaţii dar mai întâi stabiliţi dacă persoana respectivă este într-adevăr incapabilă să mai respire.

Dezobstrucţia căilor respiratorii prin folosirea unui deget

Cel mai uşor mod de dezobstrucţie a căilor respiratorii este de a introduce un deget în gât, la nivelul peretelui posterior al laringelui şi de a scoate corpul străin care produce blocajul respirator. Deseori, obstacolul este mult prea jos în căile respiratorii pentru a putea fi văzut. Dar, dacă poate fi văzut, introduceţi un deget la nivelul laringelui persoanei afectate şi încercaţi să scoateţi obstacolul. Această metodă este eficientă doar dacă obstacolul este localizat la nivelul laringelui, în porţiunea superioară a acestuia şi trebuie efectuată doar dacă obstacolul este vizibil. Fiţi atent să nu împingeţi mâncarea sau corpul străin mai jos în laringe, lucru ce se poate uşor întâmpla în cazul copiilor mici.

Degajarea propriilor căi aeriene

Dacă v-aţi înecat şi începeţi să vă sufocaţi, şi nu este nimeni altcineva prin preajmă pentru a vă ajuta, efectuaţi-vă următoarea variantă a manevrei Heimlich:

1. Plasaţi unul dintre pumni deasupra ombilicului.
2. Apucaţi-vă pumnul cu cealaltă mână şi aplecaţi-vă pe o suprafaţă dură- de exemplu spătarul unui scaun.
3. Împingeţi-vă pumnul spre interior şi spre în sus.



Dacă nu puteţi fi ajutat de altcineva, puteţi să vă efectuaţi singuri manevra Heimlich.

Degajarea căilor aeriene în cazul unei gravide sau al unei persoane obeze

Abdomenul unei gravide sau al unei persoane obeze poate fi un obstacol în efectuarea eficientă a manevrei Heimlich. Poziţionaţi-vă mâinile la baza sternului chiar deasupra articulaţiei cu ultima coastă. Procedaţi la fel ca în cazul manevrei Heimlich, apăsând puternic în torace printr-o mişcare rapidă, bruscă. Repetaţi până la degajarea obstacolului sau până când persoana respectivă îşi pierde conştienţa.

Pentru eliberarea căilor aeriene ale unei persoane ce şi-a pierdut conştienţa şi care este culcată pe spate, aşezaţi-vă deasupra ei şi exercitaţi o presiune ascendentă la nivelul abdomenului.

Degajarea căilor aeriene în cazul unei persoane ce şi-a pierdut conştienţa

Dacă persoana afectată şi-a pierdut conştienţa, culcaţi persoana cu faţa în sus, uitaţi-vă în cavitatea bucală şi încercaţi extragerea corpului străin cu ajutorul unui deget. Pentru a degaja căile aeriene ale unei persoane inconştiente ce este culcată pe spate, aşezaţi-vă peste persoana respectivă şi, poziţionând mâinile în etajul abdominal superior, exercitaţi o presiune în direcţie ascendentă. În momentul în care o persoană devine inconştientă, relaxarea musculaturii poate permite eliberarea corpului străin de la nivelul laringelui. În caz contrar, începeţi resuscitarea cardio-respiratorie. Compresia toracică efectuată în cadrul resuscitării cardio-respiratorii poate, de asemenea, disloca corpul străin. Ori de câte ori efectuaţi respiraţia gură la gură, uitaţi-vă mai întâi dacă nu există un corp străin blocat în laringele persoanei respective. Dacă observaţi vreun obiect, încercaţi să-l extrageţi.

Degajarea căilor aeriene în cazul unui sugar ce se sufocă

Dacă un sugar se asfixiază, aşezaţi-vă şi ţineţi sugarul cu faţa în jos pe antebraţul dumneavoastră, care se sprijină relaxat pe coapsa dumneavoastră. Bateţi uşor, de 5 ori, spatele sugarului, în regiunea mijlocie, folosindu-vă podul palmei. Asocierea dintre efectul gravitaţiei şi tapotajul spatelui va ajuta la degajarea corpului străin. Dacă tapotajul este ineficient, menţineţi



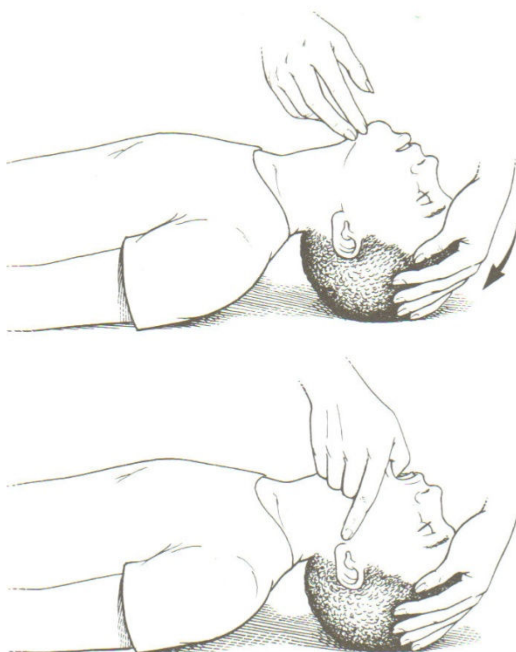
O uşoară bătaie pe spate poate ajuta la degajarea căilor respiratorii ale unui sugar care se sufocă.

sugarul cu faţa în sus, pe antebraţul dumneavoastră, cu capul mai jos decât trunchilul. Poziţionaţi 2 degete la nivelul sternului sugarului apoi efectuaţi 5 compresii toracice rapide. Dacă sugarul nu-şi reia respiraţia, repetaţi tapotajul spatelui şi compresiile toracice. Telefonaţi după ajutor medical de urgenţă. Dacă reuşiţi degajarea căilor respiratorii cu vreuna dintre tehnicile menţionate, dar sugarul nu-şi reia respiraţia, începeţi respiraţia gură la gură.

Resuscitarea cardio-respiratorie

Resuscitarea cardio-respiratorie (RCR) este o tehnică de salvare a vieţii utilă într-o mare varietate de urgenţe de tipul atacului de cord sau înecului, situaţii în care persoana este inconştientă şi nu mai respiră. Înainte de începerea resuscitării, asiguraţi-vă dacă persoana este realmente inconştientă şi nu mai respiră. Puteţi leza o persoană resuscitând-o dacă nu are nevoie. Când inima se opreşte, absenţa aportului de sânge oxigenat poate determina leziuni iremediabile cerebrale doar în câteva minute, iar moartea poate surveni în decurs de 8-10 minute. Timpul este foarte valoros atunci când ajutaţi o persoană care este inconştientă şi nu mai respiră. Dacă sunteţi singur, primul lucru pe care trebuie să-l faceţi este să telefonaţi după ajutor medical de urgenţă. Apoi începeţi manevrele de resuscitare. Dacă nu sunteţi singur, puneţi cealaltă persoană să telefoneze după ajutor în timp ce dumneavoastră verificaţi dacă persoana aflată în stare de inconştienţă mai respiră. Dacă nu mai respiră, începeţi resuscitarea cardio-respiratorie.

Resuscitarea cardio-respiratorie



Pentru a efectua o resuscitare cardio-respiratorie, extindeţi capul pacientului spre spate şi apoi ridicaţi-i bărbia pentru a degaja căile respiratorii.

Resuscitarea cardio-respiratorie la adult

Asociaţia Cardiologică Americană, cea care impune standardele referitoare la resuscitarea cardio-respiratorie, denumeşte cele trei etape ale intervenţiei foosind primele trei litere ale alfabetului ABC: A pentru căile respiratorii, B pentru respiraţie şi C pentru circulaţie. Cele trei etape sunt descrise, în ordine, în cele ce urmează:

A: degajarea căilor respiratorii

Există mai multe moduri în care puteţi degaja căile respiratorii ale victimei, însă primul pas este evaluarea.

1. Asiguraţi-vă că persoana în stare de inconştienţă nu cumva se odihneşte sau doarme pur şi simplu. Bateţi persoana ferm pe umăr sau zgâlţâiţi-o şi întrebaţi-o cum se simte.
2. Dacă nu primiţi nici un răspuns chemaţi ajutor de urgenţă. Dacă sunteţi singur, căutaţi un telefon şi sunaţi pentru ajutor înainte de a începe resuscitarea, numai dacă persoana nu este mai mică de 8 ani. În acest caz, începeţi imediat resuscitarea. Dacă nu sunteţi singur, puneţi cealaltă persoană să sune după ajutor în timp ce dumneavoastră începeţi imediat resuscitarea.
3. Aşezaţi persoana pe spate. Dacă este nevoie, rostogoliţi persoana până când aceasta ajunge cu faţa în sus. Poziţionaţi-vă în genunchi, în unghi drept faţă de persoana respectivă, în apropierea gâtului şi umerilor acesteia.
4. Extindeţi-i capul pe spate şi ridicaţi-i bărbia. Aceasta este prima manevră de degajare a căilor

respiratorii. Plasaţi-vă palma pe fruntea victimei şi împingeţi-o cu uşurinţă spre spate apoi, cu cealaltă mână, ridicaţi-i bărbia pentru degajarea căilor respiratorii. În stare de inconştienţă muşchii se relaxează şi limba poate fi o cauză obişnuită de obstrucţie a căilor aeriene. Deoarece limba este în legătură cu mandibula, extinderea capului spre spate şi ridicarea bărbiei vor poziţiona limba astfel încât să nu blocheze căile respiratorii.

Dacă suspectaţi o leziune a coloanei cervicale, realizaţi o alt fel de împingere a mandibulei, fără extinderea capului spre spate. Plasaţi-vă mâinile de o parte şi de alta a feţei persoanei, cu degetele mari pe pometi, fără să împingeţi şi trageţi bărbia persoanei respective spre faţă cu ajutorul degetelor dumneavoastră arătătoare. Examinaţi gura şi laringele pentru a exclude prezenţa unui corp străin. Dacă este prezent, extrageţi-l cu ajutorul unui deget.

Verificaţi dacă victima mai respiră, poziţionându-vă urechea chiar peste gura persoanei respective. Uitaţi-vă la toracele persoanei respective pentru a observa ridicarea şi coborârea lui în timpul respiraţiei. Încercaţi să ascultaţi sunetele respiratorii. Încercaţi să simţiţi suflul victimei pe faţa dumneavoastră. Dacă nu există semne că persoana ar respira, începeţi imediat respiraţia gură la gură.

B: asigurarea respiraţiei

Dacă nu aveţi la dispoziţie ajutor medical profesional sau echipament de urgenţă, respiraţia gură la gură este cel mai bun mod de a restabili circulaţia aerului spre plămâni.

1. Principiul de bază al respiraţiei gură la gură este simplu: respiraţi dumneavoastră pentru persoana care nu o poate face. Expiraţi, golind plămânii dumneavoastră de aer în cei ai victimei, prin gura acesteia. Dacă gura victimei este lezată sau nu poate fi deschisă, expiraţi aerul în nasul persoanei respective.
2. Poziţionaţi-vă în unghi drept faţă de umărul persoanei respective. Efectuaţi manevra de extindere pe spate a capului şi ridicare a bărbiei şi pensaţi nasul victimei între degetul dumneavoastră mare şi cel arătător. Acest lucru va preveni scăparea prin nasul victimei a aerului insuflat de dumneavoastră.
3. Inspiraţi adânc. Deschideţi larg gura şi aplicaţi-o strâns peste gura victimei. Depărtaţi-vă gura de cea a victimei, inhalaţi şi repetaţi manevra. Insuflaţi lung de două ori. Urmăriţi la fiecare insuflare toracele victimei, pentru a vedea dacă aerul pe care-l insuflaţi determină efectiv expansiunea plămânilor victimei. Asiguraţi-vă că lăsaţi persoana să expire înainte de a-i insufla din nou aer în plămâni. Dacă abdomenul persoanei este excesiv de bombat, căile aeriene pot fi blocate sau aţi insuflat prea lung.
4. Verificaţi semmnle de circulaţie a aerului de tipul respiraţiei, tusei sau mişcărilor. Acest lucru nu ar trebui să dureze mai mult de 10 secunde. Înainte, se recomanda şi verificarea pulsului însă studiile arată că procedând aşa se pierde deseori prea mult timp şi oamenii nu pot întotdeauna să determine corect prezenţa pulsului.
5. Dacă după aceste manevre nu este prezentă respiraţia, tusea sau mişcarea, începeţi resuscitarea

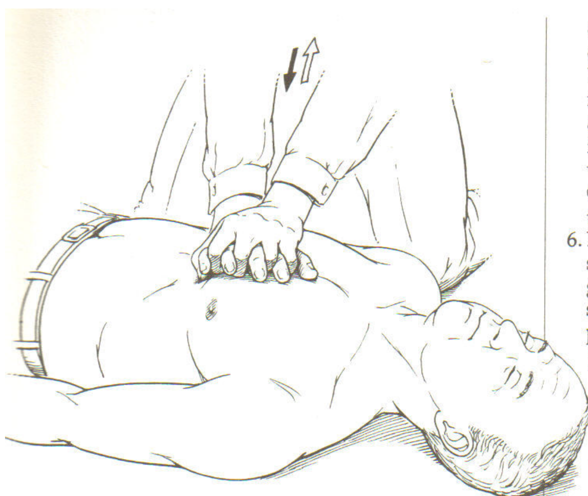




Observaţi, ascultaţi şi simţiţi dacă persoana respectivă respiră (sus). Dacă nu există semne că persoana respiră, începeţi respiraţia gură la gură (mai jos).



Efectuaţi respiraţie gură la nas dacă leziunile gurii sau feţei victimei împiedică respiraţia gură la gură. Ţineţi gura victimei închisă prin ridicarea bărbiei, apoi acoperiţi în întregime nasul victimei cu gura dumneavoastră şi suflaţi aer în nasul acesteia. După ce aţi expirat, luaţi gura din zona respectivă şi permiteţi ieşirea aerului. Repetaţi aceşti paşi în mod continuu şi ritmic, până ce victima îşi reia respiraţia sau până când soseşte ajutorul medical de urgenţă.



Masajul cardiac extern trebuie sincronizat cu respiraţia gură la gură.

Resuscitarea cardio-pulmonară în cazul în care există 2 salvatori

Dacă mai aveţi pe cineva care să vă ajute la resuscitarea cardio-respiratorie, evaluaţi întâi victima. O persoană poate începe resuscitarea cardio-pulmonară în timp ce cealaltă cheamă ajutor medical de urgenţă. Apoi, când şi cea de a doua persoană este disponibilă, începeţi resuscitarea cardio-pulmonară în doi. Aceasta este similară celei practicate de o singură persoană, cu excepţia faptului că o persoană face respiraţie gură la gură şi cealaltă face masajul cardiac extern. Ritmul compresiilor cardiace trebuie să fie de aproximativ 100 pe minut. După 5 compresii, faceţi o pauză pentru a permite celui de-al doilea salvator să insufle o dată aer în căile respiratorii ale victimei.

cardiacă pentru a determina circulaţia sângelui spre creier (vezi „C: restabilirea circulaţiei sângelui"). Dacă persoana prezintă semne de viaţă dar nu respiră, continuaţi respiraţia gură la gură. Folosind aceeaşi tehnică, insuflaţi lung aer în gura victimei, la fiecare 5 secunde-12 insuflări pe minut. Îndepărtaţi-vă gura de pe cea a victimei între două insuflări. Căutaţi semne de respiraţie şi urmăriţi mişcările toracice pentru a fi sigur că aerul destinde plămânii.

6. Dacă persoana respiră dar respiraţia este slabă, superficială sau se face cu efort, respiraţia gură la gură poate fi utilă în continuare. Cu toate acestea, sincronizaţi-vă asistenţa respiratorie cu respiraţia persoanei respective. Insuflaţi în momentul în care persoana inspiră şi permiteţi-i să expire înainte să-i insuflaţi aer din nou.
7. Sunaţi după asistenţă medicală de urgenţă, dacă nu aţi făcut-o deja. Continuaţi respiraţia gură la gură până ce persoana îşi reia respiraţia sau până la venirea ajutorului medical de urgenţă.

C: restabilirea circulaţiei sângelui

Pentru ca oxigenul să ajungă la creier trebuie restabilită circulaţia sangvină. Dacă nu puteţi găsi semne vitale în cazul unei persoane inconştiente, este nevoie de resuscitare cardiacă pentru restabilirea circulaţiei sângelui. Cunoscută şi ca masaj cardiac extern, resuscitarea cardiacă trebuie sincronizată cu respiraţia gură la gură. Insuflarea aerului asigură pătrunderea aerului în plămâni şi masajul cardiac extern pompează aerul oxigenat spre creier şi celelalte părţi ale corpului. Când faceţi respiraţie gură la gură acţionaţi ca un ventilator. Când efectuaţi masajul cardiac extern acţionaţi ca o pompă cardiacă.

1. Acţionaţi din poziţia îngenunchiat, braţele dumneavoastră plasându-se la un unghi de 90^0 faţă de toracele victimei. Puneţi podul unei palme în regiunea de mijloc a toracelui victimei, între mameloane. Cu cealaltă mână, apucaţi prin faţă prima mână, întrepătrunzând degetele. Puteţi, de asemenea, să poziţionaţi pur şi simplu a doua mână deasupra primei, cu degetele extinse. Fiţi atent să nu apăsaţi pe coaste, pentru a nu la fractura sau a nu reduce forţa de compresie.
2. Plasaţi-vă greutatea înainte şi spre în faţă, astfel ca umerii să fie poziţionaţi deasupra mâinilor. Întindeţi-vă braţele şi ţineţi coatele nemişcate. Acest lucru va asigura ca fiecare compresie să fie direcţionată exact în jos spre stern, astfel ca trunchiul victimei să nu se rostogolească. Rostogolirea ar micşora forţa compresiei.
3. Lăsaţi-vă cu toată greutatea în mâini, pentru a deprima toracele victimei- ar trebui să coboare cu 2,25 cm - 5 cm în cazul unui adult – apoi încetaţi presiunea pentru a permite sângelui să umple inima. De fiecare dată când încetaţi presiunea, menţineţi mâinile în contact cu toracele victimei, păstrând poziţia lor. În timp ce comprimaţi toracele victimei, număraţi cu voce tare, efectuând un total de 15 compresii într-un ritm susţinut: 1001, 1002 şi aşa mai departe.
4. Trebuie să furnizaţi şi aer persoanei afectate. Folosiţi aceeaşi tehnică menţionată la respiraţia gură la gură (vezi „B: asiguraţi respiraţia", pasul 3): folosiţi

manevra de extensie pe spate a capului şi de ridicare a bărbiei pentru a deschide căile aeriene. Pensaţi nasul victimei între degetul mare şi cel arătător, astfel ca el să fie închis. Inspiraţi adânc, apoi acoperiţi în întregime gura victimei cu a dumneavoastră. Expiraţi aerul în căile aeriene ale persoanei ce şi-a pierdut conştienţa. Desprindeţi-vă gura de pe cea a victimei, inspiraţi şi repetaţi operaţiunea.

5. Comprimaţi de 15 ori toracele, apoi insuflaţi de două ori aer în căile respiratorii ale victimei. Realizaţi un ritm regulat, numărând cu voce tare. Reevaluaţi respiraţia după 4 cicluri de câte 2 respiraţii şi 15 compresii toracice. Telefonaţi după ajutor medical de urgenţă, dacă nu aţi făcut-o deja. Continuaţi până la sosirea ajutoarelor dacă puteţi, fizic, să faceţi acest lucru.

Resuscitarea cardio-pulmonară la copil

Procedura de resuscitarea a unui copil cu vârsta cuprinsă între 1 şi 8 ani este, în linii mari, aceeaşi cu cea din cazul unui adult. Diferenţele sunt următoarele:

- la masajul cardiac extern folosiţi doar o mână;
- insuflaţi mai uşor aer;
- apăsaţi toracele copilului de 5 ori apoi insuflaţi o dată.

Începeţi imediat resuscitarea, înainte de a chema ajutorul medical de urgenţă. Dacă sunteţi singur, Asociaţia Cardiologică Americană recomandă să efectuaţi manevrele de resuscitare cardio-pulmonară aproximativ un minut înainte să chemaţi ajutor. Ca şi în cazul adulţilor, reevaluaţi starea copilului la fiecare câteva minute.

Resuscitarea cardio-pulmonară la sugar

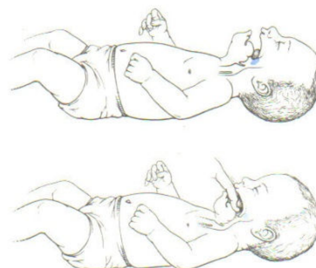
Tehnicile de resuscitare cardio-pulmonară sunt diferite în cazul sugarilor- copii de până la 12 luni de viaţă. Cu toate acestea, scopul este acelaşi: restabilirea oxigenării şi irigării creierului.

Evaluaţi sugarul

Asiguraţi-vă că sugarul nu doarme pur şi simplu. Mişcaţi uşor copilul şi urmăriţi orice răspuns al lui, de exemplu o mişcare. Nu scuturaţi puternic copilul. Dacă acesta nu mai respiră, începeţi imediat resuscitarea cardio-respiratorie. Dacă sunteţi singur, efectuaţi timp de un minut tehnicile de resuscitare înainte să sunaţi după ajutor medical de urgenţă- veţi putea căra copilul cu dumneavoastră la un telefon. Dacă nu sunteţi singur, puneţi cealaltă persoană să sune după ajutor. Este important să sunaţi cât mai repede posibil pentru că majoritatea copiilor care prezintă stop cardio-respirator, au căile respiratorii blocate.

Poziţionaţi sugarul

Poziţionaţi sugarul pe o masă, cu faţa în sus. La fel de bine puteţi să-l întindeţi pe jos, pe podea. Extindeţi cu blândeţe capul sugarului spre spate. Astfel se vor deschide căile respiatorii. Examinaţi gura pentru a depista un eventual corp străin. Verificaţi dacă sugarul respiră poziţionându-vă urechea direct pe gura sugarului şi observând dacă toracele se ridică şi se coboară o dată cu respiraţia. Dacă nu există semne că sugarul respiră, începeţi imediat resuscitarea cardio-respiratorie.



Înainte de a face respiraţie gură la gură unui sugar, extindeţi spre spate capul copilului, pentru a permite intrarea aerului în căile respiratorii (sus). Dacă observaţi mâncare sau un obiect străin în gura sugarului, extrageţi-l cu ajutorul unui deget (dedesubt). Fiţi atent să nu împingeţi mâncarea sau obiectul străin mai adânc în căile aeriene.



Pentru a efectua respiraţie gură la gură unui sugar, acoperiţi gura şi nasul sugarului cu gura dumneavoastră. Umflându-vă obrajii, insuflaţi încet aer, de 2-5 ori.



Pentru a resuscita cardio-pulmonar un sugar, alternaţi compresiile pe toracele copilului cu insuflarea uşoară a aerului.

Insuflaţi uşor aer în căile respiratorii ale copillului

Acoperiţi gura şi nasul copilului cu gura dumneavoastră. Insuflaţi uşor, de 2-5 ori aer, folosind mai degrabă aerul din obraji decât cel din plămâni, fiecare insuflare durând 1-1,5 secunde. Aceste insuflări sunt mai degrabă nişte pufuri decât nişte expiruri adânci. Insuflarea unei cantităţi prea mari de aer poate avea ca rezultat distensia stomacului şi vomă, complicaţii pe care vreţi să le evitaţi. Furnizaţi însă suficient aer, capabil să determine mişcarea de ridicare a toracelui sugarului.

Monitorizaţi semnele de reluare a respiraţiei sau de mişcare

Căutaţi semnele de circulaţie a aerului: respiraţia, tusea sau mişcarea. Acest lucru nu trebuie să vă ia mai mult de 10 secunde. Asociaţia Americană de Cardiologie nu mai recomandă căutarea pulsului. Studiile arată că astfel se pierde timp, mulţi nereuşind să caute corect pulsul.

Sunaţi pentru ajutor medical de urgenţă

Dacă sunteţi singur şi nu aţi sunat după ajutor medical de urgenţă, sunaţi după aproximativ un minut după ce aţi început resuscitarea cardio-respiratorie. Continuaţi respiraţia gură la gură până când copilul îşi reia respiraţia sau până la venirea ajutorului medical.

Începeţi masajul cardiac extern

Pentru a pompa sânge în inima copilului, poziţionaţi-vă indexul şi degetul mijlociu pe sternul copilului. Apăsaţi toracele uşor, nu mai mult de 2,5-3,75 cm. Acţionaţi cu blândeţe. Număraţi cu voce tare în timp ce apăsaţi într-un ritm destul de susţinut. În mare, ar trebui să apăsaţi de aproximativ o dată şi jumătate pe secundă sau de aproximativ 100 de ori pe minut.

Probleme respiratorii

Dificultăţile de respiraţie pot fi produse, în special la copii, de o serie de afecţiuni ale tractului respirator superior. Cele mai frecvente includ: crupul, epiglotita şi bronşita. Wheezing-ul, sunetul produs de aerul ce trece prin căi aeriene îngustate, pote fi comun tuturor acestor 3 afecţiuni şi poate suna asemănător cu cel din astmul bronşic. De fapt, mulţi astmatici prezintă crize astmatice severe când au o infecţie de tract respirator superior sau o bronşită.

Crupul

Crupul este determinat de un virus care afectează laringele, traheea şi bronhiile. El afectează în special copiii cu vârsta cuprinsă între 3 luni şi 5 ani. Semnele şi simptomele crupului sunt: febra, dureri de gât, răguşeală şi tuse. Tusea este adesea asemănătoare unui lătrat (vezi pag. 491).

Epiglotita

Epiglota este un cartilaj ca un capac care acoperă traheea în timpul deglutiţiei. Când se inflamează, afecţiunea poartă numele de epiglotită. Semnele şi simptomele acesteia sunt adesea: senzaţia de gât foarte uscat, febră, răguşeală şi dificultăţi de înghiţire a salivei datorită durerii (vezi pag. 691).

Bronşita

Bronşita este caracterizată de durere şi o senzaţie de încordare în piept. Ea este o afecţiune virală comună a bronhiilor şi a traheei, principalele căi de trecere a aerului spre plămâni. Semnele şi simptomele sunt: tusea, frisoanele, o stare de disconfort general şi o uşoară febră (vezi pag. 797).

Tratament

Când copilul dumneavoastră prezintă vreuna dintre aceste afecţiuni, monitorizaţi atent respiraţia lui deoarece fiecare dintre aceste afecţiuni poate duce la obstrucţia căilor respiratorii, printr-un edem important al ţesutului ce căptuşeşte aceste căi respiratorii. În cazul crupului şi bronşitei menţinerea pacientului într-o atmosferă umedă şi caldă poate ameliora simptomele. Puteţi aşeza copilul în baie, unde puteţi umidifia imediat atmosfera închizând uşa şi umplând cada cu apă fierbinte. Dacă respiraţia devine greoaie, telefonaţi după ajutor medical de urgenţă. Efectuaţi respiraţie gură la gură în cazul în care se opreşte respiraţia.

Puteţi instaura acest ritm numărând: 1001, 1002 ş.a.m.d. Efectuaţi respiraţie gură la gură după fiecare a cincea compresie toracică.

Resuscitarea cardio-respiratorie în diferite urgenţe

Resuscitarea cardio-respiratorie poate salava viaţa în multe situţii de urgenţe medicale. Cele mai frecvente situaţii în care este necesar să să efectueze resuscitare cardio-respiratorie sunt: atacul de cord, criza severă de astm, inhalarea de fum, intoxicaţia cu monoxid de carbon, înecul şi electrocutarea.

Atacul de cord

Atacul de cord se produce când una sau mai multe artere coronare, care asigură irigarea inimii cu sânge oxigenat, se blochează. Deprivate de irigaţia cu sânge, părţi ale muşchiului cardiac mor treptat. Uneori, atacul de cord este precedat de o durere în piept (angină), în timpul sau după un efort fizic sau chiar în repaus. Alteori, atacul de cord are loc în absenţa oricărei dureri în prealabil. Atacul de cord este o urgenţă medicală. Dacă suspectaţi că prezentaţi un atac de cord:

1. Căutaţi ajutor medical de urgenţă. Telefonaţi după ajutor medical de urgenţă sau rugaţi pe cineva să vă ducă la cea mai apropiată unitate de urgenţe medicale. Nu conduceţi dumneavoastră maşina spre spital. Întârzierea instituirii tratamentului medical este o greşeală care costă mii de vieţi anual.
2. În timp ce aşteptaţi venirea ajutorului medical sau în timp ce sunteţi transportat spre spital, mestecaţi şi înghiţiţi o tabletă de aspirină. Aspirina previne blocarea altor cheaguri de sânge în arterele coronare. Mestecarea tabletei înainte de înghiţire îi grăbeşte acţiunea. Dacă sunteţi cu o persoană care a suferit un atac de cord şi aceasta încetează să respire, începeţi resuscitarea cardio-respiratorie.

Criza severă de astm

Persoanele astmatice pot prezenta crize astmatice ocazionale sau mai frecvente. Deseori, medicamentele antiastmatice sunt de ajuns pentru ameliorarea simptomatologiei.

Ocazional însă, pot apărea crize astmatice mult mai severe, chiar ameninţătoare de viaţă. Semnele şi simptomele unei crize astmatice severe pot fi: dificultate extremă de a respira, învineţirea feţei şi buzelor, anxietate severă, puls rapid şi transpiraţie profuză. În cazul unei crize astmatice severe:

1. excludeţi o cauză de sufocare datorită înghiţirii unui corp străin. Persoanele cu astm, ca noi toţi, se pot sufoca datorită unui fragment alimentar sau unui alt corp străin ce blochează căile aeriene;
2. menţineţi-vă calmul;
3. telefonaţi după ajutor medical de urgenţă sau transportaţi persoana la cea mai apropiată unitate de urgenţe;
4. dacă persoana îşi pierde conştienţa, începeţi resuscitarea cardio-respiratorie.

Inhalarea de fum

Focul produce fum care poate conţine substanţe toxice. În cazul arderii produselor de plastic, fibre sintetice, lână, substanţe chimice şi alte substanţe

Este vorba despre un atac de cord?

Un atac de cord poate determina prezenţa unuia sau mai multora dintre următoarele semne şi simptome. Dacă avţi vreunul dintre ele, telefonaţi după ajutor medical de urgenţă.

- Durere toracică intensă, prelungită, descrisă frecvent ca o mare presiune în spatele sternului. Durerea poate iradia dincolo de piept, spre umărul şi braţul stâng, ambele braţe, spre spate şi chiar spre dinţi, mandibulă sau ceafă. Uneori, durerea poate iradia în regiunile respective fără să existe durerea în piept. Alteori, durerea poate fi localizată în etajul abdominal superior, având mai degrabă aspectul unei indigestii severe. Durerea poate debuta brusc sau treptat.
- Greaţă şi vomă.
- Dificultăţi de respiraţie.
- Transpiraţii profuze.
- Slăbiciune, nelinişte şi anxietate.

Ocazional, singurul semn poate fi pierderea conştienţei.



inflamabile, acestea pot genera monoxid de carbon, cianid şi alte gaze toxice. Inhalarea fumului produs prin arderea acestor substanţe poate determina tulburări de respiraţie şi vă pot deteriora căile aeriene şi plămânii. Simptomele cheie în cazul inhalării de gaze toxice sunt iritarea ochilor şi dificultăţile de respiraţie, de tipul nevoii acute de aer. Orice semn de dificultate respiratorie, chiar şi o tuse, trebuie tratată ca o urgenţă deoarece situaţia se înrăutăţeşte adesea.

Pentru tratarea unei persoane intoxicate cu un gaz toxic:

1. Transportaţi victima într-o zonă fără fum, la o distanţă de siguranţă faţă de zona incendiului sau a sursei de fum.
2. O dată ce persoana nu mai este în aria cu fum, verificaţi dacă mai respiră şi începeţi resuscitarea cardio-respiratorie dacă nu mai respiră.
3. Dacă persoana respiră, desfaceţi orice haine prea strâmte, asigurându-i pe cât posibil confortul. Telefonaţi după ajutor medical de urgenţă, chiar dacă persoana se simte mai bine.
4. Dacă este necesar, trataţi şocul (vezi pag. 371).

Intoxicaţia cu monoxid de carbon

Un produs secundar al arderii este monoxidul de carbon. Când este inhalat, monoxidul de carbon ia locul oxigenului la niveleul circulaţiei sangvine şi reduce aportul de oxigen către celulele organismului dumneavoastră. Semnele şi simptomele tipice de intoxicaţie cu monoxid de carbon sunt: durere de cap, greaţă, vomă şi confuzie. Când nivelul sangvin al monoxidului de carbon este ridicat pot apărea convulsii şi chiar moarte. Cuptoarele cu ventilaţie necorespunzătoare sau sobele cu lemne sau cărbuni, pot determina acumularea de monoxid de carbon în casă. În cazul intoxicaţiei cu monoxid de carbon:

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Pentru a preveni intoxicaţia cu monoxid de carbon, procuraţi-vă detectori de monoxid de carbon pentru casa dumneavoastră. Detectorul va începe să sune în momentul în care nivelul de monoxid de carbon din casă sau clădire va fi mai mare decât cel de siguranţă. Verificaţi dacă pe cutia detectorului este inscripţionat codul UL 2034. Acesta certifică faptul că detectorul întruneşte standardele industriale care cer ca dispozitivele de alarmă să înceapă să sune înainte ca un adult normal, asimptomatic, să înceapă să prezinte simptome de intoxicaţie.

Hiperventilaţia

Frica sau atacurile de panică pot determina hiperventilaţia- a respira prea des sau prea adânc. Chiar dacă inspiraţi o cantitate suplimentară de aer, puteţi simţi totuşi că nu aveţi suficient aer.

Hiperventilaţia poate determina furnicături sau spasme ale mâinilor cu degetele în extensie şi degetul mare şi mic strânse împreună. Puteţi simţi spasme similare şi la nivelul picioarelor. Alte simptome sunt: ameţeală şi furnicături în jurul gurii. Simptomele se datorează emisiei unei cantităţi prea mari de monoxid de carbon de către plămâni, ce determină un dezechilibru chimic la nivelul organismului.

Tratamentul hiperventilaţiei constă în liniştirea pacientului şi în convingerea lui de a respira mai normal. Uneori, poate fi de ajutor dacă pacientul respiră într-o pungă de hârtie, pentru că respirând de mai multe ori acelaşi aer din plămâni se restabileşte nivelul de monoxid de carbon de la nivelul organismului. Dacă procedeul este efectuat corect, punga ar trebui să se destindă şi să se strângă corespunzător.

Dacă persoana nu a mai prezentat anterior un asemneea episod, trebuie consultată de un medic pentru a exclude ceva mai periculos ce ar putea mima un atac de panică.



1. Dacă vă sculaţi peste noapte cu o durere de cap - în special dacă şi alt membru al familiei se plânge de durere de cap sau este greu de trezit, este bine să părăsiţi casa imediat, împreună cu toţi ceilalţi din casă. Mergeţi la un vecin şi telefonaţi după ajutor medical de urgenţă.
2. Dacă sunteţi cu cineva care a fost expus la monoxid de carbon, verificaţi dacă persoana respectivă mai respiră. Dacă nu mai respiră, începeţi resuscitarea cardio-respiratorie.
3. Dacă persoana respiră, descheiaţi orice haină strâmtă şi asiguraţi-i cât mai mult confort posibil. Sunaţi după ajutorul medical de urgenţă, chiar dacă persoana se simte mai bine. Victima va beneficia de oxigen hiperbar de îndată ce va fi posibil.
4. Dacă este necesar trataţi şocul (vezi pag. 371).

Înecul

Dacă o persoană se zbate sau se scufundă în apă şi dumneavoastră consideraţi că sunteţi suficient de puternic şi de antrenat ca să salvaţi persoana respectivă, acţionaţi imediat. Dacă nu ştiţi să înotaţi sau nu sunteţi sigur că puteţi să vă descurcaţi de unul singur, chemaţi ajutor. Pentru a salva pe cineva care este pe cale să se înece ţineţi cont de următoarele:

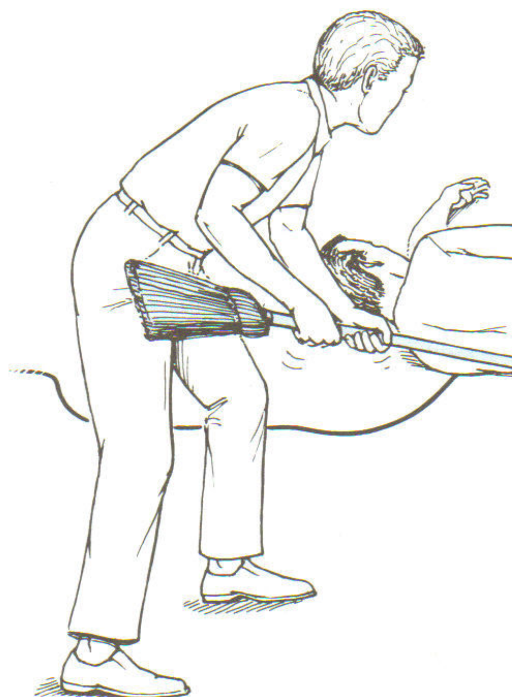
1. După salvarea persoanei respective, dacă sunteţi singur, chemaţi imediat ajutor medical specializat. Apoi începeţi resuscitarea cardio-respiratorie. Dacă nu sunteţi singur, trimiteţi cealaltă persoană după ajutor şi dumneavoastră începeţi resuscitarea gură la gură, de îndată ce puteţi face în siguranţă acest lucru. Acest lucru înseamnă că puteţi începe respiraţia gură la gură încă de când ajungeţi la apă mică, chiar înainte ca persoana să fie adusă la mal.
2. Nu pierdeţi timp încercând să scoateţi apa din plămânii victimei ci începeţi imediat respiraţia gură la gură. Aerul va putea ajunge în plămâni în ciuda existenţei unei cantităţi reziduale de apă şi, în plus, în majoritatea cazurilor nici nu pătrunde apă în plămâni sau pătrunde într-o cantitate foarte mică.
3. Degajaţi căile aeriene şi insuflaţi rapid de două ori. Continuaţi respiraţia gură la gură, insuflând aer la fiecare câteva secunde în timp ce scoateţi victima la mal sau într-o barcă.
4. Persoana salvată de la înec poate prezenta numeroase complicaţii medicale, aşa că este necesar să chemaţi ajutor medical de urgenţă chiar şi după o resuscitare cardio-pulmonară reuşită.

Electrocutarea

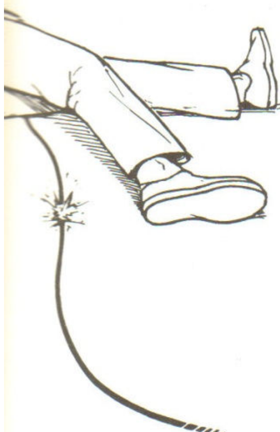
Majoritatea oamenilor au experimentat, din când în când, şocuri electrice minore. Asemenea şocuri sunt adesea mai mult neaşteptate decât periculoase, pentru că printr-o mişcare reflexă vă îndepărtaţi aproape instantaneu de sursa de electricitate. Însă, în anumite condiţii, chiar şi cantităţi mici de electricitate pot fi periculoase pentru viaţă.

Pentru a trata o persoană electrocutată trebuie să:

1. Mişcaţi persoana departe de sursa de electricitate. Dacă găsiţi o persoană care vi se pare că s-a electrocutat, priviţi dar nu o atingeţi. Persoana respectivă ar putea fi în continuare în legătură cu sursa de electricitate. Prin atingerea victimei riscaţi să vă electrocutaţi şi dumneavoastră. Deconectaţi sursa de energie, dacă este posibil.



Folosiţi un obiect care nu conduce electricitatea - un obiect uscat, din lemn sau din fibră de sticlă- pentru a îndepărta victima unei electrocutări din zona sursei de electricitate.



2. Dacă nu este posibil, mutaţi sursa de electricitate departe de victimă. Folosiţi un obiect neconductor de electricitate, de plastic, cauciuc, fibră de sticlă, lemn (o coadă de lemn, de exemplu) sau un carton. Nu folosiţi un obiect metalic.
3. O dată ce persoana nu mai este sub influenţa sursei de electricitate, verificaţi respiraţia. Dacă aceasta s-a oprit sau pare periculos de lentă sau superficială, chemaţi ajutor medical de urgenţă şi apoi începeţi resuscitarea cardio-pulmonară.
4. Dacă victima a leşinat sau este palidă sau prezintă alte semne de şoc, culcaţi persoana cu capul puţin mai jos decât trunchiul şi cu picioarele ridicate.
5. Chiar dacă victima nu este în stare de inconştienţă sau letargică, asiguraţi-vă că va fi evaluată medical pentru a stabili dacă nu există vreo leziune internă cauzată de incident.

Hemoragiile severe

Dacă în urma unei leziuni rezultă o hemoragie, trebuie să urmaţi câţiva paşi pentru a opri pierderea de sânge. Majoritatea leziunilor nu produc sângerări ameninţătoare de viaţă dar, dacă se pierde o cantitate apreciabilă de sânge, se pot instala şocul hemoragic, pierderea conştienţei şi moartea. De aceea, este necesară o îngrijire corespunzătoare pentru oprirea sângerării şi, de asemenea, pentru evitarea infecţiilor sau a altor complicaţii. Informaţia prezentată în continuare se referă la procedurile de urgenţă necesare îndeplinirii acestor scopuri.

Oprirea unei hemoragii severe

Pentru a opri o hemoragie severă:

1. Culcaţi persoana ce sângerează. Dacă este posibil, poziţionaţi-i capul mai jos decât trunchiul sau ridicaţi-i picioarele. Oricare din aceste poziţii reduce şansele de leşin, prin creşterea fluxului sangvin spre creier. Dacă este posibil, ridicaţi segmentul care sângerează. De exemplu, ţineţi o mână rănită mai sus de nivelul inimii. Astfel se va reduce fluxul de sânge spre zona lezată, prin

Tipuri de sângerare

Când încercaţi să ajutaţi o persoană care sângerează, este adesea de ajutor să distingeţi tipul de sângerare care este prezent, deoarece tratamentul variază în consecinţă. Cele trei mari categorii sunt:

Sângerare capilară

Capilarele sunt sunt cele mai numeroase şi mai subţiri vase de sânge din organism. Când, în urma unei tăieturi minore sau unei zgârieturi superficiale a pielii, sunt lezate câteva capilare, sângerarea este de obicei lentă şi puţină cantitativ. Mecanismele coagulării opresc, de regulă, sângerarea în câteva minute.

Sângerarea venoasă

Tăieturile mai adânci lezează adesea venele, lăsând să curgă sângele ce se întorcea la inimă. Deoarece sângele respectiv a transportat oxigenul la celulele organismului, are acum culoarea roşu închis. Sângerarea este constantă dar relativ lentă. Sângerarea se opreşte de obicei prin compresia directă pe rană.

Sângerarea arterială

Cel mai frecvent dar mai sever tip de sângerare este determinată de lezarea arterelor. Sângele ce curge este în acest caz de culoare roşu deschis şi deseori ţâşneşte cu fiecare contracţie cardiacă. Dacă este lezată o arteră mare şi situaţia nu este tratată prompt, se poate produce moartea prin exsangvinare, doar în câteva minute. În majoritatea cazurilor însă, compresia directă pe rană va opri sângerarea arterială.

forţarea inimii să pompeze sângele în sus, în sens antigravitaţional.
2. Îndepărtaţi orice fragmente sau murdărie de la nivelul leziunii. Nu extrageţi obiectele înfipte în leziunea respectivă. Nu pansaţi rana sau nu încercaţi să o curăţaţi în această primă etapă. Principala dumneavoastră grijă trebuie să fie să opriţi pierderea de sânge.
3. Apăsaţi direct pe rană cu un bandaj steril, o cârpă curată sau chiar cu o bucată de îmbrăcăminte. Dacă nu aveţi altcevă la dispoziţie, folosiţi-vă mâna.
4. Menţineţi presiunea până la oprirea sângerării. Apoi, lipiţi strâns buzele rănii cu ajutorul unei bande adezive. În lipsa acesteia, folosiţi o cârpă curată.
5. Dacă sângerarea continuă şi sângele răzbate prin bandaj sau prin materialul cu care ţineţi apăsat pe rană, nu scoateţi bandajul ci adăugaţi, mai bine, mai mult material absorbant peste vechiul bandaj.
6. Dacă sângerarea nu se opreşte la compresia directă, va fi necesar să comprimaţi artera principală care aprovizionează cu sânge aria lezată. În cazul unei răni la nivelul mâinii sau a antebraţului de exemplu, comprimaţi artera principală a braţului de planul osos. Comprimaţi cu toate degetele lipite de zona respectivă. Cu cealaltă mână, continuaţi să apăsaţi direct pe rană.
7. O dată încetată hemoragia, imobilizaţi segmentul lezat. Lăsaţi bandajele cum sunt şi chemaţi ajutor medical de urgenţă sau transportaţi persoana lezată la o secţie de urgenţe cât mai repede posibil.

Sângerarea dintr-o rană deschisă

Sângerarea dintr-o rană de la suprafaţa corpului se poate produce dintr-o rană uşoară de tipul unei înţepături de ac, până la răni majore ca o tăietură adâncă în care este lezată o arteră importantă. Toate rănile necesită tratament corespunzător. Tratarea lor inadecvată poate duce la infecţii severe. O precauţie importantă împotriva infecţiilor este aceea de a vă asigura că vaccinarea antitetanică este la zi.

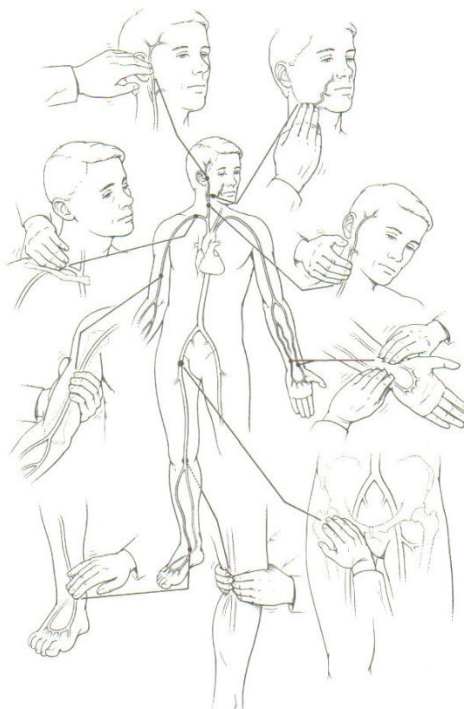
Tăieturile

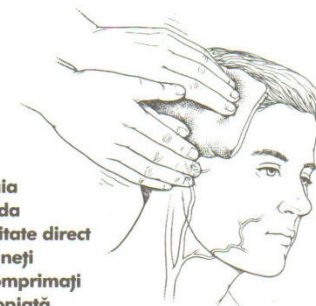
În cazul unei mici tăieturi care sângerează doar puţin, spălaţi cu atenţie tăietura cu apă şi săpun. Aplicaţi un unguent antibiotic pentru a preveni o infecţie şi un bandaj pentru a menţine rana curată. Dacă tăietura dumneavoastră este mai adâncă- adică sângerarea nu se opreşte de la sine în decurs de câteva minute sau tăietura este mare, profundă sau zdrenţuită pe margini- consultaţi-vă medicul. Dar, mai întâi, opriţi sângerarea comprimând direct leziunea, folosind un bandaj steril sau o o bucată curată de material. Menţineţi presiunea până la oprirea sângerării.

Contuziile

Contuziile rezultă în general de la o lovitură sau o căzătură. Sângerarea de sub piele produce o acumulare de sânge (un hematom). Pentru reducerea disconfortului, ridicaţi zona afectată şi aplicaţi periodic gheaţă sau pansamente reci, câte 20 de minute de câteva ori pe zi, timp de 1-2 zile.

Puncte de compresie arteriale





Pentru a opri sângerarea, aplicaţi presiune direct pe rană, folosind o compresă sterilă sau o cârpă curată.

Dacă hemoragia continuă în ciuda presiunii exercitate direct pe rană, menţineţi presiunea şi comprimaţi şi cea mai apropiată arteră mare, situată între zona lezată şi inimă.

Imunizarea antitetanică

O tăietură, o rană prin sfâşiere, o muşcătură sau orice tip de rană, chiar minoră, poate determina apariţia de tetanos, la zile sau chiar săptămâni distanţă. Tetanosul determină rigiditatea muşchilor mandibulari şi a altor muşchi. Alte simptome sunt: convulsiile şi tulburările de respiraţie. Această boală poate fi fatală.

Bacilul tetanic se găseşte, de obicei, în pământ, dar poate exista aproape peste tot. Dacă sporii acestei bacterii ajung într-un loc lipsit de oxigen, ei germinează şi produc o toxină care afectează nervii ce inervează musculatura dumneavoastră. Pentru mai multe informaţii despre tetanos, vezi pag. 495.

Imunizarea antitetanică este importantă pentru oricare dintre noi. Vaccinarea antitetanică este făcută, de obicei, copiilor prin administrarea de vaccin DTP, în care sunt incluse şi vaccinurile antidifteric şi antipertusis. Adulţii au nevoie de un rapel, de regulă o dată la 10 ani. Puteţi face o doză de vaccin dacă prezentaţi o rană adâncă sau contaminată cu pământ şi ultimul dumneavoastră rapel antitetanic a fost cu mai mult de 5 ani în urmă. Aceste doze trebuie administrate cât mai repede după producerea leziunii.

Dacă nu aţi făcut înainte vaccinul antitetanic medicul vă poate recomanda administrarea de imunoglobulină antitetanică. Aceasta conferă protecţie imediată care durează însă doar câteva săptămâni. Există şi o serie de antibiotice care ajută la eliminarea bacilului tetanic, dar cea mai bună protecţie este îngrijirea corectă a rănii şi administrarea unui rapel sau a unei imunoglobuline antitetanice.

Înţepături

Călcarea pe un cui constituie cel mai frecvent mod de producere a unei răni prin înţepare. O asemenea rană nu determină, de obicei, o sângerare abundentă. De regulă, sângerarea este mică şi pare să se oprească aproape instantaneu. Aceasta nu înseamnă că nu este necesar tratament. Leziunile prin înţepare sunt periculoase datorită riscului de infectare. Obiectul cu care s-a produs leziunea, în special dacă a fost în contact cu pământul, poate conţine spori ai bacilului tetanic sau ai altor bacterii. Există, în acest caz, riscul unei infecţii severe. O rană produsă prin înţeparea piciorului prin pantof este în mod particular susceptibilă de a determina o infecţie severă. În cazul îngrijirii unei răni produse prin înţepare, opriţi sângerarea, dacă este cazul, prin compresia rănii cu ajutorul unei comprese sterile sau a unei cârpe curate. Apoi, căutaţi ajutor medical de urgenţă, pentru prevenirea infecţiilor. Dacă sângerarea este minoră, unii medici recomandă să lăsăm să se scurgă puţin sânge pentru o perioadă scurtă de timp pentru curăţarea rănii. Dar, nu se ştie dacă acest lucru poate reduce riscul de infecţie.

Lezarea ţesuturilor moi

În cazul lezării ţesuturilor moi, pe lângă rănirea pielii are loc şi lezarea ţesuturilor subiacente cum ar fi muşchii, ţesutul de susţinere şi vasele de sânge. Aceste leziuni pot rezulta în urma lovirii sau tăierii severe a zonei respective, atunci când pielea este separată de ţesuturile subiacente sau când pielea este îndepărtată în mod forţat. Lezarea ţesuturilor moi necesită îngrijire medicală specifică. Comprimaţi zona lezată pentru oprirea sângerării şi chemaţi ajutor medical de urgenţă.

Leziuni abdominale

Datorită posibilităţii lezării organelor interne, orice leziune care penetrează peretele abdominal este o leziune potenţial gravă. Dacă dumneavoastră sau cineva cu care sunteţi prezentaţi o asemenea plagă abdominală, chemaţi ajutor medical de urgenţă. Înainte să deplasaţi pe cineva cu o rană abdominală, poziţionaţi persoana respectivă pe spate. Dacă nu protruzionează nici un organ intern prin rană, apăsaţi pe rană folosind un bandaj steril sau o cârpă curată pentru a opri sângerarea. După oprirea hemoragiei, fixaţi bandajul cu o bandă adezivă. În cazul în care există deplasări de organe interne, nu încercaţi să le repoziţionaţi. Acoperiţi rana cu o bucată de îmbrăcăminte.

Sângerarea prin orificiie anatomice

Aceasta poate avea loc în cazul unei leziuni interne sau a unei boli. Hemoragia internă poate fi consecinţa unor leziuni aparent superficiale. De exemplu, o explozie în apropierea capului produce o sângerare minoră la nivelul pielii sau sub piele sau poate determina o hemoragie internă mult mai severă. În unele cazuri o leziune internă poate să nu fie asociată cu hemoragie internă. În alte cazuri, persoana poate vomita sânge sau sângera pe nas sau pe gură. Dacă o persoană a suferit o leziune, de exemplu în cursul unei căzături, accident de automobil sau unui eveniment violent, ea poate prezenta hemoragie internă.

Eliminarea de sânge pe gură

Acest lucru poate apărea în cazul unui traumatism sau a unei boli a faringelui, esofagului, stomacului sau a porţiunii iniţiale a intestinului subţire (duodenului). Chemaţi ajutor medical de urgenţă. În timp ce aşteptaţi sosirea ajutorului medical, culcaţi persoana pe podea, pe cât posibil cu picioarele mai sus decât corpul. Victima nu trebuie să mănânce sau să bea ceva- chiar dacă se plânge că îi este sete. Alimentele sau lichidele pot înrăutăţi situaţia.

Eliminarea de sânge prin tuse

Când o persoană elimină sânge prin tuse, sursa de sânge este adesea plămânul sau laringele. Sângele expectorat are adesea un aspect spumos şi o culoare roşu intens. Unele cauze posibile pot fi infecţiile bronşice sau pulmonare, prezenţa unui cheag de sânge la nivelul plămânului, o leziune nepenetrantă a toracelui sau un cancer pulmonar. Chemaţi ajutor medical de urgenţă dacă persoana expectorează o cantitate mare de sânge. Până la sosirea ajutorului de urgenţă, menţineţi capul victimei uşor înălţat, susţinut de perne. Descheiaţi persoana respectivă la nivelul gâtului şi pieptului. Dacă persoana se plânge de sete, puteţi să-i daţi mici cantităţi de gheaţă zdrobită.

Sângerare rectală

Sângerarea anală poate avea diferite cauze. Existenţa hemoroizilor poate determina prezenţa de sânge roşu deschis la suprafaţa scaunului sau pe hârtia igienică. Scaunele negre, lucioase, cele brun închis sau cu pete roşu intens în interior, sugerează o sângerare gastro-intestinală mai înaltă. Dacă prezentaţi o sângerare rectală de cauză necunoscută, programaţi-vă la un consult medical. Dacă sângerarea rectală este în cantităţi moderate sau mari, mergeţi de urgenţă la medic.

Sângerarea vaginală

Sângerarea vaginală este o parte normală a menstruaţiei. Cu toate acestea, sângerarea vaginală poate semnaliza o serie de tulburări ginecologice sau alte probleme medicale. Mergeţi la medic la orice sângerare vaginală neaşteptată. Mergeţi de urgenţă la medic dacă sunteţi însărcinată şi prezentaţi o sângerare vaginală.

Sânge în urină

Prezenţa de sânge în urină poate înspăimânta deoarece sângerarea poate părea mai mare decât este în realitate. O cantitate relativ mică de sânge în urina eliminată la toaletă, poate colora mult urina, astfel ca ea să pară plină de sânge. Dar, de obicei pierdeţi doar o cantitate relativ mică de sânge. Consultaţi-vă medicul cât mai repede cu putinţă, pentru a determina cauza hematuriei.

Sângerarea nazală (epistaxisul)

Epistaxisul este frecvent şi implică sângerarea bruscă printr-una dintre nări. Poate apărea ca urmare a unui traumatism, inspirului de aer uscat, alergiilor sau fără un motiv aparent. Majoritatea sângerărilor au originea în septul nazal, cartilajul care separă nările şi care este căptuşit cu vase de sânge fragile. Acest tip de sângerare nazală nu este grav şi, de obicei, poate fi

Detectarea hemoragiei interne

În cazul unei leziuni traumatice, hemoragia internă poate să nu devină imediat manifestă. Gândiţi-vă la o hemoragie internă dacă observaţi vreunul dintre următoarele semne sau simptome:

- Sângerarea de la nivelul urechilor, nasului, rectului sau vaginului.
- Eliminarea sângelui pe gură prin vomă sau tuse.
- Apariţia de vânătăi la nivelul gâtului, pieptului sau abdomenului.
- Răni ce au penetrat craniul, pieptul sau abdomenul.
- Sensibilitate abdominală, posibil acompaniată de rigiditate sau spasm al musculaturii abdominale.
- Fracturi.

Hemoragia internă poate duce la şoc hemoragic. Dacă scade volumul de sânge din organism, persoana se poate simţi slăbită, anxioasă sau i se poate face sete. În plus, pielea poate fi percepută ca rece. Alte semne şi simptomele ale şocului determinat de hemoragia internă sunt: respiraţie rapidă şi superficială, puls rapid şi slab, tremurături şi nelinişte. Persoana poate leşina dacă stă în picioare şi chiar dacă este aşezată, dar îşi revine rapid dacă i se permite să se întindă. Ridicarea picioarelor persoanei respective poate fi de ajutor.

Dacă suspectaţi o hemoragie internă, chemaţi ajutor medical de urgenţă. Încercaţi să ţineţi persoana respectivă nemişcată şi descheiaţi-i îmbrăcămintea. În cazul hemoragiei interne la nivelul unei extremităţi, opriţi sângerarea prin compresia directă a zonei respective sau prin compresia manuală a arterei situată între inimă şi fractura sau leziunea respectivă.

Trusa de prim ajutor

Aprovizionaţi permanent sertarul dumneavoastră cu medicamente sau trusa de prim ajutor. Includeţi următoarele rezerve de primă necesitate:

- Bandaje adezive sau comprese de diferite dimensiuni.
- Săpun.
- Vată absorbantă.
- Pensetă.
- Termometru.
- Aspirină (în special pentru durerile toracice).
- Ibuprofen sau acetaminofen (în special pentru durere şi febră).
- Soluţii antiseptice (apă oxigenată sau betadină).
- Creme antiseptice (de tipul Neosporin sau Polysporin).
- Cremă cu hidrocortizon (pentru muşcături şi înţepături).
- Bandaje sau benzi adezive chirurgicale.
- Bandă adezivă.
- O foarfecă ascuţită.
- Cârpe curate.
- Un manual de prim ajutor.
- Sirop de ipeca (pentru inducerea vomei).

Alte medicamente pe care aţi vrea să le aveţi la îndemână pot fi: tablete antihistaminice, antiacide, medicamente antidiareice precum şi rezerve de medicamente din cele pe care membrii familiei le iau în mod obişnuit, de genul insulinei pentru diabet. Dacă dumneavoastră sau un membru al familiei reacţionează violent la înţepăturile de albină sau insecte, este bine să aveţi o trusă care să conţină o seringă cu adrenalină (epinefrină), la îndemână.



oprit uşor. La anumite persoane, sângerarea poate avea originea în porţiunea nazală posterioară. Aceste sângerări, mai puţin frecvente, sunt deseori mai greu de oprit. Pentru a opri sângerarea:

1. staţi în şezut sau în picioare. Poziţia verticală scade fluxul sangvin spre venele nasului. Nu daţi capul pe spate şi nici nu introduceţi nimic în nări;
2. pensaţi-vă nasul între degetul mare şi cel arătător şi respiraţi pe gură. Faceţi acest lucru timp de 5-10 minute. Această manevră ar trebui să oprească sângerarea;
3. dacă aţi reuşit să opriţi sângerarea, nu este nevoie să vă vadă un medic. Dacă însă, sângerarea se dovedeşte a fi greu de oprit, chemaţi ajutor medical de urgenţă.

Arsurile

Arsurile pot avea mai multe cauze, printre care: focul, soarele, aburul fierbinte, electricitatea, substanţele chimice sau lichidele şi obiectele fierbinţi. Arsurile pot provoca doar leziuni minore pe care le puteţi trata singuri sau, dimpotrivă, pot constitui urgenţe ameninţătoare de viaţă care necesită tratament medical intensiv.

Clasificarea arsurilor

Diferenţierea unei arsuri minore de una mai severă implică determinarea gradului de deteriorare a ţesutului afectat. Arsurile se clasifică în trei categorii:

Arsuri de gradul I

Arsurile de gradul I, cele mai puţin severe, implică doar stratul extern al pielii (epiderma). Pielea este, de obicei, înroşită şi uneori tumefiată şi dureroasă. Stratul superficial al pielii nu a fost ars în toată profunzime lui. În general, dacă asemneea tip de arsură nu se întinde pe suprafeţe extinse ale corpului, ea poate fi tratată acasă.

Tratarea arsurilor minore la domociliu

Pentru aceasta:

1. Răciţi zona arsă, ţinând segmentul sub apă curgătoare rece timp de 15 minute. Dacă acest lucru nu este posibil, scufundaţi arsura în apă rece sau acoperiţi-o cu o compresă rece. Nu puneţi gheaţă direct pe arsură, deoarece puteţi provoca o degerătură înrăutăţind lucrurile mai mult.
2. O dată arsura răcită, aplicaţi o loţiune sau un hidratant pentru calmarea zonei şi prevenirea uscării. Nu aplicaţi unt pe zona de arsură. Untul menţine căldura în ţesut şi poate provoca stricăciuni mai mari şi creşte riscul de infecţie.
3. Acoperiţi arsura cu un bandaj steril din tifon. Înfăşuraţi lejer bandajul pentru a evita presiunea pe arsură. Bandajul împiedică contactul aerului cu rana şi reduce durerea.
4. Adesea se formează vezicule pline cu lichid pentru a preveni infecţia. Nu spargeţi veziculele. Dacă acestea se sparg singure, spălaţi zona cu apă şi săpun. Apoi, aplicaţi un unguent cu antibiotic şi un bandaj din tifon. Pielea moartă, rezultată în urma spargerii veziculelor, poate fi îndepărtată.
5. Pentru reducerea durerii şi a inflamaţiei pot fi folositoare medicamente de tipul acetaminofenului (eferalgan, paracetamol etc.) sau ibuprofenului (nurofen).

Arsuri de gradul II

Dacă leziunea produsă de arsură a străbătut stratul superficial al pielii și a afectat și al doilea strat (hipoderma), arsura este o arsură de gradul doi. Se formează bășici iar înroșirea pielii este mai accentuată și pielea are un aspect pătat. Semnele acompaniatoare sunt reprezentate de durere intensă și tumefiere importantă. Dacă arsura de gradul II se întinde pe o zonă ce nu depășește 5-7,5 cm în diametru, veți putea trata arsura acasă. Dacă aria de piele arsă este mai mare sau dacă arsura este localizată la nivelul mâinilor, picioarelor, feței, regiunii inghinale, feselor sau la nivelul unei articulații mari, chemați ajutor medical de urgență.

Arsuri de gradul III

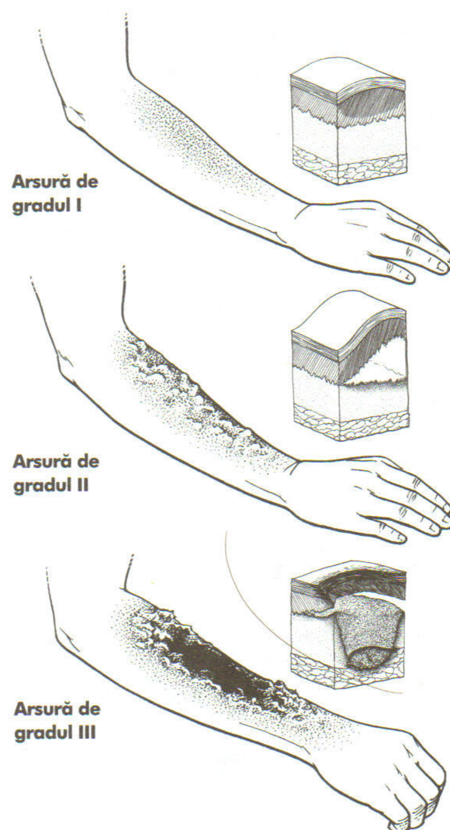
Arsurile de gradul trei sunt cele mai severe arsuri. Ele afectează toate straturile pielii și uneori și țesuturile mai profunde. Arsurile de gradul trei prezintă, de obicei, zone de culoare neagră. Victima poate avea dureri intense sau, în cazul unei distrucții nervoase substanțiale, durerea poate fi minimă sau poate lipsi. Acest tip de arsuri necesită asistență medicală de urgență (vezi mai sus).

Arsurile termice

Arsurile produse în urma contactului direct cu focul- de tipul celor petrecute la focul de tabără și a celor în care copiii se joacă cu chibriturile- trebuie tratate în funcție de gradul lor și de întinderea arsurii. O arsură de gradul I, pe o suprafață mică de corp, de exemplu la nivelul unui deget, poate fi tratată ca o arsură minoră. Arsurile extinse pe o suprafață mai mare de corp sau care afectează straturi mai profunde de țesut, pot necesita un control la medicul curant sau la un departament de urgențe al spitalului dumneavoastră local.

Arsurile electrice

Orice arsură electrică trebuie examinată de un medic. O arsură electrică poate părea minoră dar distrucția se poate întinde mult în profunzime, în țesutul de sub piele. Arsurile electrice pot uneori determina tulburări de ritm cardiac, stop cardiac sau leziuni interne determinate de trecerea curentului electric prin corp. Uneori, șocul provocat de leziunea electrică poate determina propulsia și căderea persoanei respective, rezultând fracturi sau alte leziuni.



Arsurile se clasifică în funcție de gradul de distrucție a pielii și al altor țesuturi ale corpului.

Tratarea arsurilor majore

Chemați ajutor medical de urgență în cazul oricărei arsuri majore. În timp ce așteptați sosirea ajutorului medical:

1. Asigurați-vă ca sursa care a provocat arsura să fie stinsă sau îndepărtată. Nu scoateți îmbrăcămintea arsă ce aderă de piele, dar asigurați-vă ca victima să nu fie în contact cu materiale ce ard mocnit.
2. Asigurați-vă că victima respiră. Dacă respirația a încetat, începeți respirația gură la gură. Dacă suspicionați blocajul căilor aeriene ale victimei, încercați mai întâi degajarea acestora.
3. Dacă persoana pare a fi în stare de șoc, urmați pașii necesari intervenției în caz de șoc.
4. Acoperiți suprafața arsă cu un bandaj steril uscat sau o cârpă curată. Nu folosiți pături sau prosoape deoarece aceste țesături au tendința să se lipească de arsură. Dacă suprafața arsă este mare, va fi de ajutor un cearșaf. Nu aplicați unguente și încercați să nu spargeți bășicile produse de arsură.



Arsurile chimice

Pentru a trata o arsură chimică:

1. Asiguraţi-vă că aţi îndepărtat cauza arsurii. Spălaţi substanţele chimice de pe suprafaţa pielii folosind un jet continuu de apă rece, timp de 20 de minute sau mai mult. Dacă substanţa este sub formă de pudră, de tipul varului, periaţi-o de pe piele înainte de a aplica jetul de apă.
2. Începeţi tratamentul şocului dacă persoana a leşinat, este palidă sau prezintă respiraţie rapidă şi superficială.
3. Îndepărtaţi orice obiect de îmbrăcăminte sau bijuterie care a venit în contact cu substanţa chimică.
4. Dacă persoana se plânge de dureri intense după ce aţi spălat aria afectată, spălaţi din nou zona cu apă timp de câteva minute, pentru a îndepărta în continuare substanţa chimică.
5. Frecaţi zona arsă cu un bandaj steril uscat sau cu o cârpă curată.
6. În cazul pătrunderii unei substanţe chimice în ochi, spălaţi imediat ochiul sub jet de apă. Folosiţi orice sursă de apă potabilă şi curată. Este mai important să începeţi spălarea decât să căutaţi apă sterilă. Continuaţi spălarea în jet a ochiului timp de 20 de minute. După ce aţi spălat sistematic ochiul, închideţi pleoapa şi acoperiţi-o cu un bandaj umed aplicat lejer. Apoi chemaţi ajutor medical de urgenţă.
7. Arsurile chimice minore se vindecă, de obicei, fără vreun alt tratament. Dacă substanţa chimică a determinat o arsură de gradul II, întinsă pe o suprafaţă cu diametrul mai mare de 5-7,5 cm, sau arsura este localizată la mâini, picioare, faţă, abdomen, fese sau la nivelul unei articulaţii majore, chemaţi ajutor medical de urgenţă. Chemaţi, de asemenea, ajutor medical de urgenţă dacă subatanţa chimică a venit în contact cu unul sau ambii ochi.

Traumatismele

O leziune traumatică este o leziune cauzată de o acţiune sau o violenţă externă. Un os rupt, o explozie severă ce afectează capul, pierderea unui dinte sunt exemple de leziuni traumatice. Oasele rupte (fracturile osoase) sunt cele mai frecvente leziuni traumatice. Termenul de entorsă este folosit adesea în descrierea unei vaste palete de leziuni, dar o entorsă semnifică afectarea ligamentelor care conectează oasele între ele, nu afectarea oaselor în sine.

Fracturile, entorsele severe, luxaţiile şi alt leziuni severe ale oaselor sau ligamentelor, necesită, de regulă, asistenţă medicală de specialitate. Dacă nu vi se acordă asistenţă medicală promptă, riscaţi o dizablitare fizică permanentă, o deformare şi, în cazul leziunilor la nivelul craniului, gâtului sau coloanei vertebrale, chiar moartea. Din această cauză, traumatismele craniene, ale ochilor precum şi pierderea dinţilor necesită asistenţă medicală de urgenţă.

Fracturile

Fracturile rezultă adesea ca urmare a unei căzături, explozii sau unui eveniment traumatic. Dacă bănuiţi

o fractură, protejaţi aria lezată de deteriorări ulterioare. Nu încercaţi să realiniaţi oasele fracturate. Semnele şi simptomele unei fracturi pot include:

- Umflarea şi învineţirea ţesutului de deasupra unui os.
- Deformarea membrului afectat.
- Durere localizată care se accentuează la deplasarea sau comprimarea zonei afectate.
- Pierderea funcţionalităţii ariei afectate.
- Protruzia prin piele a unui fragment de os.

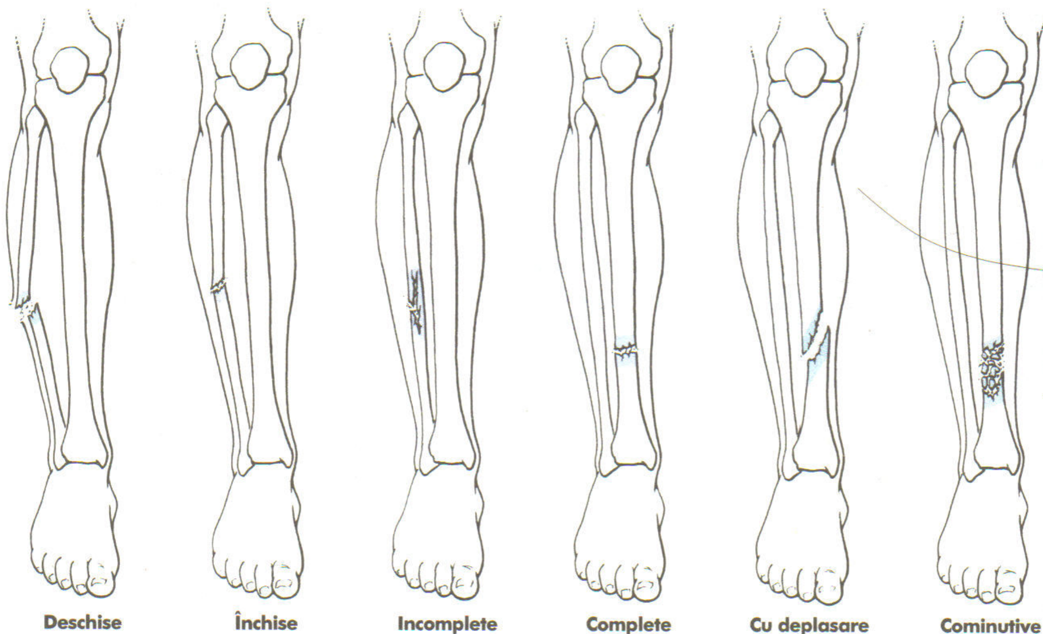
Tratament

Pentru a evita leziunile secundare determinate de fractură:

Căutaţi pulsul

Căutaţi pulsul deasupra zonei de fractură. Asiguraţi-vă că rana este între inima persoanei respective şi zona unde verificaţi pulsul. Acest lucru vă va ajuta să

Tipuri de fracturi



Fractură deschisă. Osul fracturat protruzionează prin piele.

Fractură închisă. Osul fracturat nu protruzionează prin piele. Acest tip de fractură se mai numeşte şi fractură simplă.

Fractură incompletă. Osul este fracturat dar nu este separat în două părţi.

Fractură completă. Osul este fragmentat în două sau mai multe părţi.

Fractură cu deplasare. Cele două capete ale osului nu mai sunt aliniate.

Fractură cominutivă. Osul este fragmentat sau sfărâmat în multe fragmente.

Alte tipuri de fractură

Fractură impactată. Un fragment osos este înfipt în alt fragment osos.

Fractură patologică. Acest tip de fractură desemnează fracturile osoase apărute la o persoană ale cărei oase sunt slăbite de boală. O asemneea fractură poate surveni la o persoană cu cancer osos sau cu densitate osoasă scăzută (osteoporoză). Această fractură se cheamă fractură patologoică datorită faptului că o boală subiacentă este cauza principală a fracturii.



Dacă nu aveţi la îndemână ajutor profesional, imobilizaţi o fractură de braţ folosind o atelă şi o eşarfă.



Un ziar sau o revistă făcute sul pot servi ca o atelă temporară, eficientă în cazul fracturii de antebraţ.



O simplă eşarfă poate imobiliza eficient un cot traumatizat.

determinaţi dacă mai există circulaţie sangvină în zona afectată. Dacă nu mai există- dacă nu mai este prezent pulsul- victima riscă să-şi piardă membrul respectiv. Transportaţi imediat persoana la o unitate mdicală de urgenţe.

Opriţi sângerarea

Dacă este vorba despre o fractură deschisă, osul fracturat protruzionează prin piele sau există altă sângerare asociată cu leziunea respectivă, apăsaţi cu putere pentru a opri sângerarea. Apăsaţi direct pe rană cu ajutorul unei comprese sterile, o cârpă curată sau chiar o bucată curată de îmbrăcăminte. Dacă nu există altceva la îndemână, folosiţi-vă mâna. Menţineţi presiunea până la oprirea sângerării. Ridicaţi zona fracturată pentru a reduce curgerea sângelui.

Faceţi tratamentul şocului

Dacă persoana respectivă a leşinat, este palidă sau respiră rapid şi superficial, trataţi-o ca pentru şoc. Aşezaţi persoana pe jos, cu capul uşor mai coborât decât trunchiul şi picioarele.

Imobilizaţi osul

Înainte ca persoana cu fractură să fie transportată, imobilizaţi osul pentru a preveni deplasarea lui. Imobilizaţi şi articulaţiile de deasupra şi dedesubtul fracturii. O atelă poate imobiliza aria lezată şi preveni deplasarea oaselor fracturate ce ar putea agrava distrucţia ţesuturilor. Imobilizarea corectă va avea ca efect şi diminuarea durerii.

Imobilizarea fracturii cu ajutorul atelei

Atelele pot fi confecţionate din lemn, plastic, metal sau alt material rigid. Îmbrăcaţi atela într-un bandaj sau alt material textil, apoi aplicaţi-o membrului afectat. Atela trebuie să fie mai lungă decât osul pe care-l imobilizează şi să se întindă deasupra şi dedesubtul fracturii. Fixaţi atela de membru cu ajutorul unui bandaj sau a unei fâşii de cârpă, sfori sau alt material. Începeţi înfăşurarea de la extremitate şi înaintaţi spre corp. Imobilizaţi ferm membrul afectat pentru a preveni deplasările, dar nu aşa de strâns încât să oprească circulaţia sângelui.

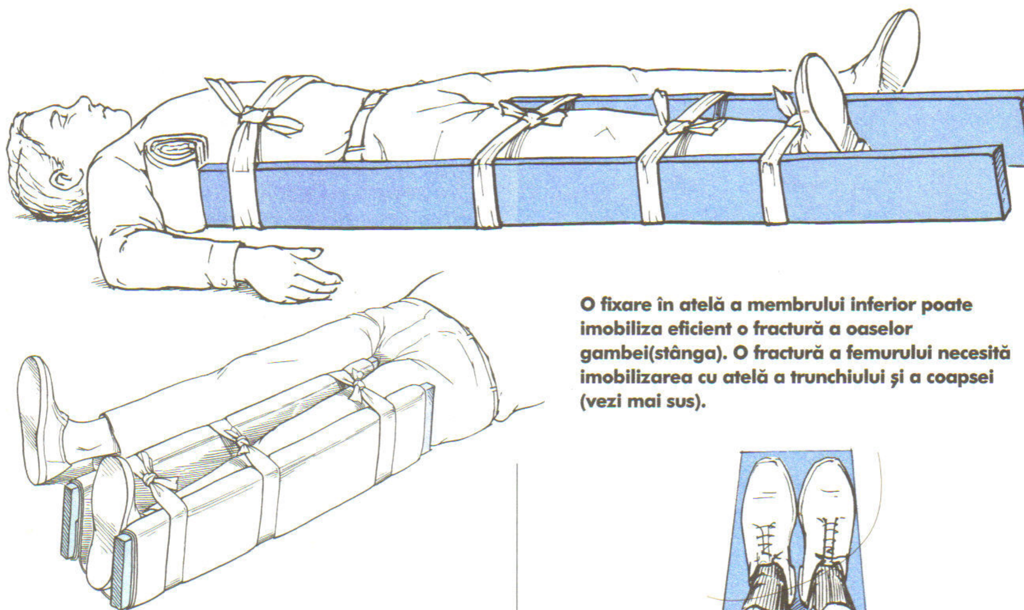
Modul de imobilizare a fracturii cu ajutorul atelei depinde de localizarea acesteia. O leziune a coloanei vertebrale sau o fractură de bazin sau pelviană nu poate fi imobilizată cu ajutorul unei atele, ci trebuie imobilizată în alt mod.

Fracturile membrului superior

Un ziar sau o revistă pot fi rulate în jurul unui antebraţ fracturat. O eşarfă pusă peste umăr şi un bandaj în jurul eşarfei pot ajuta la imobilizarea unui cot.

Fracturile membrului inferior

În cazul fracturii oaselor gambei, poziţionaţi întreg membrul inferior între două atele. Dacă nu aveţi la dispoziţie nici o atelă, membrul inferior sănătos poate fi folosit ca atelă pentru a limita mişcarea membrului fracturat. O fractură a femurului necesită imobilizarea articulaţiei şoldului.



O fixare în atelă a membrului inferior poate imobiliza eficient o fractură a oaselor gambei(stânga). O fractură a femurului necesită imobilizarea cu atelă a trunchiului şi a coapsei (vezi mai sus).

Leziuni ale coloanei vertebrale

Dacă suspectaţi o leziune cervicală sau a a altei părţi a coloanei vertebrale, nu mişcaţi victima. Deplasarea unei persaone cu un traumatism medular poate determina paralizie permanentă sau alte complicaţii grave. Leziunea de coloană, prin deplasare, poate determina lezarea accidentală a măduvei spinării.

Puteţi bănui că o persoană prezintă o leziune a coloanei vertebrale dacă:

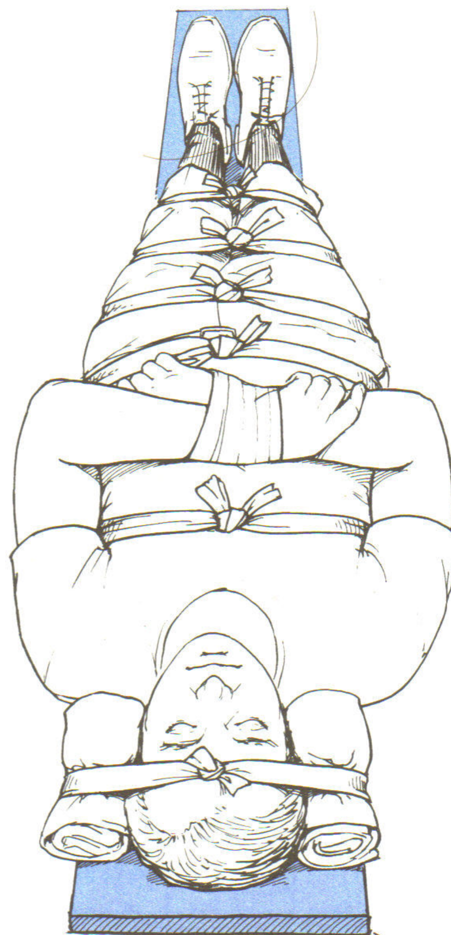
- Există semne de traumatism cranian.
- În timpul traumatismului s-a exercitat o forţă deosebită asupra spatelui sau gâtului.
- Victima se plânge de o durere intensă a gâtului sau spatelui.
- Victima acuză slăbiciune, amorţeală, paralizie sau lipsa de control a membrelor, vezicii urinare sau a scaunului.
- Gâtul sau spatele victimei sunt răsucite sau au o poziţie anormală.
- Persoana este în stare de inconştienţă şi nu poate descrie durerea.

Chemaţi ajutor medical de urgenţă. Ţineţi victima liniştită şi nu încercaţi să o deplasaţi dacă aceasta nu varsă sau nu se află într-un pericol imediat. Dacă este nevoie să deplasaţi persoana, translataţi-o uşor pe o suprafaţă dură- tăblia unei mese sau o uşă. Chemaţi mai multe persoane să vă ajute şi asiguraţi-vă că gâtul, capul şi coloana victimei sunt ţinute ferm pe aceeaşi linie. Asiguraţi-vă că gâtul victimei este imobilizat. Folosiţi un prosop sau un fular gros, o carte de buzunar sau alt material moale dar gros pentru a preveni rotaţia capului în timpul deplasării victimei.

Fracturi de şold sau pelvine

Aceste fracturi se produc adesea ca urmare a unei căză-turi sau al unui accident. La unele persoane ale căror oase sunt fragilizate datorită osteoporozei sau cancerului osos, asemneea fracturi pot apărea spontan. Puteţi suspiciona o fractură de şold sau pelvină dacă persoana acuză:

- Dureri de şold, lombare sau inghinale.



Traumatismele cervicale şi ale coloanei vertebrale necesită precauţii deosebite. Dacă nu dispuneţi de ajutor medical şi victima trebuie deplasată, chemaţi mai multe persoane să vă ajute. Leziunile cervicale şi dorsale pot determina paralizii permanente. Folosirea corectă a unei brancarde imobilizează capul, gâtul şi coloana vertebrală a victimei.

- Dureri în ariile de mai sus, care se accentuează la mişcarea unuia sau ambelor picioare.

La fel ca în cazul unei leziuni de coloană vertebrală, chemaţi ajutor medical de urgenţă şi nu mişcaţi victima. Dacă sunteţi nevoit să mutaţi victima, translataţi-o uşor pe o suprafaţă dură sau tăblia unei mese, la fel cum aţi proceda cu o persoană cu o leziune a coloanei vertebrale. Nu încercaţi să îndreptaţi un picior sau un şold traumatizat care sunt într-o poziţire anormală.

Alte fracturi

Dacă se fracturează un os al degetului de la mână sau picior, o coastă sau un os al feţei, imobilizarea cu atelă este, de obicei, inutilă. Opriţi orice sângerare apărută şi mergeţi prompt la consult medical.

Entorsele

O entorsă se produce atunci când un traumatism de tipul unei răsuciri sau întinderi violente determină

Amputaţia

Când un deget, de la mână sau de la picior sau un segment mai mare al corpului este retezat, apar complicaţii ce pot pune viaţa victimei în pericol, de tipul: pierderii de sânge, şocul sau infecţiile. Chemaţi urgent ajutor medical. Este foarte important să transportaţi rapid victima şi segmentul secţionat la spital, unde acesta este posibil să poate fi reataşat la corp. Până la sosirea ajutorului medical de urgenţă:

Opriţi sângerarea

Primul obiectiv al tratamentului de urgenţă este oprirea pierderii de sânge. Indiferent dacă segmentul amputat este o un deget sau un picior, apăsaţi cu putere peste rană cu ajutorul unui bandaj steril, o cârpă curată sau o parte de îmbrăcăminte. Dacă este posibil, culcaţi persoana respectivă. Membrul cu leziunea ar trebui ţinut uşor ridicat. Când sângerarea este sub control, înfăşuraţi rana în bandaje adiţionale.

Dacă sângerarea continuă

În cazul amputării accidentale a unei mâini, picior sau braţ, sângerarea poate fi greu de oprit. Mai întâi comprimaţi cu presiune artera ce irigă zona respectivă. Dacă acest lucru eşuează, poate fi necesar un garou.

Folosiţi această metodă doar ca pe ultima variantă. Acest procedeu poate fi aşa de eficient în oprirea fluxului sangvin încât poate determina leziuni ale ţesuturilor, ce pot împiedica suturarea la loc a segmentului amputat.

Înfăşuraţi o cravată sau o fâşie de cârpă în jurul membrului, imediat deasupra leziunii, dar nu în contact cu rana. Fâşia trebuie să fie suficient de lungă pentru a o putea înfăşura de două ori şi să mai rămână sucicient material şi pentru un nod. Înnodaţi pe jumătate, introduceţi apoi o şurubelniţă, un băţ, o nuia sau ceva asemănător, şi înnodaţi până la capăt. Răsuciţi obiectul pentru a face compresie. Strângeţi doar atât cât este necesar pentru a opri sângerarea. Notaţi ora la care aţi aplicat garoul. Ţineţi înnodată fâşia doar până se opreşte sângerarea.

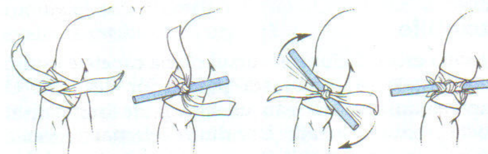
Tratarea altor leziuni

Când hemoragia de la nivelul amputaţiei este sub control, examinaţi persoana pentru a depista alte leziuni, cum ar fi tăieturile sau fracturile.

Salvarea fragmentului amputat

Când pacientul a fost stabilizat şi în timp ce aşteptaţi ajutorul medical de urgenţă, puneţi cu atenţie segmentul amputat într-o pungă de plastic curată sau împachetaţi-o într-o pânză curată. Dacă aveţi la îndemână gheaţă, puneţi punga cu fragmentul amputat într-o altă pungă cu gheaţă. Nu puneţi fragmentul amputat în contact direct cu gheţa. Dacă nu aveţi gheaţă la dispoziţie, puteţi utiliza apă foarte rece.

În ultimii ani s-au făcut progrese remarcabile în reataşarea degetelor, mâinilor sau altor segmente amputate. Rezultatele pozitive depind de mai mulţi factori, dar dacă fragmentul amputat este corect păstrat şi un chirurg cu experienţă este disponibil, reataşarea poate fi posibilă.



Când alte metode de a opri sângerarea eşuează, utilizaţi un garou.

articulaţia să se deplaseze dincolo de limită posibilă, normală de mişcare, rupând ligamentele ce sunt ataşate de oase.

Semnele uzuale ce indică prezenţa unei entorse sunt:
- durerea şi sensibilitatea zonei afectate;
- tumefiere rapidă, însoţită uneori de decolorarea pielii în zona afectată;
- disfuncţionalitatea articulaţiei respective.

Tratament

Dacă în timpul accidentului auziţi un sunet sec şi prezentaţi imediat o dificultate în folosirea articulaţiei, chemaţi ajutor medical de urgenţă. Dacă simptomele sunt mai puţin severe, dar suspectaţi o leziune osoasă sau ligamentară la nivelul articulaţiei, mergeţi cât mai repede posibil la consult medical. Consultaţi, de asemenea, medicul dacă durerea sau dificultatea de folosire a articulaţiei nu se îmbunătăţeşte în decurs de 2-3 zile. Medicul vă poate recomanda efectuarea unei radiografiii pentru a determina natura şi întinderea leziunii. În cazul majorităţii entorselor minore, puteţi să vă trataţi probabil singur, folosind o metodă numită PRICE – Protection (protecţie), Rest (odihnă), Ice (gheaţă), Compression (compresie) şi Elevation (ridicare):

Protecţie

Imobilizaţi aria afectată pentru a stimula vindecarea şi a o proteja de o altă lezare. Folosiţi un bandaj elastic, o eşarfă, o atelă, o cârjă sau un baston, după trebuinţă.

Odihnă

Evitaţi activităţile ce pot provoca durere şi tumefiere. Odihna este esenţială în vindecarea ţesutului.

Gheaţă

Aplicaţi imediat gheaţă pentru a diminua umflătura, durerea şi spasmul muscular. Compresele cu gheaţă, masajul cu gheaţă sau băi cu apă cu gheaţă pot fi de ajutor. Aplicaţi periodic gheaţă- nu mai mult de 20 de minute o dată - atât timp cât există umflătura.

Compresie

Tumefierea poate determina pierderea mişcării în articulaţia lezată. Pentru micşorarea tumefierii, comprimaţi zona afectată până la dispariţia umflăturii. Cele mai bune sunt banadajele compresive sau fâşiile de elastic sau neopren.

Ridicare

Ridicaţi braţul sau piciorul umflat peste planul inimii pentru a reduce tumefierea. Acest lucru este deosebit de important în timpul nopţii.

Luxaţiile

Luxaţia este o leziune în cursul căreia capetele osului sunt forţate să părăsească poziţia lor normală. O explozie, o căzătură sau un alt tip de traumatism poate produce o luxaţie. Una dintre cele mai frecvente luxaţii este aceea rezultată în urma traumatismului la nivelul articulaţiei umărului. Alteori, cauzele pot fi: o poliartrită reumatoidă, o slăbiciune congenitală sau o articulaţie slăbită de o luxaţie anterioară.





Semnele obişnuite în cazul unei luxaţii sunt:
- tumefiere şi durere intensă;
- o articulaţie evident ieşită din poziţia normală, care este dificil de mişcat.

Tratament

Nu încercaţi să repuneţi articulaţia în poziţia obişnuită, dacă nu sunteţi antrenat pentru a o face. În schimb, puteţi imobiliza articulaţia respectivă în atele şi chema ajutor medical cât mai repede cu putinţă. Dacă o luxaţie nu este tratată în decurs de 30 de minute, tumefierea şi durerea se pot intensifica şi poate fi necesară o anestezie înainte de aplicarea tratamentului. În cazul suspiciunii unei leziuni cervicale sau a coloanei vertebrale, nu mişcaţi persoana afectată. Chemaţi imediat ajutor medical de urgenţă.

Traumatismele capului

Majoritatea traumatismelor craniene sunt minore deoarece craniul conferă creierului suficientă protecţie. Doar aproximativ 10% dintre toate traumatismele craniene necesită spitalizare. Tăieturile şi rănile minore pot fi adesea tratate cu ajutorul unor simple metode de prim ajutor. Căutaţi ajutor medical de urgenţă la apariţia oricăruia dintre următoarele semne sau simptome:
- lipsa respiraţiei;
- sângerare severă la nivelul feţei sau capului;
- modificări ale stării de conştienţă: confuzie, letargie sau pierderea conştienţei, chiar dacă persoana respectivă îşi recapătă rapid conştienţa;
- vărsături.

Încercaţi să nu mişcaţi gâtul pentru că s-ar putea să fie lezat. Dacă persoana nu mai respiră, începeţi imediat resuscitarea cardio-pulmonară, timp în care încercaţi să menţineţi gâtul cât mai nemişcat. Dacă persoana sângerează, începeţi tehnicile de oprire a sângerării.

Printre posibilele complicaţii ale traumatismelor craniene sunt contuziile cerebrale, cheagurile de sânge şi fracturile craniene.

Contuziile

Contuziile pot apărea ca urmare a loviturilor la nivelul capului sau a căzăturilor. Impactul determină izbirea creierului de partea internă a craniului.

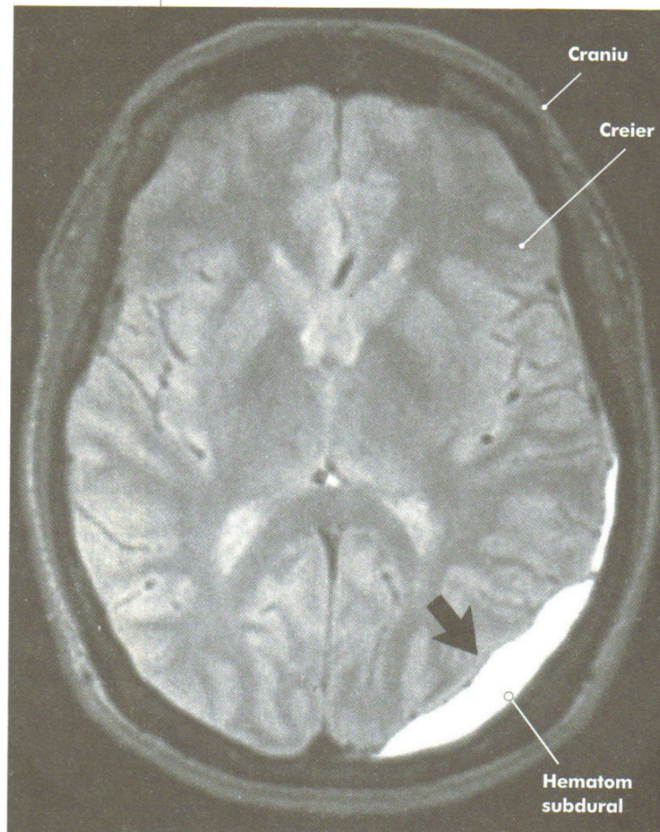
De obicei, o contuzie, numită şi traumatism cerebral minor, nu este însoţită de pierderea conştienţei. Poate, totuşi, produce confuzie, dureri de cap, pierderea memoriei, ameţeală sau vomă. Traumatismele craniocerebrale mai severe pot fi urmate de pierderi prelungite ale conştienţei, paralizii parţiale, stare de şoc sau persistenţa simptomelor de contuzie, de tipul confuziei sau durerii de cap. Contuziile necesită evaluare medicală de urgenţă.

Hematomul intracranian

Hematomul intracranian poate apărea atunci când un vas de sânge-fie o arteră, fie o venă- se rupe în spaţiul dintre craniu şi creier. Sângele se scurge în spaţiul dintre craniu şi creier şi formează o acumulare (hematom), de obicei sub formă coagulată, care comprimă ţesutul cerebral.

Cele mai frecvente cauze de hematom sunt: un traumatism al capului, de exemplu o lovitură de minge de baseball, o căzătură pe scări sau un accident de maşină. Semnele şi simptomele pot apărea în câteva ore sau săptămâni de la traumatismul cranian. Acestea pot fi dureri de cap, greaţă, vomă, schimbări ale stării de conştienţă şi diferenţe între diametrele pupilelor. Pe măsura creşterii cantităţii de sânge acumulate în spaţiul strâmt dintre craniu şi creier, victima poate fi din ce în ce mai letargică şi este posibil chiar să-şi piardă conştienţa. Starea poate fi fatală în cazul în care nu este tratată. Tratamentul constă, în general, într-o intervenţie chirurgicală în scopul opririi hemoragiei şi îndepărtării sângelui în exces.

Există 2 tipuri de hematoame care pot comprima ţesutul cerebral: subdural şi epidural. Diferenţa dintre cele două este dată de localizarea lor. Dacă traumatismul produce o hemoragie în spaţiul dintre creier şi foiţa meningeală numită dura mater, sângele se acumulează în creier, determinând apariţia unei mase numite heamtom subdural. Dacă hemoragia are loc între dura mater şi craniu, masa este cunoscută sub numele de hematom epidural.



Hematoamele sunt diagnosticate cel mai frecvent cu ajutorul tehnicilor imagistice ca tomografia computerizată (CT) sau rezonanţa magentică nucleară (RMN). Această imagine de rezonanţă magnetică nucleară arată un hematom subdural.

Fracturi craniene

Hemoragia sau fragmente vizibile de craniu sunt semne evidente ale unei fracturi craniene. Alte semne mai puţin evidente ale unei fracturi craniene pot fi:

- Răni sau modificări de culoare a pielii în zona din spatele urechii sau în jurul ochilor.
- Scurgere de sânge sau de lichid prin nas sau urechi.
- Pupile inegale însoţite de modificări ale statusului mental, de tipul confuziei sau pierderii conştienţei.
- Deformări ale craniului, umflături sau adâncituri.

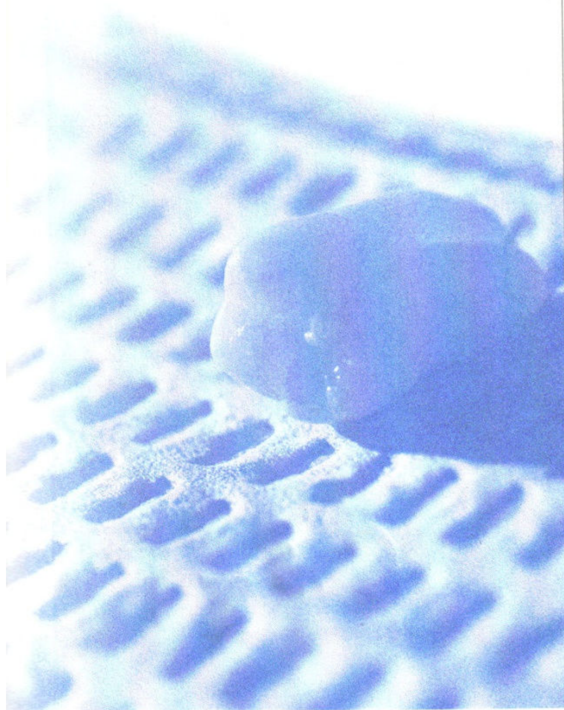
O fractură craniană este o urgenţă medicală care trebuie tratată prompt pentru a evita potenţiala afectare a creierului şi chiar moartea.

Traumatismele oculare

Leziunile traumatice ale ochilor cuprind abraziuni ale corneei, sângerări intraoculare şi răni ale pleoapelor (vezi pag. 633 pentru alte leziuni oculare).

Abraziuni ale corneei

Corneea este structura albă, transparentă situată în centrul ochilor ce refractă lumina de la polul anterior al ochiului spre retina aflată la polul posterior. Corneea poate fi foarte uşor lezată- un grăunte de nisip sau chiar lentilele de contact purtate o perioadă prea lungă de timp o pot zgâria. Semnele şi simptomele cheie ale unei abraziuni corneene sunt:



durere instantanee, urmată de una persistentă şi de înroşirea ochiului. În unele cazuri, durerea se accentuează în decurs de câteva ore. Dacă durerea persistă după clătirea ochiului pentru îndepărtarea oricărui obiect străin, închideţi ochiul, acoperiţi-l cu o compresă moale sau un obturator ocular şi solicitaţi ajutor medical de urgenţă.

Hemoragia intraoculară

Prezenţa sângelui în camera anterioară a ochiului, vizibil prin pupilă, poartă numele de *hyphema*. Ea poate rezulta în urma unui traumatism ocular sau a unei leziuni produse prin perforarea ochiului. Există şi unele boli ce pot cauza această problemă. În cele mai multe cazuri, ochiul absoarbe sângele în decurs de câteva zile. Dacă nu se întâmplă acest lucru, este vorba probabil de o leziune oculară mai severă şi puteţi avea nevoie de drenarea sângelui printr-o mică deschizătură făcută la nivelul ochiului. Mergeţi la un medic oftalmolog sau la medicul de familie. Această afecţiune importantă este diferită de cea relativ inofensivă a ochilor roşii determinată de spargerea unor vase de sânge superficiale, la nivelul părţii albe a ochiului şi de hemoragia subconjunctivală, reprezentată de mici pete roşii ce apar la spargerea unor mici vase de sânge în spaţiul dintre albul ochiului şi conjunctiva palpebrală.

Laceraţia pleoapei

În cazul în care o pleoapă este tăiată sau zgâriată, aplicaţi un bandaj curat peste pleoapă fără a o comprima şi solicitaţi ajutor medical de urgenţă.

Pierderea dinţilor

Un dinte permanent scos accidental în totalitate poate fi uneori reimplantat, dar numai dacă acţionaţi repede. Un dinte rupt, pe de altă parte, nu poate fi reimplantat.

Tratament

Dacă un dinte permanent este scos, păstraţi dintele şi mergeţi de urgenţă la stomatologul dumneavoastră. Dacă acesta nu este disponibil, mergeţi la un serviciu stomatologic pentru urgenţe.

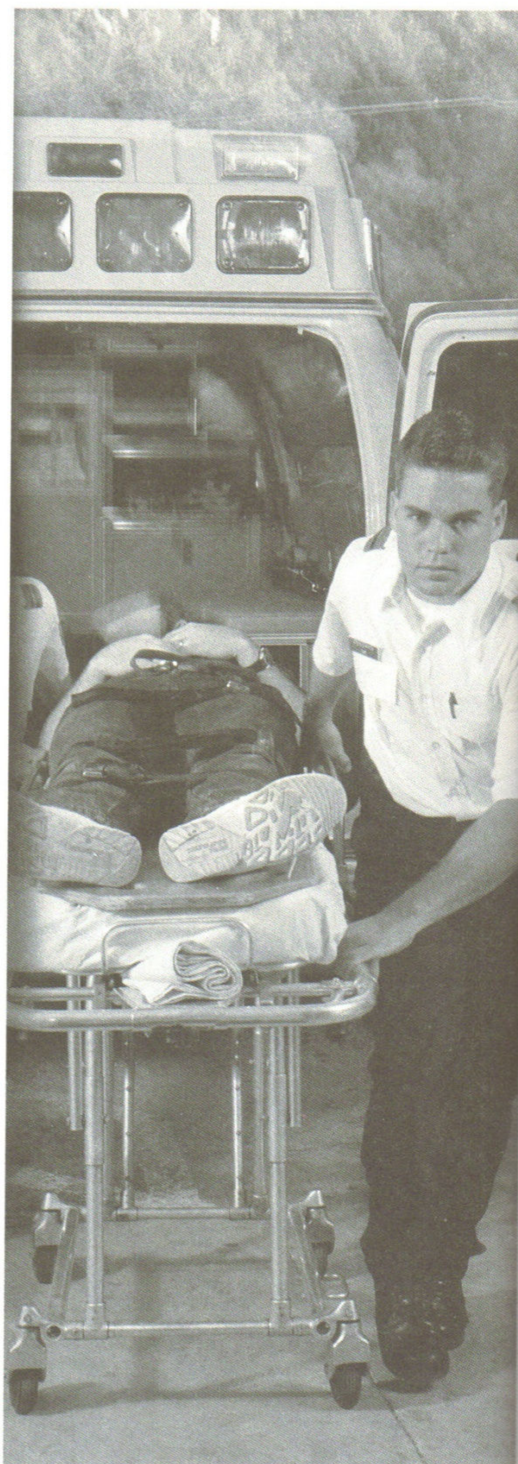
Succesul reimplantării unui dinte depinde de cât de repede este inserat dintele. Intervalul de până la 30 de minute este ideal. Mai mult de 2 ore de la traumatism este adesea prea mult. Sunt importante, de asemenea, depozitarea şi transportul corect al dintelui.

În cazul în care un dinte este scos accidental:

1. Ţineţi dintele scos doar de coroană. Nu atingeţi rădăcinile.
2. Nu frecaţi sau zgâriaţi dintele pentru a îndepărta murdăria.
3. Clătiţi uşor dintele cu apă dar nu sub jetul robinetului.
4. Încercaţi să reintroduceţi dintele la locul lui şi apoi puneţi o compresă sau un plic umed de ceai şi muşcaţi uşor pentru a menţine dintele la locul lui.
5. Dacă dintele nu mai poate fi amplasat la locul lui, puneţi-l urgent în lapte, în saliva proprie sau în apă caldă, puţin sărată.

Şocul

Şocul reprezintă o complicaţie comună a pierderii de sânge, infecţiilor, arsurilor, fracturilor majore sau a altor probleme medicale. Este o stare ce apare ca urmare a scăderii fluxului sangvin prin corpul dumneavoastră. Acest lucru va determina o scădere a valorii tensiunii dumneavoastră arteriale şi a aprovizionării cu oxigen a ţesuturilor. Această scădere poate determina variate semne şi simptome, inclusiv paloare şi puls rapid, superficial. Şocul se poate instala brusc sau poate constitui o reacţie întârziată la un traumatism. El poate constitui o situaţie ameninţătoare de viaţă.



Tipuri de şoc

Şocul este împărţit în 3 mari categorii: hipovolemic, cardiogen şi vasogen.

Şocul hipovolemic

Şocul hipovolemic rezultă în urma unei hemoragii masive, unui traumatism major sau unei deshidratări determinate de pierderea de fluide prin diaree sau vărsături. Termenul hipovolemic înseamnă că este vorba de un volum prea mic de sânge. Şocul hipovolemic sever, netratat poate duce la deces în decurs de câteva minute.

Şocul cardiogen

Şocul cardiogen este determinat de o inimă care nu mai funcţionează normal. Cauzele acestui tip de şoc sunt: infarctul miocardic, frecvenţa cardiacă foarte scăzută sau extrem de rapidă.

Şocul vasogen

Şocul vasogen este un rezultat direct al modificărilor de calibru vascular. Acest tip de şoc este produs de anumite infecţii sau de reacţii alergice severe la muşcături sau înţepături de insecte, albine (anafilaxie).

Cauze de şoc

Şocul poate avea următoarele cauze:

Pierderea de sânge

Pierderea excesivă de sânge poate produce şoc hipovolemic, în care volumul de sânge scade sub limita normală. Hemoragia poate fi externă, ca în cazul unei tăieturi severe, sau internă, ca în cazul unei fracturi de pelvis sau rupturii unui organ intern. Alte cauze de pierdere de sânge care pot determina apariţia şocului sunt reprezentate de ulcer sau o hemoragie vaginală severă.

Deshidratarea

Şocul hipovolemic poate avea drept cauză şi o scădere a lichidelor corpului. De obicei, pierderea de lichide este evidentă deoarece persoana prezintă vomă persistentă, diaree rebelă sau pierderea de lichide prin urină. Printre stările ce determină pierderea de lichide se numără gastroenterita, folosirea în exces a diureticelor sau insuficienţă corticosuprarenaliană.

Recunoaşterea şi tratarea şocului

Înainte de a putea trata eficient o persoană ce suferă de şoc, este necesar să ştiţi să recunoaşteţi semnele şi simptomele de şoc.

Recunoaşterea şocului

Următoarele semne şi simptome pot indica prezenţa şocului la o persoană bolnavă sau traumatizată:

Schimbarea culorii pielii

Pielea poate părea palidă sau cenuşie, fiind rece şi umedă.

Puls şi respiraţie rapide

Bătăile cardiace sunt slabe şi rapide, fiind acompaniate de respiraţie rapidă şi superficială. Tensiunea arterială scade mult şi poate fi imposibil de măsurat.

Privire fixă

Persoana respectivă poate părea că se uită în gol sau fix. Poate avea, de asemenea şi pupile dilatate, porţiunea neagră din centrul fiecărui ochi părând mai mare.

Stare de inconştienţă, ameţeală, agitaţie sau senzaţie de sete

Persoana respectivă poate fi inconştientă. Dacă nu este, ea se poate simţi în stare de leşin, ameţită sau slăbită sau poate deveni confuză, anxioasă sau agitată. Multe persoane în stare de şoc pot avea senzaţia de sete.

Tatamentul şocului

Dacă observaţi semnele sau simptomele de şoc, chemaţi ajutor medical de urgenţă. În timp ce aşteptaţi sosirea ajutorului medical de urgenţă:

Întindeţi persoana pe jos

Culcaţi persoana pe spate şi cu capul mai jos decât corpul. Această poziţie poate ajuta la menţinerea fluxului sangvin cerebral şi poate ameliora senzaţia de leşin. Ridicarea picioarelor pe o pernă sau pe alt obiect de sprijin este adesea cel mai uşor mod de a obţine această poziţie. Dacă persoana a suferit o leziune în care ridicarea picioarelor este dureroasă sau poate produce alte leziuni, culcaţi persoana pe spate, pur şi simplu. Încercaţi să reduceţi la maximum mişcările.

Menţineţi persoana într-o stare de confort şi la căldură

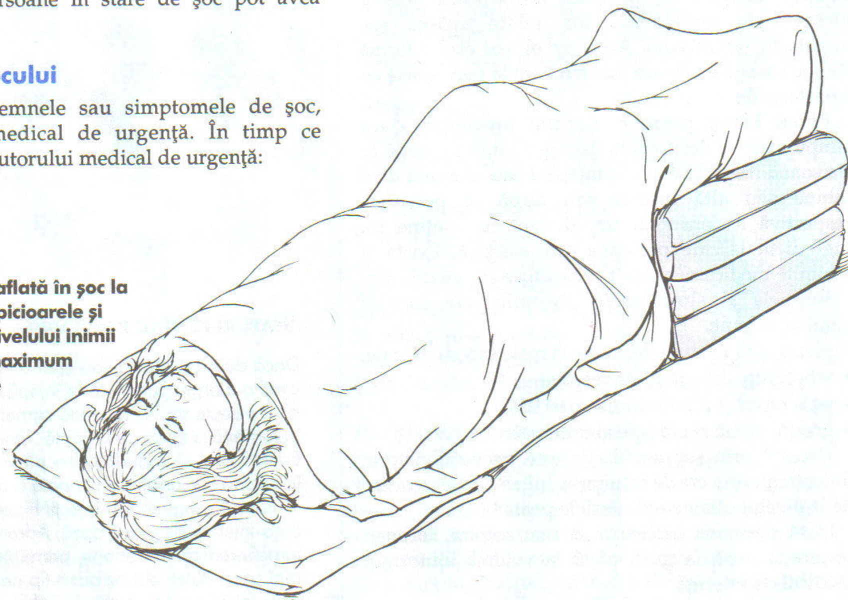
Slăbiţi fularul, cureaua sau alte obiecte de îmbrăcăminte prea strâmte. Acoperiţi persoana cu o pătură dacă temperatura este scăzută. Dacă podeaua sau pardoseala este rece, puneţi o pătură între aceasta şi victimă. Dacă este cald, plasaţi victima la umbră sau într-o zonă mai răcoroasă, pe cât posibil.

Luaţi măsuri de prevenire a sufocării

Dacă persoana vomită sau sângerează pe gură, aşezaţi-o pe o parte. Această poziţie va preveni aspiraţia sau inhalarea vomei sau sângelui.

Trataţi leziunile

Dacă există vreo leziune, trataţi-o. Opriţi orice sângerare, imobilizaţi o fractură sau efectuaţi orice tehnici corespunzătoare de prim ajutor. Durerea provocată de o fractură neimobilizată poate agrava şocul. Fiţi deosebit de atent atunci când imobilizaţi o persoană care poate avea o leziune a coloanei vertebrale pentru a nu determina o altă leziune a măduvei spinării.



Menţineţi victima aflată în şoc la căldură. Ridicaţi-i picioarele şi tălpile deasupra nivelului inimii pentru a mări la maximum fluxul sangvin spre creier.

Afecţiuni cardiace

Anumite afecţiuni cardiace, cum ar fi atacul de cord, pot determina o reducere a circulaţiei sangvine ducând la şoc cardiogenic. Irigarea cu sânge a ţesuturilor scade sub valoarea normală datorită forţei de pompare inadecvate a inimii. Celulele ţesuturilor nu mai au suficient oxigen necesar funcţionării normale, rezultând şocul.

Infecţia

Dacă un agent infecţios intră în circulaţia sangvină într-o cantitate covârşitoare şi circulă prin organism, poate produce ceea ce se numeşte şoc septic, un tip de şoc vasogen. Organismul se apără distrugând bacteria nedorită. Dar, în acest proces, bacteria eliberează toxine periculoase care pot provoca distrucţii tisulare şi pot interfera cu circulaţia sangvină normală.

Prezenţa acestor toxine în circulaţia sangvină poate produce o varietate de semne şi simptome, ce pot cuprinde piele înroşită şi caldă la atingere, frisoane şi febră, frecvenţă cardiacă crescută şi respiraţie superficială. În mod obişnuit, aceste simptome durează de la 30 de minute la câteva ore, pentru ca apoi să facă loc altor simptome ca piele rece şi umedă, o scădere abruptă a presiunii sangvine, sete extremă, respiraţie sacadată şi chiar insuficienţă respiratorie.

Şocul septic apare mai ales persoanele mai în vârstă, cele foarte tinere şi persoanele cu anumite boli subiacente precum diabetul, afecţiuni hepatice şi cancere ale sângelui.

Reacţii alergice severe

Anumite persoane reacţionează mai sever ca altele la anumiţi alergeni şi, în cazul introducerii acestor alergeni în organismul lor, poate apărea şoc anafilactic (anafilaxie). Acest tip de şoc este o formă de şoc vasogen şi apare mai frecvent la persoanele cu un istoric de alergie.

Puteţi bănui prezenţa şocului anafilactic dacă simptomele se dezvoltă în decurs de minute după ce persoana respectivă a fost înţepată sau muşcată de o albină sau altă insectă sau după ce persoana respectivă a consumat un aliment ce conţine un ingredient la care persoana este alergică. Există şi anumite medicamente ce pot produce şoc anafilactic.

Semnele şi simptomele obişnuite ale şocului anafilactic sunt:

- piele caldă la atingere; poate fi roşie sau cu macule;
- wheezing, dificultăţi de respiraţie;
- puls rapid şi hipotensiune arterială;
- greaţă, vomă şi crampe abdominale.

Decesul prin şoc anafilactic este frecvent, datorat dificultăţilor severe de respiraţie. Inflamaţia ţesuturilor de la nivelul căilor respiratorii le poate bloca.

Dacă persoana încetează să mai respire, începeţi respiraţia gură la gură până la venirea ajutorului medical de urgenţă.



SFATURI PENTRU PREVENIRE

Dacă dumneavoastă sau unul dintre membrii familiei aveţi o alergie puternică la înţepătura de albină, a altor insecte sau la anumite alimente, păstraţi la îndemână o trusă de urgenţă, bine echipată.
Ea ar trebui să includă adrenalină (epinefrină) care, în caz de şoc anafilactic, poate fi administrată folosind seringi pentru injecţii hipodermice sau un auto-injector de unică doză. Adrenalina opreşte rapid tumefierea căilor aeriene, permiţându-vă să respiraţi mai uşor. Puteţi obţine acest tip de trusă cu ajutorul unei reţete emise de medicul dumneavoastră.



Pierderea stării de conştienţă, convulsiile şi accidentul vascular cerebral

Pierderea bruscă a stării de conştienţă este unul dintre cele mai alarmante evenimente medicale. Episoadele de pierdere a stării conştienţei sunt, în general, cele mai inofensive dintre evenimentele enunţate. De exemplu, anumite persoane, perfect sănătoase, leşină la vederea sângelui şi îşi revin complet în decurs de câteva minute. Cu toate acestea, orice pierdere a stării de conştienţă, criză convulsivă sau accident vascular cerebral, trebuie tratate ca potenţiale urgenţe medicale serioase. O persoană aflată în stare de inconştienţă trebuie să primească asistenţă medicală de urgenţă.

Pierderea stării de conştienţă

Persoanele leşină în momentul în care aportul de sânge spre creier scade prea mult. Cel care leşină devine palid deoarece există prea puţin sânge care ajunge la nivelul pielii şi apoi persoana respectivă îşi pierde temporar starea de conştienţă. De obicei, după un minut de stat culcat, fluxul sangvin în diferite zone ale corpului este restabilit şi persoana îşi recapătă starea de conştienţă.

Episoadele de pierdere a conştienţei pot fi fără semnificaţie medicală sau, din contră, pot semnaliza o afecţiune serioasă. Există diferite tulburări medicale, printre care tulburări grave de ritm cardiac şi episoade severe de tuse care pot determina stări de pierdere a conştienţei. Anumite persoane leşină când sunt foarte obosite, când primesc veşti care-i indispun din punct de vedere emoţional sau atunci când văd ceva tulburător. Frecvenţa cardiacă şi tensiunea arterială scad. Oricât de banal ar putea părea un leşin, el ar trebui tratat ca urgenţă medicală până la dispariţia simptomelor şi identificarea cauzei.

Tratament

Puteţi face mai multe lucruri pentru a ajuta o persoană care a leşinat sau simte că este pe cale să leşine:

Culcaţi persoana respectivă

Dacă cineva se plânge de o stare de leşin sau ameţeală, în timp ce stă în jos sau în picioare, sfătuiţi persoana să se întindă. Dacă nu există spaţiul necesar, ajutaţi persoana să se aplece înainte în timp ce stă aşezată şi să-şi pună capul între genunchi. Acest lucru va ameliora fluxul sangvin spre creier. Dacă persoana leşină rămânând aşezată, culcaţi-o repede pe jos.

Poziţionaţi persoana respectivă pe spate

Dacă, datorită unui episod de pierdere a conştienţei, persoana cade, culcaţi-o pe spate. Cei ce îşi pierd starea de conştienţă pot uneori vomita, astfel că ar trebui să verificaţi dacă nu există obstrucţia căilor respiratorii. Verificaţi, de asemenea, semnele vitale. De exemplu, mai respiră victima? Puteţi simţi pulsul? Acesta poate fi slab şi încet, aşa că trebuie să verificaţi cu atenţie. Dacă s-a oprit respiraţia, este vorba de

ceva mai serios decât un simplu leşin. Începeţi imediat resuscitarea cardio-pulmonară. Puneţi pe altcineva să cheme ajutor medical de urgenţă. Dacă persoana respectivă respiră, puneţi-i picioarele pe un scaun sau pe un alt obiect înălţat, astfel încât să fie mai sus decât capul. Această poziţie va creşte fluxul sangvin spre creier. Desfaceţi cureaua, cravata sau orice îmbrăcăminte prea strâmtă. Persoana îşi poate reveni rapid.

Verificaţi alte semne şi simptome

Prezintă persoana respectivă dureri de piept sau de cap? Există vreo dificultate aparentă de respiraţie? Se plânge persoana respectivă de amorţeală sau de slăbiciune permanentă? Acestea pot fi semnele unei boli subiacente. În cazul apariţiei vreunuia dintre aceste semne sau simptome, căutaţi ajutor medical de urgenţă.

Încurajaţi persoana să o ia uşor

După leşin, culoarea feţei victimei ar trebui să revină la normal. Deseori, victima se poate simţi slăbită o scurtă perioadă după leşin, aşa că menţinerea poziţiei culcat câteva minute în plus este o idee bună.

Trataţi eventualele leziuni

Dacă persoana a fost accidentată în cazul unei căzături asociate unui leşin, trataţi orice echimoză, rană sau tăietură. Chemaţi ajutor medical de urgenţă dacă leziunea pare gravă.

Convulsiile

În mod normal, celulele nervoase produc descărcări electrice coordonate. Când acestea se dezorganizează,



Când un copil are o criză convulsivă

Uneori, în cazul unei febre mari poate apărea o convulsie la un sugar sau copil mai mare. Ea este cunoscută sub numele de convulsie febrilă (vezi pag. 566). În acest caz, aşezaţi copilul pe o parte până la terminarea convulsiei, apoi scădeţi-i treptat temperatura corpului cu ajutorul unui burete sau a unei comprese îmbibate în apă călduţă. Nu cufundaţi copilul în apă rece. Solicitaţi de urgenţă ajutor medical.

Când febra devine o urgenţă

Chiar şi când sunteţi sănătos temperatura corpului variază şi acest lucru este normal. Medicii consideră, de obicei, temperatura de 36,6°C o valoare normală. Dar temperatura dumneavoastră normală poate diferi cu un grad sau mai mult. Dimineaţa, temperatura dumneavoastră este în general mai mică, iar după-amiaza este întrucâtva mai ridicată.

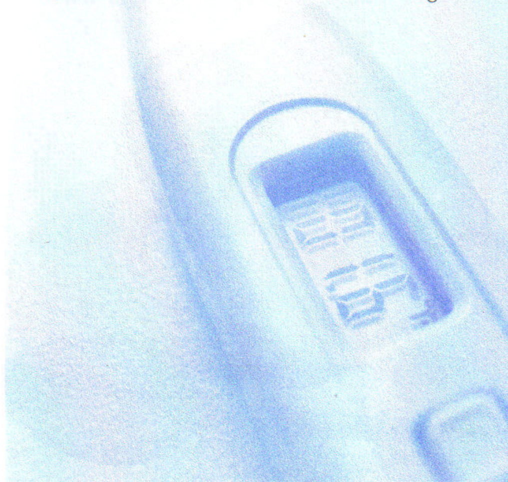
Febra în sine nu constituie o boală, dar este adesea semnul uneia. Febra vă spune că se întâmplă ceva în interiorul corpului dumneavoastră. Cel mai probabil, organismul dumneavoastră se luptă cu o infecţie cauzată de o bacterie sau un virus.

Deseori, febra nu este un motiv de îngrijorare, dar, uneori, trebuie evaluată, în special dacă este însoţită de alte simptome severe. Consultaţi medicul în oricare din următoarele situaţii:

- temperatura dumneavoastră depăşeşte 38,6°C;
- temperatura dumneavoastră a fost mai mare de 37,5°C pentru mai mult de 3 zile;
- un sugar mai mic de 3 luni are o temperatură de 37,3°C sau mai mare.

Solicitaţi ajutor medical de urgenţă dacă febra este însoţită de unul dintre următoarele semne sau simptome:

- cefalee severă;
- vărsături persistente;
- confuzie mintală;
- criză convulsivă;
- edem sever al gâtului;
- sensibilitate neobişnuit de mare la lumină puternică;
- gât înţepenit şi o durere semnificativă la aplecarea înainte a capului;
- dificultăţi în respiraţie;
- agitaţie extremă sau iritabilitate;
- fontanelă care bombează în cazul unui sugar.



apare o convulsie. O criză grand mal este un episod involuntar ce constă în alternarea de contracţii şi relaxări musculare, însoţite de pierderea conştienţei.

Crizele convulsive epileptice sunt, probabil, cele mai cunoscute, dar convulsiile pot fi determinate de multe alte afecţiuni medicale. Acestea pot fi: insuficienţă renală, meningită, eclampsia gravidică, traumatisme cranio-cerebrale, sevrajul brusc al anumitor medicamente de tipul benzodiazepinelor (Diazepam şi altele) şi barbiturice (ca fenobarbital şi amobarbital), precum şi consumul de droguri ilegale. Rareori convulsia este primul semn al unei tumori cerebrale.

Tratament

Când vă aflaţi cu o persoană care are o criză convulsivă, acţionaţi în felul următor:

Împiedicaţi persoana respectivă să se rănească sau să rănească pe altcineva

Dacă persoana respectivă vomită, încercaţi să-i întoarceţi capul astfel ca voma să fie dată afară şi nu aspirată în căile aeriene. Degajaţi zona din jurul persoanei respective de mobilă sau alte obiecte pentru a reduce riscul de accidentare a victimei, în timpul mişcărilor involuntare ale corpului. Nu încercaţi să opriţi mişcările unei persoane care prezintă o criză convulsivă.

Deşi persoana poate înceta pentru scurt timp să respire- şi o persoană cu tenul deschis poate avea un aspect vineţiu datorită lipsei de oxigen- respiraţia se restabileşte aproape invariabil, fără a fi nevoie de respiraţie asistată prin metodele de resuscitare cardio-pulmonară.

Aşezaţi persoana respectivă pe o parte

O dată cu terminarea crizei convulsive, aşezaţi persoana pe o parte. Această postură permite o respiraţie normală şi lasă lichidul de vomă sau alte lichide să se scurgă din gură şi căile aeriene. Persoana poate elimina sânge pe gură, dacă şi-a muşcat limba sau obrazul. După criza convulsivă, persoana respectivă poate fi confuză o scurtă perioadă de timp. Urmăriţi persoana până la restabilirea completă a funcţiilor cognitive.

Chemaţi ajutor medical de urgenţă, dacă este necesar

Chemaţi ajutor medical de urgenţă dacă o persoană prezintă o convulsie şi este valabil vreunul dintre următoare lucruri:

- Persoana nu a mai prezentat nici o convulsie înainte.
- Episodul a durat mai mult decât câteva minute.
- Convulsia este o recurenţă.

Încercaţi să reţineţi mental detaliile importante cu privire la criza convulsivă: durata acesteia, membrele afectate, posibilele cauze declanşatoare ale convulsiei şi orice alte detalii pe care le-aţi observat.

Trataţi leziunile

Dacă persoana respectivă este accidentată în timpul căderii asociate cu convulsia, trataţi tumefacţiile, rănile sau tăieturile.

Accidentul vascular cerebral

Accidentul cerebral vascular este rezultatul sîngerării intracerebrale sau blocării fluxului sangvin normal spre creier. Alt termen pentru accidentul cerebral vascular este atac cerebral. Dacă sunteţi de părere că dumneavoastră sau cineva care este cu dumneavoastră aveţi un accident cerebral vascular, chemaţi ajutor medical de urgenţă. La fel ca şi în cazul atacului de cord fiecare minut contează. Cu cât trece mai mult timp până la instituirea tratamentului unui accident vascular cerebral, cu atât mai mari pot fi daunele.

Semnele şi simptomele accidentului vascular cerebral sunt:

- Amorţeală, slăbiciune sau paralizie a feţei, braţelor sau picioarelor instalate brusc, de regulă pe o jumătate de corp.
- Vorbire neinteligibilă sau dificultăţi de vorbire sau de înţelegere a ceea ce se vorbeşte.
- Tulburări de vedere (vedere tulbure sau scăderea acuităţii vizuale) instalate brusc, de obicei la nivelul unui singur ochi.
- Ameţeală, pierderea echilibrului sau a coordonării mişcărilor.
- Cefalee severă, instalată brusc, fără o cauză aparentă.
- Tulburări de înghiţire datorită lipsei de coordonare.

Semnele şi simptomele unui accident cerebral vascular pot dura doar câteva minute sau pot persista câteva ore. Chiar şi semnele de alarmă ce durează foarte puţin trebuie tratate cu seriozitate.

Tratament

În timp ce aşteptaţi sosirea ajutorului medical de urgenţă, supravegheaţi respiraţia persoanei respective. Dacă respiraţia se opreşte începeţi resuscitarea cardio-pulmonară. Tulburările minore de respiraţie pot fi ameliorate prin ridicarea capului şi a umerilor persoanei pe o pernă. Fiţi atent ca persoana să nu vomite. Dacă vomită, întoarceţi-i într-o parte capul, astfel încât lichidul de vomă să poate fi drenat prin gură şi nu aspirat în plămâni. Nu permiteţi persoanei să bea sau să mănânce ceva. Dacă persoana prezintă paralizia vreunui segment, protejaţi membrele paralizate astfel încât să nu fie lezate de eventuale mişcări ale victimei sau de transport.



Criza hipertensivă

Hipertensiunea arterială este o problemă medicală curentă- aproximativ 25% dintre americani au hipertensiune arterială. Spre deosebire de hipertensiunea arterială, care este ceva frecvent, o criză de hipertensiune arterială este un lucru foarte neobişnuit. Starea apare atunci când presiunea sângelui în artere creşte până la un nivel periculos de mare- când valoarea minimei (tensiunea diastolică) depăşeşte valoarea de 140 mmHg. Valoarea normală a tensiunii diastolice este de 85 mmHg sau mai mică.

Alături de valori foarte mari ale tensiunii arteriale, următoarele semne şi simptome pot indica o criză hipertensivă:

- cefalee severă, însoţită de confuzie şi vedere neclară;
- dureri în piept;
- greaţă şi vărsături;
- o criză convulsivă.

Cauzele posibile ale unei urgenţe hipertensive sunt: accidentul vascular cerebral, eclampsia din sarcină, insuficienţa renală şi interacţiuni medicamentoase grave. Cauza poate fi şi mai simplă, de exemplu situaţiile în care nu vă trataţi hipertensiunea arterială sau uitaţi să vă luaţi medicaţia antihipertensivă, amândouă putând permite tensiunii arteriale să devină periculos de crescută.

Tratament

Când cineva prezintă simptomele unei crize hipertensive, chemaţi ajutor medical de urgenţă. Până la sosirea acestuia, persoanele simptomatice ar trebui să stea culcate şi să se odihnească. Nu-i daţi persoanei respective nimic de băut sau de mâncat.

Urgenţele diabetice

Persoanele cu diabet pot prezenta următoarele tipuri de urgenţe: şocul insulinic, coma cetoacidozică şi coma hiperglicemică (cu valori crescute ale glicemiei).

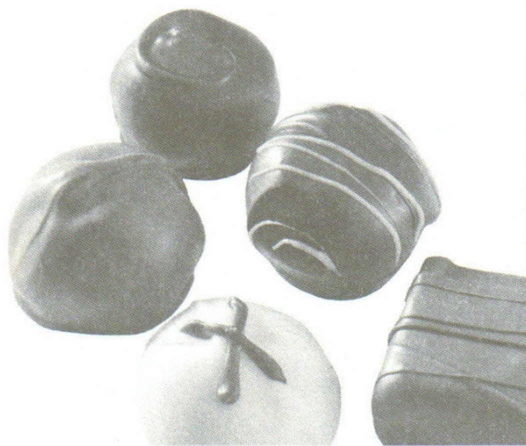
Şocul insulinic

Acesta este cunoscut şi sub numele de reacţie insulinică sau scăderea glicemiei (hipoglicemie). Această stare apare ca urmare a existenţei în sânge a unei cantităţi prea mari de insulină şi prea mici de glucoză. Hipoglicemia este mai frecventă la diabeticii trataţi cu insulină. Rareori o persoană care nu este cunoscută ca diabetică poate avea valori scăzute ale glucozei sangvine.

Semnele şi simptomele variază, ele putând include nelinişte, foame, sentimente de teamă sau confuzie, piele rece şi umedă, transpiraţii abundente, pierderea conştienţei sau convulsii. Evoluţia semnelor şi simptomelor poate avea loc în mai puţin de o oră.

În cazul persoanelor diabetice care iau insulină, glucoza din sânge poate scădea din mai multe cauze, cele mai frecvente fiind:

- omiterea unei mese;
- efort fizic mai îndelungat sau mai susţinut decât de obicei;
- neadaptarea medicaţiei la variaţiile nivelului glicemiei.

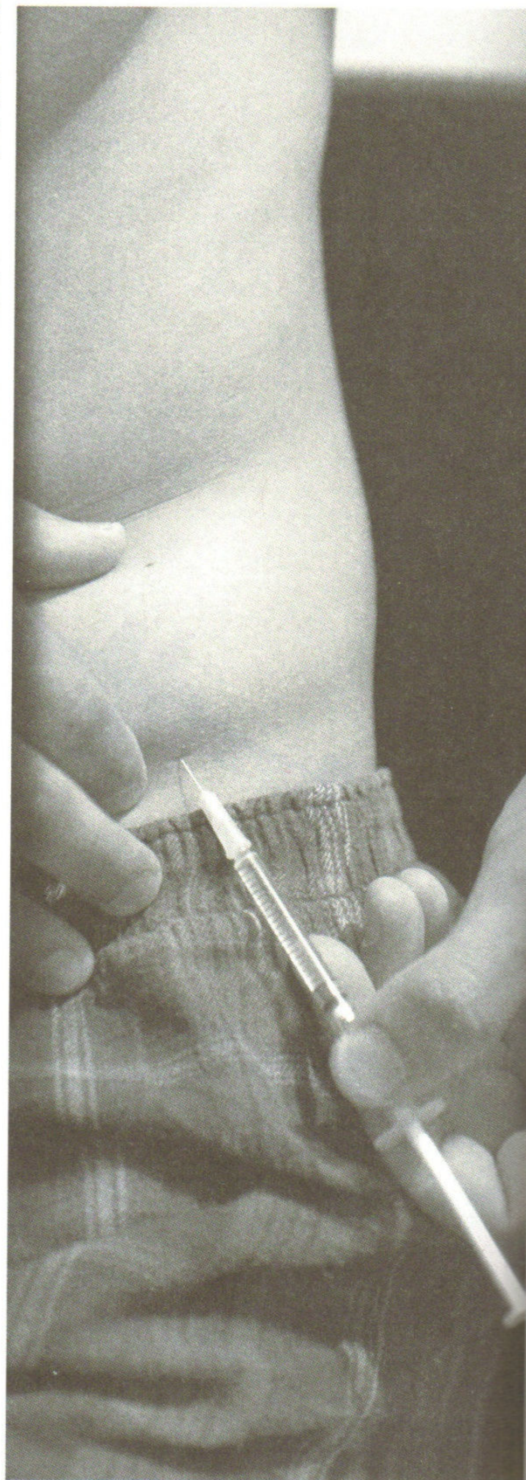


Tratament

O dată identificată cauza crizei hipoglicemice, daţi persoanei respective orice carbohidrat sau zahăr, dacă este posibil. Sunt eficiente sucul de fructe, bomboanele, băuturile răcoritoare dulci. Persoana respectivă se poate împotrivi puternic să mănânce ceva datorită stării de confuzie determinată de hipoglicemie.

Dacă persoana vomită, aşteptaţi câteva momente şi apoi daţi-i cu precauţie porţii mici de alimente pe bază de carbohidraţi. Dacă persoana nu poate coopera la înghiţit, puteţi încerca să-i introduceţi în gură câte o linguriţă de sirop la intervale de câteva minute. De obicei trec 15-30 de minute de la momentul administrării zahărului şi până la ameliorarea simptomelor.

Dacă persoana şi-a pierdut conştienţa, ar putea avea nevoie de administrarea subcutanată a unei injecţii cu glucagon, pentru dispariţia simptomatologiei. Chemaţi imediat ajutor medical dacă persoana nu-şi revine rapid. După ce şi-a revenit aparent, supravegheaţi-o 1-2 ore, deoarece uneori este nevoie de un asemenea interval lung de timp pentru restabilirea completă a funcţiilor cerebrale.



Cetoacidoza diabetică

Cetoacidoza diabetică apare, de obicei, în momentul în care o persoană cu diabet de tip I (numit în trecut diabet juvenil sau insulinodependent) omite o doză de insulină, îşi face o doză prea mică sau se luptă cu o boală severă de genul pneumoniei. În aceste cazuri, celulele musculare au o nevoie aşa de mare de energie încât organismul ia măsuri de urgenţă şi catabolizează grăsimi. Pe măsură ce grăsimile sunt transformate în energie, se produc acizi sangvini numiţi cetone.

Creşterea nivelului sangvin de cetone determină o varietate de semne şi simptome, care apar mai lent şi de obicei progresează în câteva ore sau zile până se agravează. Aceste simptome pot fi:

- respiraţie profundă şi accelerată;
- respiraţie cu miros dulceag, de fructe;
- pierderea apetitului;
- greaţă şi vomă;
- febră;
- dureri de stomac;
- modificări progresive ale stării de conştienţă, ce pot culmina cu comă.

Tratament

Dacă nu sunteţi sigur că starea proastă a unei persoane se datorează unei reacţii insulinice sau unei cetoacidoze diabetice, daţi-i puţin zahăr – ca în cazul unei reacţii insulinice. Dacă nu apare nici o îmbunătăţire în decurs de câteva minute, chemaţi ajutor medical de urgenţă.

Hiperglicemia

Sindromul hiperosmolar diabetic determină niveluri excesive de glucoză sangvină, saturând sângele cu zahăr. Celulele sangvine nu pot consuma o cantitate aşa de mare de zahăr, astfel că zahărul trece din sânge în urină. Prin procesul de filtrare necesar eliminării zahărului în exces se pierde o mare cantitate de lichide din organism, producând o deshidratare severă. Dacă persoana ce suferă de acest sindrom nu consumă suficientă apă, nivelul glicemiei creşte progresiv determinând pierderea gradată a stării de conştienţă.

Semnele şi simptomele acestui sindrom sunt:

- sete excesivă;
- creşterea eliminării de urină;
- stare de slăbiciune;
- crampe la nivelul picioarelor;
- confuzie;
- puls rapid;
- convulsii;
- comă.

Tratament

Dacă vi se pare că o persoană este în comă cetoacidozică, chemaţi ajutor medical de urgenţă. Coma poate fi prevenită prin ingestia de către persoanele diabetice a unor cantităţi mari de apă şi prin tratarea promptă a semnelor precoce ale bolii.

Otrăvirea

Orice substanţă înghiţită, inhalată, injectată sau absorbită de corp, ce interferă cu funcţionarea normală a organismului este, conform definiţiei, o substanţă toxică. Unele substanţe otrăvitoare sunt bine cunoscute: pesticidele, veninurile animale şi chimicalele gospodăreşti ce au întipărite pe ele avertizări de pericol. Există însă şi o mulţime de toxice mai puţin cunoscute.

De fapt, aproape toate substanţele nealimentare sunt toxice dacă sunt luate în cantităţi suficient de mari. Aspirina este un exemplu excelent de substanţă nealimentară la care nu v-aţi gândi că este toxică. Acest medicament folositor se găseşte în majoritatea caselor şi este sigur dacă este folosit corespunzător. Totuşi, în fiecare an, există mai mulţi copii ce mor printr-o supradoză de aspirină decât printr-o supradoză de alte toxice mai cunoscute, de tipul substanţelor de curăţat folosit în gospodărie sau antigelului.

Când suspectaţi o otrăvire

Uneori, o otrăvire este evidentă. Nu poate fi negată când un copil este găsit stând în şezut pe jos, înconjurat de tablete de aspirină, unele pe jumătate mestecate iar altele înghesuite precum acadelele în gură. De multe ori, însă, este greu de spus dacă cineva s-a otrăvit sau nu. Dacă suspectaţi o otrăvire căutaţi aceste semnale de alarmă:

- înroşire sau arsuri în jurul gurii sau la nivelul buzelor;
- răsuflare cu miros de substanţe chimice, de tipul benzinei sau diluantului pentru lacuri şi vopsele;

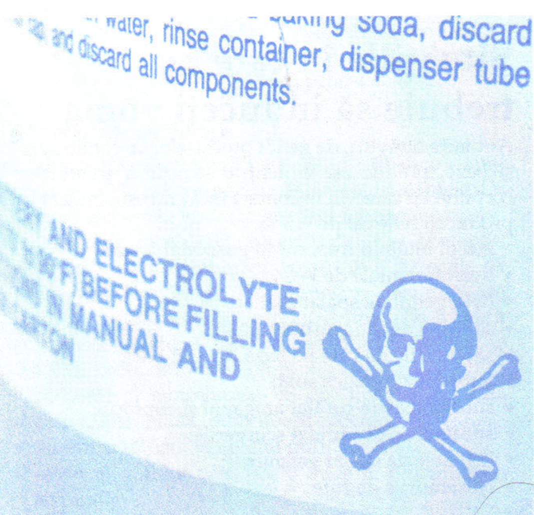
SFATURI PENTRU PREVENIRE

Supradozele de medicamente aparent inofensive, de tipul antialgicelor aspirină sau paracetamol, curmă anual multe vieţi. Numeroase alte medicamente ce se eliberează fără prescriere medicală pot fi periculoase dacă sunt luate în cantităţi mari, în special dacă este vorba despre un adult sau un bătrân.
Aceste medicamente sunt reprezentate de sedative, antihistaminice, fier şi alte suplimente de vitamine.
Depozitaţi departe de copii toate medicamentele, prescrise sau nu de medic. Nu le puneţi la îndemâna copiilor mici, de exemplu pe un raft de la bucătărie, o noptieră sau într-o pungă. Cumpăraţi obiecte de depozitare prevăzute cu siguranţe pentru copii.
Dacă aveţi medicamente ce trebuie ţinute la frigider, depozitaţi-le pe un raft înalt nu la îndemâna sau la vederea copiilor. Dacă medicamentele sunt depozitate în dulapuri, încuiaţi-le sau instalaţi un dispozitiv ce împiedică accesul copiilor mici.

Centrele pentru controlul substanţelor toxice

Acestea nu sunt spitale sau centre de tratament ci sunt biblioteci în care lucrează experţi în substanţe toxice. Informaţiile pe care aceştia le pot oferi pot fi cruciale pentru administrarea unui tratament rapid şi eficient în cazul unei urgenţe datorate otrăvirii.

Aceste centre sunt de obicei afiliate unor spitale mari sau departamentelor de urgenţe. Majoritatea statelor (SUA) au cel puţin un centru regional care trebuie să întrunească standardele de informaţie şi personal stabilite de Asociaţia Americană pentru Centre de Control al Substanţelor Toxice. În majoritatea regiunilor există un număr telefonic gratuit, unic, de apelare a acestor centre de control. Dacă acest număr nu este valabil în regiunea dumneavoastră căutaţi la rubrica departamentelor de urgenţă din cartea de telefon pentru a găsi numărul de telefon al celui mai apropiat centu de control al substanţelor toxice.



- arsuri, pete sau mirosuri la persoana respectivă, pe haine sau pe mobilă, podea, covoare sau alte obiecte în aria în care victima se juca sau lucra;
- dificultăţi în respiraţie;
- vărsături sau alte simptome medicale neaşteptate.

Multe stări mimează semnele şi simptomele otrăvirilor. Este vorba despre convulsii, intoxicaţii, accidente vasculare cerebrale şi reacţii insulinice. Dacă nu găsiţi nici un semn care să indice o otrăvire nu trataţi victima ca pentru o otrăvire, ci chemaţi ajutor medical de urgenţă.

Tratament

Dacă cineva este în stare de inconştienţă şi credeţi că aceasta a ingerat o otravă, chemaţi ajutor medical de urgenţă. Dacă persoana respectivă este trează şi alertă, urmaţi următorii paşi:

1. Sunaţi centrul pentru controlul substanţelor toxice. Există un număr telefonic gratuit care însă nu este valabil în întreaga ţară. În anumite comunităţi, există un număr local care este listat alături de celelalte numere telefonice pentru urgenţe, la începutul cărţii de telefon. Dacă nu puteţi găsi rapid un număr sau dacă nimeni nu răspunde imediat, sunaţi pentru ajutor medical de urgenţă sau transportaţi persoana la cel mai apropiat departament de urgenţe, cât mai repede cu putinţă.
2. Când sunaţi la centrul pentru controlul substanţelor toxice sau la alt departament de asistenţă pentru urgenţe, pregătiţi următoarele informaţii:
   - starea persoanei otrăvite, vârsta şi greutatea;
   - tubul în care s-a găsit produsul, pentru lista componenţilor;
   - ora la care a avut loc incidentul;
   - numele dumneavoastră , numărul de telefon şi adresa.
3. Veţi fi întrebat şi alte amănunte, de genul: „ce cantitate de produs credeţi că s-a consumat?" şi „Ce aţi făcut până acum?"



Situaţiile în care nu trebuie să induceţi voma

Anumite otrăvuri, de genul produselor ce conţin acizi şi baze, produc aşa o mare distrucţie a ţesuturilor corpului cu care vin în contact încât nu este indicat să produceţi reflexul de vomă.

Acizii întâlniţi frecvent în gospodărie sunt:

- dezinfectantele de WC;
- detergenţii de spălat căzile;
- soluţiile de îndepărtat rugina;
- săpunurile de rufe pe bază de acid boric.

Substanţele bazice sunt:

- substanţele de curăţat aragazul şi cuptorul;
- substanlele de curăţat scurgerile;
- lichidele de spălat geamurile;
- balsamurile de rufe.

Tratament

Dacă persoana pe care o suspectaţi că a înghiţit un toxic este în stare de inconştienţă, sunaţi după ajutor medical de urgenţă sau transportaţi imediat victima la un departament de urgenţe. Dacă persoana respectivă este conştientă, sunaţi cel mai apropiat centru pentru controlul substanţelor toxice pentru instrucţiuni. În loc să induceţi vărsăturile, va trebui să diluaţi toxicul sau să-l neutralizaţi cu o altă substanţă.

Pentru a neutraliza acizi, veţi fi instruiţi să administraţi lapte de magneziu sau altă substanţă. Pentru a neutraliza o bază, vi se va spune să administraţi victimei suc de lămâie sau oţet diluat.

Cele mai frecvente plante otrăvitoare

Numele	Părţile otrăvitoare
Piersică	Sâmburi
Cireşe	Sâmburi
Dieffenbachie	Frunze
Iederă englezească	Toată planta
Degeţel roşu (digitală)	Toată planta
Ilice	Frunze şi boabe
Măr sălbatic	Toată planta
Lăcrămioară	Toată planta
Vâsc	Frunze şi boabe
Anumite ciuperci (în special amanita)	Toata planta
Filodendronul	Toată planta
Prune	Sâmburi
Poinsettia	Frunze, tulpina şi sevă
Cartofi	Muguri, rădăcini şi lăstari
Rododendron	Toată planta
Rubarba	Frunze

4. Nu închideţi. După o scurtă consultare a materialelor de specialitate, persoana de la celălalt capăt al firului vă va spune ce să faceţi.
5. Aflaţi dacă trebuie să induceţi voma. Anumite substanţe trebuie eliminate prin vomă; altele, precum produsele de petrol, acizii sa bazele nu trebuie. Dacă nu ştiţi despre ce toxic este vorba nu induceţi vărsătura.
6. Dacă vi se spune să induceţi voma persoanei care a ingerat un toxic, folosiţi una dintre următoarele două metode:
   - introduceţi un deget în gura persoanei şi atingeţi fundul gâtului. Dacă persoana este suficient de mare, ar fi mai uşor să-şi provoace singură vărsătura;
   - dacă aveţi sirop de ipeca la îndemână- şi fiecare gospodărie în care sunt copii ar trebui să aibă- administraţi o anumită cantitate persoanei otrăvite, împreună cu 1-2 pahare de apă caldă.
7. Indiferent dacă vărsătura este indusă sau este spontană, asiguraţi-vă că ea nu este aspirată în plămâni. Un copil mic poate fi ţinut peste genunchii dumneavoastră, cu faţa în jos. O persoană mai mare ar putea să se aplece în faţă sau să se întindă pe un pat cu capul atârnat peste marginea patului. Bărbia ar trebui să fie mai jos decât şoldurile. După ce a vomitat, daţi persoanei respective să bea puţin lapte sau apă.
8. Monitorizaţi semnele vitale ale victimei. Fiţi atent la modificările stării persoanelor ce au înghiţit un toxic. Dacă se opreşte respiraţia, începeţi imediat resuscitarea cardio-pulmonară. Urmăriţi posibila apariţie a simptomelor de şoc.
9. Dacă substanţa toxică a sărit pe hainele, pielea sau în ochii victimei, scoateţi haina respectivă şi spălaţi pielea sau ochii sub jet de apă. Va trebui poate să menţineţi pleoapa victimei deschisă în timpul spălării cu jet de apă.
10. Mergeţi imediat la un departament de urgenţe medicale. Dacă nu puteţi să transportaţi victima, chemaţi ajutor medical de urgenţă. Luaţi cu dumneavoastră containerul sau pachetul în care a fost ambalată substanţa toxică. Dacă nu se cunoaşte substanţa toxică dar persoana a vomitat, luaţi cu dumneavoastră o mostră de vărsătură pentru analize.

Plante otrăvitoare

Multe plante - atât cultivate cât şi sălbatice - sunt otrăvitoare în caz de ingestie. Fiţi atent la plantele din casa, grădina sau vecinătatea casei dumneavoastră şi instruiţi-vă care sunt otrăvitoare. De exemplu, seminţele de măr, mugurii de cartofi şi frunzele de roşii sunt otrăvitoare. Lăcrămioara, deşi ornează frumos marginile aleilor, este otrăvitoare, la fel sunt şi narcisele galbene, piciorul cocoşului şi floarea de crăciun: sfinte dar otrăvitoare.

Semnele şi simptomele ce pot apărea în urma ingestiei unei plante otrăvitoare cuprind:

- durere arzătoare la nivelul gurii şi gâtului;
- edem al gâtului care poate duce la dificultăţi în respiraţie;
- vărsături;

- dureri abdominale sau alte tulburări gastro-intestinale;
- halucinaţii;
- convulsii;
- pierderea stării de conştienţă.

Dacă bănuiţi că o persoană a ingerat o plantă otrăvitoare, solicitaţi ajutor medical de urgenţă. Dacă victima este conştientă, luaţi o mostră de plantă şi sunaţi la cel mai apropiat centru pentru controlul substanţelor toxice pentru instrucţiuni. Dacă victima este inconştientă, transportaţi-o imediat, împreună cu o mostră din plantă, la camera de gardă a celui mai apropiat spital.

Toxiinfecţiile alimentare

Nespălate sau nemanipulate corespunzător, alimentele, de aproape orice fel - peşte crud, cărnuri insuficient preparate, apă contaminată - pot duce la toxiinfecţii alimentare. Cel mai bun exemplu este salata de cartofi lăsată prea mult timp nerefrigerată, la un picnic în familie.

Toate alimentele conţin, în mod natural, mici cantităţi de bacterii. Dar atunci când mâncarea este manipulată impropriu, preparată sau depozitată incorect, bacteriile se pot multiplica suficient de mult pentru a determina apariţia bolii. În cazul consumului de mâncare contaminată, dacă vă veţi îmbolnăvi sau nu, depinde de microorganismul din mâncare, de mărimea expunerii, de vârsta şi de starea dumneavoastră de sănătate. Pe măsură ce îmbătrâniţi, celulele imune nu mai răspund aşa de rapid şi eficient la microorganismele ce produc infecţii. Copiii mici prezintă, de asemenea, un risc crescut, deoarece sistemul lor imun nu este pe deplin dezvoltat.

Toxiinfecţiile alimentare pot determina mai multe tipuri de stări de rău. Dacă vi se face rău într-un interval de 1-6 ore după consumul de alimente sau apă contaminate, veţi avea probabil o formă obişnuită de intoxicaţie alimentară. Semnele şi simptomele cuprind: greaţă, vomă, diaree şi dureri de stomac.

Tratament

Odihniţi-vă şi beţi multe lichide. Nu folosiţi antidiareice neprescrise de medici deoarece pot încetini eliminarea bacteriilor şi toxinelor din organism. În majoritatea cazurilor, simptomele vor dispărea în decurs de 12 ore. Dacă nu dispar, contactaţi medicul dacă simptomele sunt severe sau dacă aveţi alte probleme de sănătate, de genul diabetului, SIDA sau cancer, care pot amplifica efectul intoxicaţiei alimentare.

Profilaxie

Pentru a preveni stările de rău declanşate de alimente, vă pot fi de folos următorii paşi atunci când manipulaţi mâncare.

- Plănuiţi din timp. Dezgheţaţi în frigider carnea sau alte alimente congelate şi nu pe masa de bucătărie.
- Nu cumpăraţi alimente depozitate în cutii de conserve deformate sau în borcane al căror capac bombează.
- Înainte de prepararea alimentelor, spălaţi-vă mâinile cu apă şi săpun. Spălaţi bine alimentele sau cojiţi-le pielea sau învelişul exterior. Spălaţi frecvent cuţitele şi tocătorul pe care tăiaţi, în special după manipularea de carne crudă şi înainte de prepararea altor alimente ce se consumă crude.

Verificarea gospodăriei în scopul identificării substanţelor toxice

Puteţi lua mai multe măsuri pentru a vă proteja copiii de anumite produse de gospodărie obişnuite care ar putea să-i otrăvească.

- Păstraţi toate medicamentele şi produsele de gospodărie toxice, de tipul soluţiilor de curăţat baia, în ambalajele lor originale, pentru a fi identificate mai uşor.
- Încuiaţi medicamentele şi substanţele toxice în locuri situate departe de văzul şi îndemâna copiilor.
- Nu ţineţi la îndemâna copiilor pungi sau genţi în care există medicamente.
- Montaţi dispozitive de încuiat la uşile dulapurilor, pe care nu le pot deschide copiii
- Nu spuneţi copiilor că medicamentele lor au gust de bomboane.
- Nu lăsaţi plante otrăvitoare la îndemâna copiilor.
- Păstraţi numărul de telefon al centrului de control al substanţelor toxice la îndemână lângă telefon.

Prepararea de conserve în propria gospodărie

Botulismul este o intoxicaţie alimentară potenţial fatală. O puteţi contracta prin consumarea de alimente ce conţin o toxină produsă de anumiţi spori aflaţi în mâncare. Toxina botulinică se găseşte, cel mai adesea, în conservele făcute în casă, în special cele de fasole verde şi de roşii.

Simptomele apar de obicei după 12-36 de ore de la ingestia alimentului contaminat. Acestea constau în dureri de cap, vedere neclară, slăbiciune musculară şi eventual paralizie. Unele persoane au menţionat şi greaţă, vomă, constipaţie, retenţie urinară şi scăderea salivaţiei. Aceste semne şi simptome necesită consult medical imediat.



Bacterii periculoase şi cum le puteţi opri

Ţineţi mâncarea fierbinte, fierbinte şi pe cea rece, rece. Şi păstraţi toate - în special mâinile dumneavoastră-curate. Dacă urmaţi aceste trei reguli de bază, veţi avea şanse mai mici să faceţi o intoxicaţie alimentară.

Bacteria	Modul de înmulţire	Semne şi simptome	Prevenirea răspândirii
Campylobacter jejuni	Contaminează carnea în timpul procesării, dacă fecalele animale vin în contact cu suprafaţa cărnii. Alte surse: lapte nepasteurizat, apă netratată.	Diaree severă (uneori sangvinolentă), crampe abdominale, frisoane şi dureri de cap. Simptomele debutează în decurs de 2-11 zile şi durează 1-2 săptămâni.	Gătiţi bine carnea de porc sau pui. Spălaţi cuţitele sau suprafeţele pe care tăiaţi, după contactul cu carnea crudă. Nu beţi lapte nepasteurizat sau apă netratată.
Clostridium perfringens	Carne, mâncare gătită înăbuşit. Se înmulţeşte atunci când recipientele de servit nu sunt menţinute suficient de fierbinţi sau când mâncarea este răcită prea lent.	Diaree apoasă, greaţă şi crampe abdominale. Febra este rară. Debutul are loc în decurs de 1-16 ore. Durează 1-2 săptămâni.	Menţineţi fierbinte mâncarea fierbinte. Păstraţi carnea gătită la o temperatură de peste 38°C. Reîncălziţi la minimum 60°C. Răciţi rapid mâncarea. Depozitaţi mâncarea în vase mici.
Escherichia coli (E. coli) 0157:H7	Contaminează carnea de vită în timpul sacrificării. Se înmulţeşte de obicei în carnea de vită gătită insuficient. Alte surse: lapte nepasteurizat, cidru din mere nepasteurizat, fecale umane şi apă contaminată.	Diaree apoasă ce poate deveni sangvinolentă în 24 de ore. Crampe abdominale severe, greaţă şi vomă. De obicei afebrilitate. Debut în 1-8 zile. Durează 5-8 zile.	Gătiţi carnea de vită până la o temperatură internă de 38°C. Nu beţi lapte sau cidru de mere nepasteurizate. Spălaţi-vă pe mâini după ce aţi folosit WC-ul.
Salmonella	Carne crudă sau contaminată, inclusiv carne de pui, lapte şi gălbenuş de ou. Se înmulţeşte prin cuţite, suprafeţe de tăiat sau persoane contaminate care nu se spală pe mâini înainte de manipularea alimentelor.	Diaree severă, scaune apoase, greaţă, vomă şi febră 37,7°C sau peste. Debut în decurs de 6-72 de ore. Durează 1-14 zile.	Gătiţi bine carnea de porc şi pasăre. Nu beţi lapte nepasteurizat. Nu consumaţi ouă crude sau insuficient gătite. Păstraţi mâinile, cuţitele şi suprafeţele de tăiat, curate. Spălaţi-vă pe mâini după folosirea toaletei.
Staphylococcus aureus	Se răspândeşte prin contactul mâinilor infestate, prin tuse sau strănut. Se dezvoltă în carne şi salate preparate, sosuri cu smântână şi prăjituri cu frişcă.	Diaree explozivă, greaţă, vomă şi dureri abdominale. Debut în decurs de 1-6 ore. Durează 1-2 zile.	Nu lăsaţi alimente cu risc crescut de contaminare, de tipul salatelor de cartofi sau sosurilor cu smântână, la temperatura camerei mai mult de 2 ore. Spălaţi-vă mâinile şi ustensilele înainte de prepararea mâncării.
Vibrio vulnificus	Scoici, stridii sau fructe de mare crude sau insuficient preparate.	Frisoane, febră şi leziuni ale pielii. Debut într-o oră până la o săptămână. Poate fi fatală la persoanele cu imunitate scăzută.	Nu mâncaţi scoici crude. Asiguraţi-vă că toate fructele de mare sunt gătite corespunzător.

- Când gătiţi carne, folosiţi un termometru pentru carne. Gătiţi carnea roşie la o temperatură de 60-65^{0}C. Gătiţi peştele până când se sfărâmă uşor cu o furculiţă. Gătiţi ouăle până ce gălbenuşul se întăreşte şi nu mai curge.
- Când depozitaţi alimente, verificaţi întotdeauna termenul de valabilitate. Folosiţi sau congelaţi carnea roşie, proaspătă în decurs de 3-5 zile de la cumpărare. Consumaţi sau congelaţi puiul proaspăt, peştele şi alte cărnuri în decurs de 1-2 zile. Puneţi la frigider sau congelaţi mâncarea rămasă în decurs de 2 ore de la servirea mesei.

Muşcături şi înţepături

Un câine, păianjen, şarpe sau chiar un om pot provoca muşcături periculoase. Şi albinele, meduzele sau scorpionii pot provoca înţepături serioase. Fiecare dintre aceste leziuni trebuie tratate prompt pentru a reduce riscurile de infecţie şi reacţii alergice sau de alte complicaţii.

Muşcături de animale

Majoritatea muşcăturilor de animal provin de la animalele de casă. Dar şi câinii vagabonzi şi animalele sălbatice de tipul sconcşilor, jderilor şi liliecilor muşcă mii de oameni anual. Animalele ce trăiesc în sălbăticie sunt deosebit de periculoase deoarece au şanse mai mari de a fi purtătoare de rabie comparativ cu animalele de casă. Orice animal- de casă, vagabond sau sălbatic- care muşcă un om ar trebui prins şi testat pentru rabie.

Tratament

Orice muşcătură ce a străbătut pielea ar trebui tratată de un medic pentru asigurarea curăţării şi posibil a unui tratament antibiotic. Medicul dumneavoastră va dori, de asemenea, să ştie dacă aţi fost vaccinat antitetanic în ultimii 10 ani, sau 5 ani dacă rana este foarte murdară sau contaminată. Puteţi avea nevoie de un rapel antitetanic (vezi pag. 16).

Dacă muşcătura produce o rană adâncă punctiformă, dacă pielea din zona muşcată este foarte sfâşiată sau dacă sângerarea persistă, apăsaţi cu presiune pentru oprirea sângerării, apoi chemaţi ajutor medical de urgenţă.

Fiţi atent la pericolul infecţiei

Indiferent de faptul că rana este superficială sau profundă, fiţi atent la apariţia oricărui semn de infecţie în orele sau zilele ce urmează muşcăturii. Umflarea, înroşirea sau scurgerea de puroi de la nivelul rănii sau durere ce se accentuează sunt lucruri ce trebuie raportate imediat medicului.

Anumite boli pot fi transmise prin muşcături şi zgârieturi, caz în care alături de umflarea şi înroşirea zonei respective, puteţi prezenta febră, dureri de cap şi alte simptome asemănătoare gripei. Dacă apar asemenea simptome, consultaţi medicul.



Muşcături umane

Există 2 tipuri de astfel de muşcături. Primul tip este ceea ce înţelegem în mod obişnuit printr-o muşcătură: o leziune rezultată prin apucarea cărnii între dinţii mandibulei şi maxilarului. Al doilea tip este reprezentat de o muşcătură neintenţionată: o „muşcătură din timpul unei lupte", care apare atunci când, în intenţia de a lovi o persoană, agresorul îşi răneşte pumnii în dinţii adversarului. În oricare tip de altercaţie, pot apărea leziuni deschise ale pielii ce se infectează cu bacteriile din salivă.

Muşcăturile umane sunt dintre cele mai periculoase muşcături- parţial datorită faptului că persoanele amână tratamentul din motive de jenă sau frică de consecinţele legale. Muşcăturile umane sunt periculoase şi datorită considerabilului risc determinat de bacteriile ce se găsesc în gura umană. Purtate de

Riscul turbării

Multe animale sălbatice sunt purtătoare ale virusului rabic, dar acelaşi lucru se poate întâmpla cu animăluţul de obicei prietenos din vecini, în special dacă vine în contact cu animale sălbatice şi nu a fost în prealabil imunizat împotriva rabiei (turbării).

Rabia este produsă de un virus care afectează creierul. Cel mai adesea el este transmis omului prin intermediul salivei provenite de la un animal infectat. Cu toate acestea, transmiterea virusului nu se face neapărat printr-o muşcătură. Animalul poate răspândi boala chiar şi prin lins, dacă saliva animalului respectiv vine în contact cu o zgârietură sau o rană de pe mâna, braţul sau piciorul dumneavoastră. Rabia se poate transmite şi prin contact indirect. Dacă animalul vine în contact cu aşternuturile dumneavoastră, de exemplu, virusul poate rămâne acolo.

De la contaminarea cu virus până la apariţia simptomelor pot trece deseori 3-7 săptămâni sau chiar mult mai mult. Dacă credeţi că aţi fost expus virusului rabic, consultaţi imediat medicul sau policlinica de care aparţineţi. Pentru mai multe informaţii despre rabie vezi pag. 498.

Dacă animalul v-a muşcat fără să fie provocat, animalul ar trebui prins, ţinut captiv şi observat de un medic veterinar pentru 7-10 zile. Dacă nu puteţi prinde animalul-aşa cum se întâmplă adesea cu animalele sălbatice- atunci contactaţi departamentul medical local, oficialii responsabili de resursele naturale sau gardienii însărcinaţi cu aplicarea legilor. Animalul va trebui probabil omorât, în aşa fel încât să nu-i fie lezat creierul. Oficialii din departamentul de sănătate sau cei însărcinaţi cu aplicarea legilor se vor ocupa de testarea pentru rabie a animalului respectiv. Dacă animalul nu este prins, presupuneţi că este turbat şi acţionaţi în consecinţă.

Simptome

Adesea primul simptom al turbării este o senzaţie de mâncărime în zona muşcată. Pielea de la acest nivel devine adesea foarte sensibilă. Pe măsură ce virusul se răspândeşte, pot apărea spume la nivelul gurii- o consecinţă a excesului de salivă care nu mai poate fi înghiţită. Urmează iritabilitate ce nu poate fi controlată, confuzie ce alternează cu perioade de calm. Dacă această infecţie cu virus rabic rămâne netratată, vor apărea convulsii şi paralizii ce vor duce aproape inevitabil la moarte. În stadiile târzii, virusul poate fi prezent în saliva persoanei bolnave şi îi poate infecta pe ceilalţi.

Tratament

Imediat după muşcătură rana trebuie spălată cu apă şi săpun, şi apoi irigată abundent. Apoi medicul va decide dacă trebuie să vă trataţi sau nu. Tratamentul constă în administrarea unui anticorp, jumătate din cantitate fiind injectată direct în rană şi restul intramuscular, deseori la nivelul şoldului. Urmează, de obicei, o vaccinare constând în 5 injecţii în 5 zile diferite, pe o perioadă de 28 de zile.



salivă, bacteriile pătrund în ţesutul de la nivelul muşcăturii şi pot duce la apariţia unor infecţii grave. Dacă tăietura depăşeşte mult pielea, muşcăturile riscă să afecteze tendoanele sau articulaţiile.

Tratament

Dacă v-a muşcat o altă persoană şi muşcătura a tăiat pielea, mergeţi rapid la medic.

(Muşcătura unui sugar lasă, de obicei, doar un semn sau o vânătaie.) Opriţi sângerarea prin presarea zonei, spălaţi atent rana cu apă şi săpun şi bandajaţi-o. Apoi consultaţi medicul sau mergeţi la un departament de urgenţe. Nu vă trataţi singur rana produsă printr-o muşcătură umană. În acest caz s-ar putea ca datorită unei infecţii serioase să riscaţi o spitalizare prelungită, anchilozare articulară permanentă şi chiar amputaţie.

Muşcături şi înţepături de păianjeni şi alte insecte

Veninul, saliva sau alte toxine injectate în pielea dumneavoastră sunt cauzele simptomelor muşcăturii sau înţepăturii de păianjen sau alte insecte. În cazul muşcăturilor minore reacţia este temporară şi limitată la zona muşcăturii. Pe piele se formează o maculă, pot fi prezente mâncărimi în zona muşcăturii pe parcursul a câtorva ore, pentru ca apoi iritaţia pielii şi disconfortul să dispară în câteva zile. Obişnuit, muşcăturile de insecte de tipul ţânţarilor, puricilor, muştelor, ploşniţelor şi furnicilor urmează acest curs.

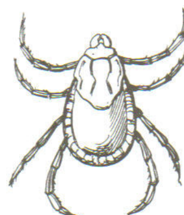
Cu toate acestea, poate fi afectat întregul organism dacă veninul este potent, ca în cazul anumitor păianjeni şi scorpioni, sau dacă aveţi hipersensibilitate la albine, viespi.

Muşcăturile de păianjeni

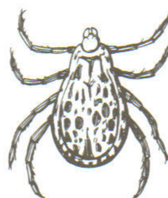
Păianjeni ca Văduva neagră şi Sihastrul brun sunt răspândiţi pe întreg teritoriul SUA şi sunt obişnuiţi în statele din sud. Muşcăturile oricăruia poate duce la afectarea gravă a stării de sănătate. Muşcătura paianjenului Văduva neagră produce doar o uşoară senzaţie de înţepătură- unele victime nici nu-şi dau seama că au fost înţepate. La început veţi observa doar o uşoară umflătură şi pete roz pal la locul înţepăturii. În decurs de câteva ore, veţi resimţi o durere intensă şi o senzaţie de înţepenire. Alte semne şi simptome sunt: frisoane, febră, greaţă şi dureri abdominale severe. Muşcătura paianjenului Văduva neagră este rareori fatală. Dacă sunteţi muşcat de un păianjen Sihastrul brun veţi resimţi o înţepătură uşoară, urmată de o roşeaţă locală şi durere intensă în decurs de 8 ore. La locul înţepăturii se formează o băşică plină cu lichid care lasă apoi o ulceraţie adâncă, ce se măreşte. Reacţiile organismului pot varia de la febră uşoară şi erupţie cutanată, la greaţă şi letargie. Rareori poate surveni decesul.

Muşcături de căpuşe

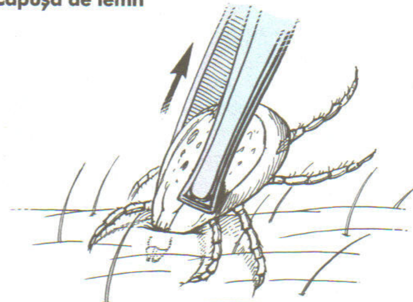
Căpuşele pot fi o ameninţare la adresa sănătăţii oamenilor deoarece unele sunt purtătoare de infecţii ce pot fi transmise oamenilor prin înţepătură. Căpuşele de lemn sunt purtătoarele virusului febrei pătate a Munţilor Stâncoşi, iar căpuşele de căprioară - care sunt mult mai mici decât cele de lemn- pot fi



Căpuşă de căprioară



Căpuşă de lemn



Pentru a extrage o căpuşă, folosiţi o pensetă pentru a o trage afară din piele, într-un ritm uşor şi susţinut.

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Când vă plimbaţi într-o regiune de pădure sau o zonă cu iarbă, purtaţi încălţăminte, pantaloni lungi puşi în ciorapi şi bluze cu mânecă lungă. Aceste măsuri pot preveni înţepăturile de căpuşă. În plus, mergeţi pe cărare şi evitaţi să umblaţi prin zone cu tufişuri sau iarbă înaltă. Soluţiile de îndepărtat insecte vor îndepărta adesea şi căpuşele. Printre cele cu efectul cel mai lung şi cel mai bun se numără produsele ce conţin DEET. Cu toate acestea, Academia Americană de Pediatrie recomandă ca aceste produse de îndepărtat insectele folosite la copii să nu aibă un conţinut de DEET mai mare de 10%. Protejaţi-vă grădina de căpuşe prin curăţarea tufişurilor şi frunzelor, şi menţinerea ustensilelor din lemn în zone însorite.

purtătoare ale bolii Lyme. Febra pătată a Munţilor Stâncoşi poate produce frisoane şi febră, cefalee severă, dureri generalizate, nelinişte psihomotorie şi o erupţie roşie ce apare între ziua a 2-a şi a 6-a de febră (vezi pag. 504). Boala Lyme poate provoca simptome asemănătoare artritei, dar poate determina o varietate de alte reacţii (vezi pag. 504).

Dacă prezentaţi o erupţie circulară pe piele după ce aţi petrecut o perioadă într-o zonă în care ar putea trăi căpuşe, este posibil să fi fost înţepaţi de o căpuşă purtătoarea unui agent infecţios. Acest lucru se poate întâmpla chiar dacă nu vedeţi căpuşa.

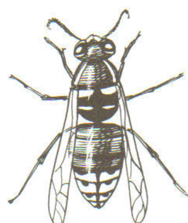
Dacă găsiţi o căpuşă care se mişcă pe pielea dumneavoastră, îndepărtaţi-o cu grijă. Nu o zdrobiţi între degete ci ardeţi-o, îngropaţi-o sau lăsaţi-o să se scurgă sub un jet de apă, la chiuvetă. Spălaţi-vă apoi pe mâini. Dacă v-a muşcat deja şi a rămas fixată de pielea dumneavoastră, îndepărtaţi-o apucând-o uşor de lângă cap sau gură, de preferat cu ajutorul unei pensete. Nu stoarceţi sau zdrobiţi căpuşa, ci trageţi cu grijă dar susţinut. După ce aţi extras-o, spălaţi cu grijă zona şi aplicaţi o loţiune antiseptică la locul înţepăturii. Urmăriţi cu atenţie o săptămână sau două o eventuală apariţie a unei erupţii sau alte semne de boală.

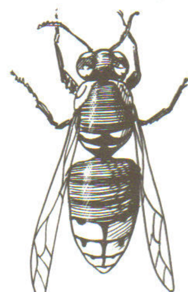
Înţepăturile de scorpion

Scorpionii se găsesc în sud-vestul SUA. Unii scorpioni au un venin potenţial letal pe care-l injectează prin înţepătură. Deoarece este greu de diferenţiat scorpionii foarte veninoşi de cei neveninoşi, toate înţepăturile de scorpion sunt tratate ca urgenţe medicale.

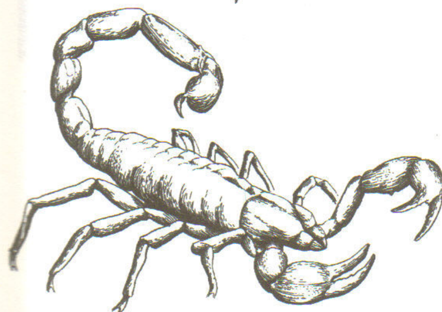

...spe „jachetă galbenă"

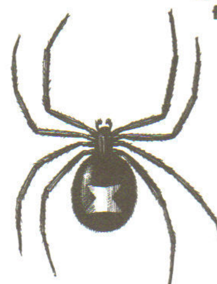

Viespe

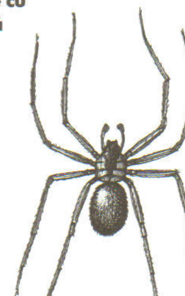

Bărzăune galben


Bărzăunele cu faţa albă


Albină


Scorpion


Păianjen „Văduva neagră" (văzut din faţă)


Păianjen "Sihastrul brun"

Caracteristicile distinctive ale fiecărei insecte sunt accentuate pentru a fi mai uşor identificate.

Alte înţepături

Aproximativ 1 persoană din 50 este alergică la veninul albinelor, viespilor, bondarilor, viespilor „jachete galbene" sau furnicilor roşii. Aceste persoane sensibile pot prezenta, dacă sunt înţepate de aceste insecte, o reacţie alergică ameninţătoare de viaţă numită şoc anafilactic (vezi pag. 545).

Semnele şi simptomele sunt:

- Constricţia căilor aeriene, inclusiv edemul gâtului, rezultând dificultăţi de respiraţie.
- Şoc asociat cu o scădere drastică a tensiunii arteriale.
- Puls rapid.
- Ridicături şi depresiuni la suprafaţa pielii (angioedem).
- Greaţă, vomă sau diaree.
- Ameţeală, confuzie mentală, vorbire neinteligibilă sau anxietate extremă.
- Piele roşie şi fierbinte şi usturimi, mâncărimi intense.

Tratament

Muşcăturile uşoare de păianjen sau alte insecte pot fi adesea tratate folosind o pastă din praf de copt, o compresă rece sau cuburi de gheaţă, pentru reducerea durerii şi edemului. Puteţi, de asemenea, folosi o cremă cu hidrocortizon sau o loţiune calmantă pentru scăderea mâncărimii şi a inflamaţiei. Dacă aţi fost înţepat, încercaţi să vedeţi dacă acul mai este în rană. Dacă este, extrageţi-l cu atenţie înainte să curăţaţi rana. Dacă aveţi tendinţa să reacţionaţi sever la muşcături şi înţepături, consultaţi medicul. Dacă aţi fost muşcat sau înţepat de un păianjen sau insectă foarte veninoasă- de tipul Văduvei negre sau Sihastrul brun- sau de una la care sunteţi alergic, solicitaţi ajutor medical de urgenţă.

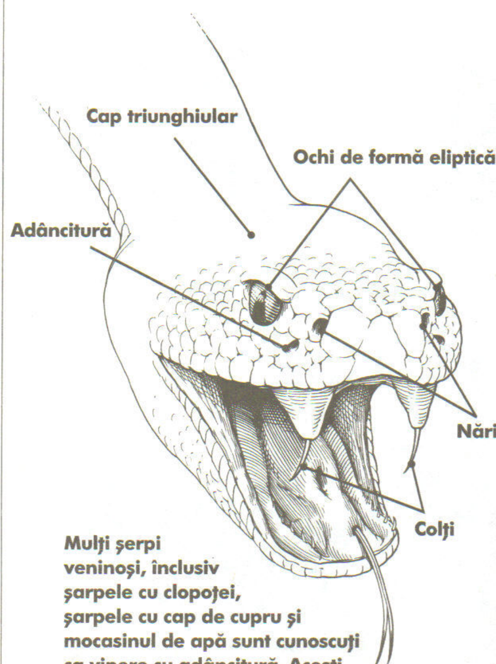
Până la sosirea ajutorului medical:

1. Încercaţi să vă păstraţi calmul. Excitarea sau agitaţia excesivă cresc fluxul veninului prin circulaţia sangvină.
2. Dacă aţi fost înţepat de o insectă şi aveţi o trusă de prim ajutor ce conţine tablete antihistaminice şi o seringă cu adrenalină (epinefrină), prescrise de medicul dumneavoastră, folosiţi-le.
3. Aplicaţi o cârpă curată umezită cu apă rece sau în care aţi împachetat gheaţă, pe locul înţepăturii sau muşcăturii. Scoateţi-o după 5 minute.
4. Dacă înţepătura sau muşcătura este pe braţ sau pe picior, ţineţi membrul respectiv atârnat în jos, astfel ca gravitaţia să ajute la încetinirea circulaţiei toxinei.

Muşcăturile de şarpe

Majoritatea şerpilor nu sunt veninoşi, dar câţiva sunt - de ex. şarpele cu clopoţei, şarpele de coral şi mocasinul de apă. În concluzie, dacă nu sunteţi antrenat în identificarea şi manevrarea şerpilor, evitaţi contactul cu orice şarpe.

Dacă sunteţi muşcat de un şarpe, este important să stabiliţi dacă şarpele respectiv este veninos. Dacă este, veţi avea nevoie de tratament de urgenţă. Majoritatea şerpilor veninoşi din America de Nord au ochii de forma unor crăpături (de formă eliptică). Capul lor este



Mulţi şerpi veninoşi, inclusiv şarpele cu clopoţei, şarpele cu cap de cupru şi mocasinul de apă sunt cunoscuţi ca vipere cu adâncitură. Aceşti şerpi au capul triunghiular, ochi de formă eliptică şi o depresiune (adâncitură) la mijloc, între ochi şi nări.



triunghiular cu o depresiune sau o adâncitură între ochi şi nări, pe ambele părţi ale capului, de unde şi denumirea de "vipere cu adâncitură". Alte caracteristici specifice anumitor şerpi veninoşi:

- Şerpii cu clopoţei scot un clinchet prin scuturarea inelelor de la capătul cozii.
- Mocasinii de apă au gura căptuşită cu un strat albicios, vătos.
- Şerpii de coral au inele roşii, galbene şi negre pe toată lungimea corpului.

Tratament

Dacă aţi fost muşcat de un şarpe neveninos, spălaţi cu atenţie rana, acoperiţi-o cu un unguent antibiotic şi bandajaţi-o. În general, acest tip de muşcătură este mai degrabă generator de frică decât periculos. Dacă ştiţi sau suspectaţi că şarpele este veninos rămâneţi cât de liniştit şi nemişcat puteţi după muşcătură. Dacă este posibil, este bine să vă întindeţi pe jos, să menţineţi zona muşcată mai jos de nivelul inimii. Această poziţie ajută la încetinirea circulaţiei veninului, folosind gravitaţia. Pentru a trata pe cineva muşcat de un şarpe veninos:

1. Dacă zona respectivă începe să-şi schimbe culoarea, să se umfle sau este dureroasă, şarpele a fost probabil veninos. Dacă este posibil, culcaţi victima pe jos şi ţineţi aria muşcată sub nivelul inimii.
2. Dacă muşcătura este la nivelul unui braţ sau picior, imobilizaţi segmentul cu o atelă, la fel ca în cazul unei fracturi.
3. Nu secţionaţi rana în încercarea de a extrage veninul. Totuşi, dacă aveţi o trusă de intervenţie care conţine un dispozitiv de aspiraţie, folosiţi-l.
4. Chemaţi ajutor medical de urgenţă sau mergeţi cât de repede puteţi la cel mai apropiat departament de urgenţe.

Înţepăturile organismelor marine

O serie de organisme marine, inclusiv meduzele şi "Războinicul portughez" conţin venin în tentaculele lor. Veninul poate fi eliberat prin contact iar în unele cazuri chiar şi când animalul este mort. Înţepăturile şi durerea sunt simptomele cheie, împreună cu urma roşie, circulară de înţepătură. Dacă este injectată o cantitate considerabilă de venin, puteţi prezenta, de asemenea, respiraţie sacadată, greaţă şi crampe abdominale. Înţepăturile severe pot determina crampe musculare, leşin, tuse, vomă, dificultăţi de respiraţie şi, în rare cazuri, deces.

Războinicul portughez trăieşte în apele Oceanului Atlantic, întinzându-se din Canada la Indiile de Vest şi Marea Mediterană. Ei trăiesc şi în Oceanul Pacific (Hawai şi sudul Japoniei).

Tratament

Dacă sunteţi înţepat de o vietate marină:

1. Ieşiţi din apă. Durerea şi crampele vă pot împiedica să înotaţi şi există pericolul de înec.
2. Neutralizaţi otrava. Stropiţi zona cu o substanţă ce frăgezeşte carnea de friptură, cu oţet, sare, zahăr sau chiar nisip uscat, care conţine ceva sare. Aplicaţi uşor materialul la nivelul zonei afectate.

Acest lucru determină, de obicei, o ameliorare rapidă a simptomelor.

3. Curăţaţi rana. Dup 15-20 de minute spălaţi cu blândeţe zona cu apă de mare. Nu folosiţi apă proaspătă şi nu frecaţi pielea pentru că oricare dintre aceste acţiuni ar putea declanşa descărcarea în continuare de venin.
4. Îndepărtaţi orice tentacul ce s-a înfipt în zona respectivă. Aplicaţi o pastă obţinută din apă de mare şi nisip (sau praf de copt, pudră de talc sau făină). Îndepărtaţi resturile de tentacule zgâriind cu un cuţit sau alt obiect ascuţit, de exemplu o scoică. Cel mai bine este să purtaţi mănuşi sau să folosiţi un prosop în momentul degajării resturilor de tentacule.
5. Aplicaţi o cantitate mare de unguent cu hidrocortizon pentru a reduce roşeaţa şi edemul. Un unguent anestezic local, de tipul celor cu benzocaină sau lidocaină, ajută la diminuarea durerii iar o loţiune calmantă reduce mâncărimea.
6. În cazul unor înţepături severe solicitaţi ajutor medical de urgenţă.

Corpii străini

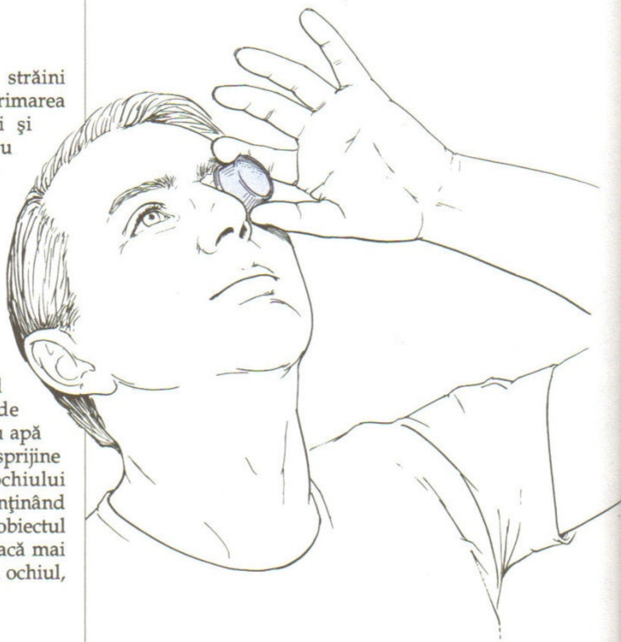
Copiii şi adulţii pot să prezinte ocazional corpi străini în diferite orificii anatomice - în special în ochi, urechi şi nas. Uneori, puteţi extrage obiectul fără ajutorul unui medic. Alte cazuri necesită dexteritatea şi echipamentul medicului.

Corpi străini intraoculari

Deseori ochii se curăţă singuri de corpii străini aerieni, cum ar fi particulele de praf, prin lăcrimarea şi clipitul reflex. Dacă aveţi ceva în ochi şi lăcrimarea şi clipitul nu sunt suficiente pentru a-l elimina, ocupaţi-vă prompt de această problemă pentru a evita deteriorări datorate scărpinatului, infecţiilor sau expunerii la substanţe chimice.

Autocurăţarea ochilor

Dacă aveţi un corp străin în ochi şi nu este nimeni în preajmă să vă ajute, încercaţi să extrageţi singuri corpul străin prin spălarea ochiului cu jet de apă limpede în modul următor: umpleţi un recipient mic, de dimensiunea ochiului sau un pahar de suc, cu apă clară. Poziţionaţi recipientul astfel încât să se sprijine cu marginile de osul de la baza ochiului dumneavoastră şi turnaţi apa în ochi, menţinând ochiul deschis. Chiar şi atunci când credeţi că obiectul a fost eliminat, continuaţi spălarea ochiului dacă mai este dureros şi roşu. Dacă nu reuşiţi să spălaţi ochiul, căutaţi ajutor medical de urgenţă.



Pentru a extrage un obiect mic din ochi, spălaţi-l în jet folosind o cantitate mică de apă curată.

Curăţarea ochiului altei persoane

Pentru a curăţa ochiul altei persoane:

1. Spălaţi-vă pe mâini înainte de a examina ochiul. Rugaţi persoana să ia loc într-o zonă bine luminată.
2. Încercaţi să localizaţi obiectul la nivelul ochiului prin tragerea uşoară, în jos, a pleoapei inferioare a

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Există o serie de măsuri care pot ajuta eficient în prevenirea leziunilor oculare:

- Purtaţi ochelari de protecţie când lucraţi cu scule.
- Purtaţi ochelari de protecţie când faceţi sport.
- Culegeţi toate beţele şi obiectele detaşate de pe peluză înainte să o tundeţi.
- Nu vă aplecaţi deasupra bateriei de acumulator atunci când conectaţi cabluri de alimentare de la o altă maşină.
- Depozitaţi departe de copii substanţele chimice folosite în gospodărie.
- Supravegheaţi copiii la joacă, în special când se folosesc jucării care ar putea produce leziuni ale ochilor, de tipul pistoalelor cu bile.



persoanei respective, rugând-o să privească în sus. Repetaţi procedura şi pentru pleoapa superioară prin ridicarea acesteia şi rugând persoana să se uite în jos.

3. Dacă obiectul pare fixat în globul ocular, acoperiţi ochiul cu o compresă sterilă, dacă este la îndemână sau cu o cârpă curată. Nu încercaţi să extrageţi corpul străin. Mergeţi la cel mai apropiat departament de urgenţe pentru îngrijire medicală.
4. Dacă obiectul este mare şi face dificilă închiderea ochiului, acoperiţi-l cu un con de hârtie lipindu-l de faţă şi frunte. Căutaţi ajutor medical de urgenţă.
5. Dacă obiectul pluteşte în filmul lacrimal sau la suprafaţa ochiului, încercaţi să-l scoateţi prin jet de apă sau manual. În timp ce ţineţi pleoapa superioară sau inferioară deschisă, folosiţi un tifon umed sau colţul unei cârpe curate pentru a scoate obiectul. Dacă nu reuşiţi să extrageţi uşor obiectul, acoperiţi ambii ochi cu o cârpă moale şi căutaţi ajutor medical de urgenţă.
6. Dacă reuşiţi să extrageţi obiectul, spălaţi ochiul în jet folosind o soluţie de irigat ochii sau apă curată.
7. Dacă prezentaţi dureri, înroşire a ochiului sau tulburările de vedere persistă, căutaţi ajutor medical de urgenţă.

Corpi străini intraauriculari

Copiii îşi pun adesea obiecte în urechi, de exemplu seminţe, bucăţele de plastic sau jucării micuţe. Uneori, pot pătrunde accidental în ureche insecte sau un corp străin din aer.

Tratament

Dacă un obiect pătrunde şi rămâne în ureche:

1. Nu încercaţi să scoateţi obiectul cu ajutorul unui beţişor cu vată, chibrit sau orice altă ustensilă. Acestea riscă să-l împingă mai adânc în ureche şi să deterioreze structurile fragile ale urechii interne.
2. Dacă obiectul este vizibil, pliabil şi poate fi cu uşurinţă apucat cu o pensetă, extrageţi-l uşor.
3. Dacă obiectul nu este o insectă, încercaţi să folosiţi efectul gravitaţional: înclinaţi capul de partea afectată. Puteţi încerca să scuturaţi uşor capul persoanei în direcţia solului pentru a încerca să dislocaţi obiectul.
4. Dacă este vorba despre o insectă, înclinaţi capul persoanei respective astfel încât urechea cu insecta să fie în sus. Puteţi încerca să scoateţi insecta turnând puţin ulei mineral cald, dar nu fierbinte, ulei de măsline sau ulei pentru copii. În timp ce turnaţi uleiul, puteţi uşura pătrunderea acestuia prin îndreptarea canalului auditiv extern: trageţi uşor urechea spre spate şi în sus. Insecta se va sufoca şi se va scurge afară o dată cu uleiul.
5. Nu folosiţi uleiul pentru extragerea vreunui alt obiect în afara insectelor şi nu folosiţi această metodă dacă există vreun indiciu de perforare a timpanului, de genul durerii, sângerării sau secreţiei otice.
6. Dacă aceste metode dau greş şi persoana respectivă continuă să aibă dureri, dificultăţi de auz sau o senzaţie de corp străin în ureche, consultaţi un medic cât mai repede cu putinţă.

PRIMUL AJUTOR ŞI ASISTENŢA DE URGENŢĂ

Corpi străini intranazali

Nasul este un loc favorit al copiilor şi clovnilor pentru a introduce obiecte de tipul paielor de băut, bilelor sau bucăţelelor de bomboane. Uneori obiectul rămâne fixat acolo.

Tratament

Încercaţi următoarele:

1. Puneţi persoana ce are un corp străin în nas să respire pe gură până la extragerea obiectului. Acest lucru ajută ca obiectul să nu fie inhalat.
2. Nu încercaţi să scoateţi corpul străin cu ajutorul unui beţişor cu vată, chibrit sau altă ustensilă. Riscaţi să împingeţi obiectul mai adânc în nas.
3. Dacă obiectul este vizibil, pliabil sau poate fi apucat cu uşurinţă cu o pensetă, încercaţi să-l extrageţi cu atenţie.
4. Puneţi persoana să-şi sufle uşor nasul pentru a încerca să scoateţi obiectul. Atenţionaţi-l să nu-şi sufle nasul cu putere sau în mod repetat.
5. În cazul unui copil mic, care nu ştie să-şi sufle nasul, puteţi încerca să suflaţi o dată puternic în gura copilului în timp ce pensaţi nara neînfundată a copilului.
6. Dacă aceste metode eşuează, căutaţi ajutor medical de urgenţă.

Corpi străini în trahee sau plămâni

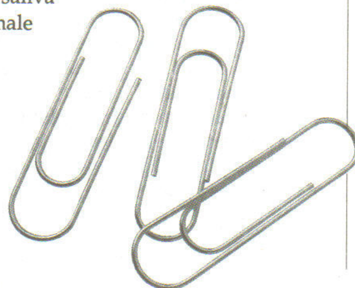
Când un obiect este inhalat accidental, rămâne uneori cantonat la nivelul traheei sau în plămâni. Dacă obiectul inhalat provoacă sufocare, folosiţi manevra Heimlich în încercarea de a-l disloca. Dacă nu este eficace, chemaţi ajutor medical de urgenţă.

În anumite cazuri, un corp străin cantonat la nivelul traheei sau bronhiilor nu obstrucţionează respiraţia, dar constituie totuşi un pericol pentru sănătate. Dacă dumneavoastră sau cineva care este cu dumneavoastră inhalaţi un corp străin , consultaţi un medic.

Corpi străini înghiţiţi

Ocazinal, copiii pot înghiţi corpi străini de genul monedelor, acelor, nasturilor, sâmburi de fructe, precum şi jucării mici. Aceşti corpi străini trec de obicei prin tubul digestiv fără să producă vreun inconvenient dar, uneori ei pot rămâne cantonaţi acolo. Solicitaţi ajutor medical de urgenţă dacă apar următoarele semne şi simptome:

- Dificultăţi de înghiţire
- Expectorare de salivă
- Dureri abdominale sau vomă



Copiii şi bateriile de dimensiuni mici

Bateriile de dimensiuni mici sunt frecvent folosite la diverse echipamente electronice portabile de tipul camerelor video, ceasurilor şi protezelor auditive. Pentru un copil curios, aceste obiecte strălucitoare pot fi pline de atracţie. Ele sunt periculoase dacă sunt înghiţite.

Aceste baterii conţin lichide alcaline periculoase. Unele conţin cantităţi potenţial letale de mercur. Dacă este eliberat la nivelul stomacului sau intestinului, lichidul conţinut în baterie poate deteriora mucoasa provocând semne şi simptome de tipul durerii şi sensibilităţii abdominale, constipaţie, vomă şi febră.

În cazul în care copilul a înghiţit o baterie, mergeţi de urgenţă la medic. Poate fi nevoie de o intervenţie chirurgicală pentru extragerea bateriei.

Depozitaţi departe de copii bateriile nefolosite. În cazul bateriilor folosite, nu le aruncaţi într-un coş de gunoi la care poate avea acces un copil mic.



Urgenţe legate de temperaturi scăzute

Supraexpunerea la frig şi umezeală poate produce degerături sau hipotermie.

Degerăturile

Dacă sunteţi expus la temperaturi foarte joase, pielea şi ţesutul subiacent pot îngheţa. Acest lucru poartă numele de degerătură. Vântul şi îmbrăcămintea udă înrăutăţesc situaţia.

Degerăturile pot afecta orice parte a corpului, dar mâinile, picioarele, nasul şi urechile sunt cele mai sensibile pentru că sunt mici şi deseori expuse. Oricine poate suferi degerături dar cei cu probleme circulatorii au un risc crescut. Este vorba despre cei cu ateroscleroză şi cei ce iau medicaţie pentru tulburările cardiace. Consumul excesiv de alcool sau alte droguri poate, de asemenea, să vă confere un risc crescut de a prezenta degerături.

Primul semn poate fi o uşoară senzaţie de durere sau furnicătură. Aceasta este adesea urmată de amorţeală. Pielea dumneavoastră poate fi întărită, palidă sau rece. Acea zonă este de aşteptat să prezinte o abolire bine definită a sensibilităţii la atingere. Pe măsură ce se dezgheaţă, devine roşie şi dureroasă. În cazurile severe, fluxul sangvin spre aria afectată se poate întrerupe. Dacă se întâmplă acest lucru, mergeţi de urgenţă la medic pentru a încerca repararea răului făcut.

Tratament

Primul pas în tratarea degerăturilor este de a încălzi lent partea de piele afectată:

1. Dacă este posibil plecaţi de la frig.
2. Dacă sunteţi nevoit să rămâneţi afară şi mâinile dumneavoastră sunt degerate, încălziţi-le de porţiunile mai calde ale corpului. Puteţi să vă ascundeţi mâinile la subsuoară. Dacă părţile degerate sunt nasul, urechile sau faţa, încălziţi aceste zone acoperindu-le cu mâinile uscate puse în mănuşi. Dacă, pe măsură ce se încălzeşte pielea, apare o senzaţie de furnicătură sau de arsură, înseamnă că s-a reluat circulaţia sangvină. Dacă pe parcursul încălzirii persistă amorţeala, căutaţi ajutor medical de urgenţă.

Răul de altitudine

Dacă locuiţi la o altitudine joasă şi faceţi o excursie într-o zonă aflată la o altitudine de peste 2400 m, puteţi prezenta rău de altitudine. Această stare este uneori denumită rău acut de munte. Poate provoca dureri de cap, greaţă, oboseală, insomnie, respiraţie sacadată şi pierderea apetitului. Apare de obicei la câteva ore de la sosirea la altitudine mare şi poate dura câteva zile. Schiorii care urcă la pârtiile situate la mare altitudine sunt frecvent afectaţi de această stare. Formele mai severe de rău de altitudine pot provoca tulburări respiratorii sau cerebrale severe care, netratate, pot fi fatale.

Tratament

Puteţi reduce la minim efectele unei stări moderate de rău de altitudine prin creşterea aportului de lichidelor şi carbohidraţi. În plus, medicul vă poate prescrie anumite medicamente, dacă ştiţi că veţi călători la mari altitudini. În cazul cazurilor severe de rău de altitudine, veţi fi obligat să coborâţi la altitudini mai mici. Sunt de folos, de asemenea, administrarea de oxigen şi odihna.

3. Nu frecaţi zona afectată. Acest lucru poate dăuna ţesutului degerat. Nu frecaţi niciodată cu zăpadă pielea degerată.
4. Dacă picioarele sunt afectate, nu mergeţi.
5. Nu fumaţi, nicotina determină vasoconstricţie vasculară şi poate reduce circulaţia sangvină.
6. Dacă nu puteţi dispune de ajutor medical de urgenţă, încălziţi mâinile sau picioarele degerate în apă caldă, nu fierbinte.
7. Nu aplicaţi alte surse de căldură, de genul pernei electrice, pentru că puteţi arde ţesutul respectiv.
8. Nu încălziţi o zonă îngheţată dacă este foarte probabil să o răciţi din nou. Acest lucru poate mări stricăciunea.



Hipotermia

În marea majoritate a situaţiilor, organismul poate menţine o temperatură constantă şi normală. Cu toate acestea, dacă vă expuneţi perioade îndelungate de timp la temperaturi joase sau staţi într-un mediu rece şi umed- în special dacă hainele dumneavoastră sunt umede şi reci- mecanismele de reglare a temperaturii pot eşua în asigurarea unei temperaturi corporale normale. În momentul în care pierdeţi mai multă căldură decât poate genera organismul, începe hipotermia. Cauzele frecvente ale hipotermiei sunt: imersia accidentală în apă rece şi nepurtarea unei îmbrăcăminţi călduroase, adecvate în timpul iernii.

Simptomul cheie al hipotermiei este o temperatură corporală de sub 36,6°C. Alte semne şi simptome de hipertermie sunt:

- tremurăturile;
- vorbirea neinteligibilă;
- frecvenţă respiratorie anormal de mică;

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Puteţi face anumite lucruri pentru a evita leziunile produse de degerături şi hipotermie:

Păstraţi-vă pielea uscată
Organismul pierde mai repede căldură dacă pielea este umedă de la ploaie, ninsoare sau transpiraţie.

Protejaţi-vă de vânt
Vântul vă face să pierdeţi din căldură, îndepărtând-o de la dumneavoastră. Pielea expusă este în mod particular vulnerabilă şi poate îngheţa în decurs de câteva minute dacă temperaturile foarte joase sunt însoţite de vânt. Iată un exemplu de ceea ce poate face vântul. O temperatură exterioară de –7,5°C însoţită de un vânt ce bate cu 16 km/h produce un factor de răcire datorat vântului de –17°C.

Purtaţi îmbrăcăminte călduroasă
Alegeţi îmbrăcăminte care protejează de frig şi permite respiraţia. Hainele cu straturi subţiri de căptuşeală păstrează aerul, ceea ce ajută la izolarea termică. Ca strat exterior, folosiţi un material impermeabil şi rezistent la vânt.

Acoperiţi-vă capul gâtul şi faţa
O mare parte din căldura corporală se pierde prin partea superioară a corpului. Păstraţi căldura înăuntru.

Purtaţi şosete groase şi mănuşi cu un singur deget
Dacă urmează să staţi la temperaturi foarte joase mai mult de câteva minute, purtaţi 2 perechi de şosete. În plus, purtaţi mănuşi cu un singur deget, care vă protejează mai bine mâinile decât mănuşile cu degete.

Fiţi atent la semnele de amorţeală
Dacă anumite părţi ale corpului dumneavoastră se răcesc aşa de mult încât încep să amorţească, acesta reprezintă un semnal că pielea dumneavoastră este pe cale să degere. Îngrijiţi-vă să vă încălziţi.

• piele rece şi palidă;
• pierderea coordonării mişcărilor;
• oboseală, letargie sau apatie.

Simptomele încep, de obicei, cu o pierdere treptată a acuităţii mintale şi a abilităţilor fizice. Dacă prezentaţi hipotermie, puteţi, de fapt, să nu fiţi conştient că aveţi nevoie de tratament medical de urgenţă.

Adulţii mai în vârstă, copiii mici şi persoanele foarte slabe au un risc crescut de hipotermie. Malnutriţia, bolile cardiace, diabetul şi consumul exagerat de alcool vă cresc, de asemenea, riscul.

Tratament

Pentru a trata hipotermia:

1. Dacă este posibil, luaţi din frig persoana ce prezintă hipotermie.
2. Dacă nu este posibilă intrarea înăuntru, îndepărtaţi persoana din vânt, acoperiţi-i faţa şi izolaţi-l de solul rece.
3. Scoateţi-i hainele ude şi îmbrăcaţi persoana cu haine uscate şi călduroase sau acoperiţi-o cu o pătură.
4. Chemaţi ajutor medical de urgenţă.
5. În timp ce aşteptaţi sosirea ajutorului medical, supravegheaţi respiraţia persoanei respective. Dacă aceasta se opreşte, începeţi imediat respiraţia gură la gură.
6. Dacă nu aveţi la îndemână ajutor medical, încălziţi persoana printr-o baie de 37-39^{0}C. Această apă trebuie să fie caldă, dar nu fierbinte. Dacă nu este posibil, încercaţi să încălziţi persoana cu ajutorul căldurii dumneavoastră corporale.
7. Nu-i daţi persoanei respective să bea alcool. Alcoolul dilată vasele de sânge şi conferă doar o senzaţie temporară de căldură. Această vasodilataţie creşte de asemenea pierderea de căldură, prin piele, scăzând şi mai mult temperatura corporală. Dacă nu vomită, daţi persoanei respective să bea băuturi nealcoolice calde. Dacă vomită, nu îi oferiţi nimic de băut.

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Pentru a combate căldura:

Feriţi-vă de soare
Evitaţi să ieşiţi în aer liber în perioadele cele mai fierbinţi ale zilei, între miezul zilei şi până la ora 16.

Limitaţi-vă efortul fizic
Planificaţi-vă eforturile fizice intense dimineaţa devreme sau seara.

Îmbrăcaţi-vă corespunzător pentru vremea caniculară
Purtaţi haine deschise la culoare, uşoare şi lejere.

Beţi multe lichide
Beţi multe lichide dar evitaţi alcoolul şi cofeina pentru că acestea pot provoca deshidratare.

Evitaţi alimentele fierbinţi şi mesele abundente
Mese mai mici cantitativ, suplimentate cu gustări sănătoase reprezintă idei bune pe timpul vremii caniculare.



Urgenţele legate de temperaturi ridicate

Expunerea exagerată la soare sau temperaturi ridicate vă poate afecta pielea şi provoca supraîncălzirea organismului.

Arsurile solare

Expunerea prelungită la radiaţiile solare ultraviolete determină apariţia de zone roşii, sensibile sau edemaţiate. Pielea poate prezenta, de asemenea, vezicule cu lichid. Înroşirea şi sensibilitatea cutanată ce apare în cazul unei arsuri solare se datorează inflamaţiei pielii.

Tratament

Tratamentul arsurilor solare depinde de gravitatea lor. Majoritatea arsurilor solare pot fi tratate fără ajutorul medicului.

- Faceţi o baie sau un duş rece. 1/2 cană de amidon de porumb, făină de ovăz sau praf de copt adăugată în baie poate ameliora simptomele.
- Nu spargeţi veziculele cu lichid deoarece ele ajută la protecţia împotriva infecţiei şi la rapiditatea vindecării. Dacă se sparg, aplicaţi un unguent antibiotic pe porţiunile rămase descoperite.
- Luaţi ibuprofen pentru ameliorarea durerii şi a edemului.

Dacă arsura solară este severă, consultaţi medicul, care vă va prescrie medicamente pentru a vă reduce reacţia şi a preveni unele dintre simptome. Va trebui să trataţi arsura solară cum aţi trata o arsură minoră.

Stresul determinat de căldură

În condiţii obişnuite, mecanismele naturale de reglare ale organismului vă ajută să vă adaptaţi la căldură: porii din piele permit eliminarea căldurii în exces şi transpiraţia reprezintă evaporarea apei, având un efect de răcorire. Cu toate acestea, când vă expuneţi temperaturilor ridicate perioade lungi de timp - în special când nu există vânt şi umiditatea este mare-mecanismele de reglare naturală a temperaturii corporale pot fi depăşite. Ele nu pot, pur şi simplu, face faţă cantităţii de căldură intensă revărsată asupra dumneavoastră. Când se întâmplă acest lucru, apar probleme. Una dintre cele mai serioase este insolaţia, care poate fi fatală.

Insolaţia

Cele două semne cheie ale insolaţiei sunt:

- Febra peste 39^{0}C
- Piele roşie şi uscată

Alte semne sunt: leşinul, bătăi rapide ale inimii, respiraţie rapidă şi superficială şi hipo- sau hipertensiune arterială. Persoana respectivă poate fi confuză sau poate delira. În cazuri extreme pot apărea convulsii, comă sau chiar deces.

Insolaţia este predictibilă şi poate fi prevenită. Cei cu riscul cel mai mare de insolaţie sunt persoanele vârstnice şi copiii mici. Alte persoane cu risc crescut sunt persoanele ce au mai prezentat tulburări legate de expunerea la căldură, persoanele deshidratate, cele cu afecţiuni cardiace şi cele ce consumă excesiv alcool. Alcoolul determină deshidratare.

Există şi anumite medicamente care vă pot creşte riscul de insolaţie. Este vorba de anumite medicamente împotriva răului de maşină sau antidepresivele, care vă pot afecta capacitatea de a transpira. Principalii factori protectivi împotriva insolaţiei sunt: ingestia de cantităţi mari de lichide, purtarea de îmbrăcăminte răcoroasă şi capacitatea de a transpira.

Tratament

Cheia unui tratament eficient al insolaţiei este recunoaşterea timpurie a simptomelor. Dacă suspectaţi pe cineva de insolaţie, transportaţi-l într-un loc răcoros, de preferat cu aer condiţionat. Chemaţi ajutor medical de urgenţă. Creşterea extremă a temperaturii corporale este o urgenţă medicală ce necesită tratament specializat pentru a răcori victima, a reface lichidele pierdute şi a monitoriza ritmul cardiac şi respiraţia.

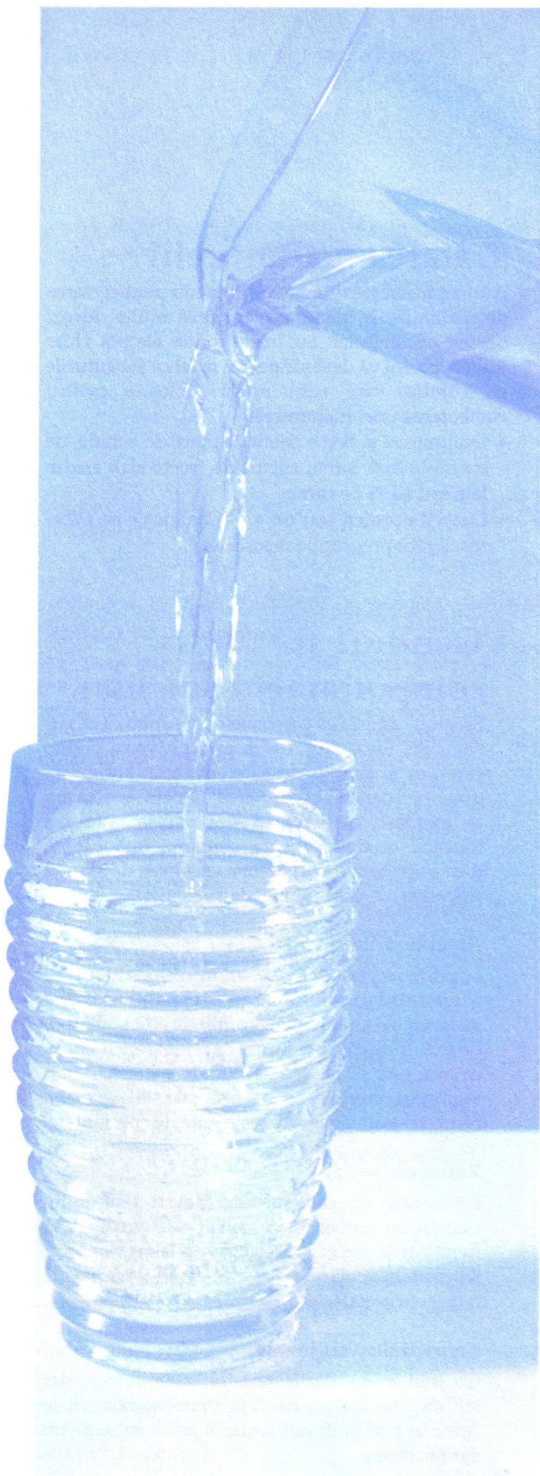
SFATURI PENTRU PREVENIRE

Leziunile pielii produse de expunerile repetate la soare sunt cumulative, continuarea supraexpuneii la radiaţiile ultraviolete putând produce probleme pe termen lung. Printre acestea se numără decolorări ale pielii, îmbătrânirea prematură a pielii, ridarea excesivă şi cancerul cutanat. Pentru a vă reduce riscul de apariţie a acestor probleme, încercaţi să evitaţi să staţi afară perioade lungi de timp, atunci când intensitatea radiaţiilor ultraviolete este maximă- între orele 10 şi 15. Când vă aflaţi afară pentru mai mult de câteva minute, acoperiţi zonele expuse ale pielii, purtaţi o pălărie cu boruri largi şi folosiţi o cremă cu un factor de protecţie (SPF) de cel puţin 15.

MEDICINĂ COMPLEMENTARĂ

De îndată ce o arsură este complet răcită, o loţiune cu aloe vera sau hidratantă poate să vă facă să vă simţiţi mai bine şi să prevină uscarea pielii. Aloe vera provine din planta Aloe vera, cunoscută şi sub denumirea de "plantă pentru arsuri". Dacă tăiaţi sau rupeţi o frunză a acestei plante, va ieşi o sevă cu efect calmant şi vindecător. Această sevă serveşte de mult ca tratament pentru arsuri, erupţii şi orice afecţiuni inflamatorii ale pielii. Se pare că seva ajută la reducerea inflamaţiei.





În timp ce aşteptaţi sosirea ajutorului medical, răcoriţi persoana dezbrăcând-o de haine sau pulverizând-o cu apă. Direcţionaţi un curent de aer spre ea, cu ajutorul unui ventilator electric, unui ziar sau chiar cu ajutorul mâinilor. Dacă este posibil, monitorizaţi-i temperatura cu ajutorul unui termometru. Opriţi răcirea persoanei respective în momentul în care temperatura ei revine la normal. Dacă i se opreşte respiraţia, începeţi resuscitarea gură la gură.

Epuizarea provocată de căldură

Epuizarea provocată de căldură nu este la fel de periculoasă ca insolaţia însă poate evolua repede spre insolaţie. Imaginaţi-vă această epuizare ca pe un eşec al mecanismelor de reglare ale organismului în încercarea de a răspunde corespunzător temperaturilor ridicate.

Epuizarea provocată de căldură apare mai frecvent la cei ce folosesc medicamente diuretice, deoarece acestea elimină excesul de apă din organism. Această epuizare mai poate apărea ca urmare a transpiraţiei excesive, în condiţiile în care nu aţi ingerat suficiente lichide pentru a le înlocui pe cele pierdute.

Semnele şi simptomele debutează adesea brusc, de unde şi denumirea de colaps termic. Acestea sunt:
- stare de leşin;
- bătăi cardiace rapide;
- hipotensiune arterială;
- aspect cenuşiu al celor cu ten deschis;
- piele umedă şi rece;
- greaţă.

Tratament

Dacă suspectaţi pe cineva de epuizare datorată căldurii, scoateţi persoana respectivă din zona de căldură, într-un loc răcoros. Cel mai bun este un loc cu aer condiţionat. Culcaţi persoana şi ridicaţi-i puţin picioarele. Descheiaţi-i hainele şi dezbrăcaţi-o de cele mai multe piese de îmbrăcăminte. Daţi-i să bea apă rece. Sucurile pentru sportivi sunt şi ele bune pentru că înlocuiesc atât electroliţii cât şi lichidele pierdute. Dacă apar semne de insolaţie, solicitaţi ajutor medical de urgenţă.

Crampele musculare datorate expunerii la căldură

Aceste crampe sunt spasme musculare dureroase care apar după efort fizic intens şi transpiraţie excesivă. Muşchii dumneavoastră abdominali şi ceilalţi muşchi pe care-i folosiţi în timpul efortului sunt cel mai adesea afectaţi. Crampele datorate căldurii se produc, de obicei, în medii cu temperaturi ridicate dar pot apărea şi în medii cu temperaturi mai joase.

Tratament

Dacă prezentaţi crampe datorate căldurii:
- Odihniţi-vă puţin şi răcoriţi-vă.
- Beţi apă sau sucuri pentru sportivi.
- Mâncaţi alimente sărate de tipul alunelor şi covrigeilor săraţi. Sodiul ajută deseori la ameliorarea crampelor de căldură.
- Masaţi muşchii ce prezintă crampe.

Urgenţe psihiatrice

Situaţiile ce afectează funcţiile mintale constituie, de asemenea, urgenţe medicale. Similar unei leziuni fizice, o tulburare psihică poate necesita o intervenţie medicală imediată şi specializată.

Intoxicaţia şi sevrajul alcoolic

Alcoolul este un drog ce deprimă sistemul nervos central acţionând ca un sedativ. La anumite persoane, prima reacţie poate fi o stimulare dar, dacă băutul continuă, apar efectele sedative. La început, alcoolul vă afectează doar gândurile, emoţiile sau puterea de judecată. Dar, când continuaţi să beţi, alcoolul vă va afecta vorbitul şi coordonarea musculară. Consumat în cantităţi suficient de mari, el poate duce la comă prin deprimarea centrilor vitali cerebrali.

Semnele şi simptomele intoxicaţiei alcoolice variază de la tulburări de articulare a cuvintelor, incoordonare în mişcări şi comportament zgomotos, necontrolat, la vomă, letargie şi pierderea conştienţei. Persoana poate avea un aspect îmbujorat şi o respiraţie cu miros de alcool. Simptome severe pot apărea, de asemenea şi când un consumator cronic de alcool se opreşte brusc din băut. Pot apărea simptome fizice de sevraj, în decurs de ore sau zile. Persoana se poate comporta ciudat, poate avea halucinaţii sau poate fi confuză sau neliniştită şi să prezinte tremurături severe ale mâinilor. Aceste simptome poartă uneori numele de delirium tremens (DTs).

Tratament

Dacă încercaţi să ajutaţi pe cineva cu intoxicaţie alcoolică sau cu simptome de sevraj alcoolic, aflaţi, dacă este posibil, dacă etiologia simptomelor este ingestia de alcool sau oprirea bruscă a acestuia. Întrebaţi persoana despre aceste lucruri într-un mod neameninţător. Veţi avea şanse mai mari să obţineţi un răspuns onest dacă sunteţi calm şi nu judecaţi persoana respectivă, decât dacă sunteţi furios şi acuzator. Întrebaţi, de asemenea, dacă persoana respectivă a luat, simultan cu alcoolul, şi vreun medicament. Consumul simultan al alcoolului şi al anumitor medicamente poate provoca deteriorarea rapidă a stării persoanei respective, devenind ameninţătoare de viaţă. Dacă persoana vomită, încercaţi să preveniţi inhalarea (aspirarea) vomei în plămâni, sfătuind-o să-şi aplece capul între genunchi sau, dacă persoana este culcată, întorcându-i capul într-o parte. Majoritatea episoadelor de intoxicaţie alcoolică au ca urmare doar câteva ore de greaţă şi de dureri de cap în dimineaţa următoare. Cu toate acestea, dacă observaţi vreuna din situaţiile următoare, căutaţi ajutor medical de urgenţă:

- Persoana se opreşte din consumul obişnuit de alcool.
- Persoana nu prezintă nici un semn că ar fi consumat alcool dar se comportă neobişnuit.
- Persoana este în stare de inconştienţă sau a aspirat lichidul de vomă.

Tratarea mahmurelii

Au fost încercate numeroase remedii pentru starea de mahmureală, dar nu avem prea multe dovezi despre eficienţa lor. Iar unele dintre ele pot chiar leza. Alcoolul vă deshidratează, la fel ca şi băuturile cu cofeină care sunt uneori folosite pentru combaterea unei mahmureli.

- Odihniţi-vă şi beţi o cantitate mare de lichide, de exemplu apă, sifon, sucuri de fructe slab acidulate sau supă de carne.
- Luaţi ibuprofen sau un alt antialgic ce se eliberează fără prescripţie medicală.

Gânduri şi comportament suicidar

Se spune adesea că persoanele care spun că se vor sinucide, nu o fac. Acesta este un vechi clişeu, care pur şi simplu nu este adevărat. Nu există două persoane suicidare la fel ci persoanele care se gândesc la sinucidere se exprimă adesea folosind comportamente similare. Iată câteva dintre aceste comportamente - semnale de alarmă frecvente ale unei potenţiale sinucideri:

Ameninţările suicidare

Uneori, o persoană va spune celorlalţi că se gândeşte să se sinucidă. Sau persoana respectivă va încerca o abordare mai puţin directă spunând, de exemplu, că toată lumea ar fi mai fericită dacă ea nu s-ar fi născut sau ar fi moartă. Luaţi asemneea cuvinte ca pe semnale că persoana respectivă are nevoie de asistenţă de specialitate.

Retragere socială

Persoanele cu risc suicidar pot fi mai puţin dispuse să vorbească cu ceilalţi sau vor dori să fie lăsate în pace. Problemele de la serviciu sau rezultatele şcolare slabe pot fi alte semne de retragere socială.

Capricii dispoziţionale

Cu toţii avem stările noastre bune şi rele, dar schimbările drastice de dispoziţie- o expansivitate într-o zi şi o profundă descurajare a doua zi- nu sunt normale.

Schimbările de personalitate

Înainte de comiterea unui suicid, puteţi observa marcate schimbări ale personalităţii persoanei respective, precum şi în activităţile de rutină de genul obiceiurilor de a mânca şi de dormit. De exemplu, o persoană care este adesea timidă devine spiritul petrecerii sau o persoană sociabilă care se retrage social.

Asumarea de riscuri

Activităţi periculoase necaracteristice persoanei respective de tipul condusului cu mare viteză, sexul neprotejat sau abuzul de droguri, pot fi semnele unei dorinţe de a muri.

Crize personale

Un eveniment major de viaţă, de genul unui divorţ, pierderea slujbei sau moartea unei persoane iubite, pot fi situaţii greu de controlat pentru oricine. Pentru persoanele depresive, asemneea crize pot fi picătura care umple paharul, constituind factorul declanşator al unei încercări de sinucidere.

Depresia

Alt semnal de alarmă este depresia profundă. Uneori, persoana este aşa de deprimată că are dificultăţi în funcţionarea socială sau profesională.

Cadourile

Uneori, înainte de a comite sinuciderea, o persoană deprimată poate dărui posesiunile ei cele mai preţuite, fiind convinsă că n-o să mai aibă nevoie de ele.

- Există indicii că persoana ar fi consumat alcool împreună cu medicamente.

Intoxicaţia cu alte tipuri de droguri

Multe medicamente- chiar şi cele prescrise de medic – pot avea efecte severe în cazul persoanelor sensibile la substanţele chimice conţinute în medicamentele respective. Amestecarea medicamentelor, cum ar fi alcoolul cu anumite medicamente sau cu drogurile ilegale, poate determina interacţiuni medicamentoase care sunt deosebit de periculoase şi potenţial letale.

Medicamentele prescrise de medic

Dacă prezentaţi vreunul dintre următoarele semne şi simptome după ce aţi luat un medicament, opriţi administrarea acestuia şi contactaţi medicul. Semnele şi simptomele mai severe, de tipul pierderii conştienţei sau convulsiilor, indică necesitatea asistenţei medicale de urgenţă.
- Cefalee severă
- Confuzie
- Instabilitate emoţională
- Anxietate
- Probleme de vedere
- Erupţii
- Convulsii, comă sau pierderea coordonării

Folosirea de droguri ilegale

Semnele consumului de droguri ilegale diferă în funcţie de tipul de drog folosit. În cazul unui drog de tipul marijuanei, efectele pot fi mai puţin evidente. Puteţi observa dilatarea pupilelor sau înroşirea ochilor consumatorului. Puteţi, de asemenea observa că vorbirea persoanei respective este mai rapidă decât normal sau este lentă şi confuză.

Anumite droguri „de stradă" produc intense modificări ale dispoziţiei şi ale procesului de gândire, rezultând adesea halucinaţii. Pot apărea reacţii acute de panică, precum şi accelerarea frecvenţei cardiace, hipertensiune arterială şi tremor. Alte droguri „de stradă" pot produce încetinirea pulsului, scăderea frecvenţei respiraţiilor şi vorbire neinteligibilă sau pot determina depresie, anxietate sau impulsivitate. Altele iarăşi, produc excitare sau euforie şi o absenţă în percepţia senzaţiilor şi, în doze mari, pot determina vomă, stupor şi comă. Atunci când apare pierderea contactului cu realitatea (psihoză acută), persoana are un risc crescut de suicid sau de comportament violent faţă de ceilalţi.

Tratament

Chemaţi ajutor medical de urgenţă dacă suspectaţi că o persoană a luat o supradoză de medicamente. Semnele şi simptomele de urgenţă sunt:
- pierderea conştienţei;
- oprirea respiraţiei sau periculos de lentă;
- comportament agresiv, anxios, panicard, ostil, delirant sau violent

Dacă suspicionaţi că supradoza a fost luată în ultima oră, poate fi adecvat să provocaţi voma. Cu toate acestea, consultaţi în prealabil un medic sau un centru de control pentru substanţele toxice (vezi pag. 379).

Consumatorii cronici de medicamente, droguri vor prezenta, probabil, simptome de sevraj dacă opresc brusc consumul. În timpul sevrajului există pericolul de delirium tremens, convulsii sau chiar de deces dacă procesul de detoxifiere nu este supervizat de un specialist. O detoxifiere corectă constă adesea într-o săptămână sau mai mult de tratament efectuat, în mod ideal, într-un spital. Căutaţi ajutor medical de urgenţă dacă găsiţi pe cineva care prezintă semne acute de sevraj.

Schimbări bruşte de personalitate

Schimbările bruşte de personalitate pot apărea în cazul consumului de droguri sau în cazul unor tulburări psihice severe. O persoană liniştită şi cumpătată poate să devină brusc dezorientată, delirantă sau violentă iar o persoană sociabilă poate deveni retrasă, deprimată sau chiar cu tentativă de suicid.

Dacă întâlniţi o persoană care se comportă sau vorbeşte bizar, începeţi prin a vorbi calm persoanei respective. Încercaţi să asiguraţi persoana respectivă că vreţi s-o ajutaţi. Ascultaţi-o şi vorbiţi-i cu blândeţe. Menţinând contactul vizual şi acţionând într-o manieră neameninţătoare, încercaţi să stabiliţi o comunicare cu persoana respectivă.

Dacă persoana a ameninţat că se sinucide sau că vrea să lezeze alte persoane, încercaţi să stabiliţi dacă persoana este înarmată. Nu trataţi cu cineva care are o armă şi a ameninţat că o va folosi. În plus, nu încercaţi să imobilizaţi o persoană violentă dacă nu sunteţi antrenat corespunzător. O persoană aflată într-o stare modificată- în special dacă este indusă de droguri- poate fi mai periculoasă şi mai puternică decât vă imaginaţi.

Chemaţi ajutor medical de urgenţă sau poliţia dacă persoana respectivă este dezorientată, agitată sau este periculoasă. De asemenea, cereţi ajutor dacă nu puteţi să comunicaţi cu persoana respectivă. O persoană care reacţionează în acest fel necesită asistenţă medicală imediată.

Tratament

Dacă un prieten sau un membru de familie vorbeşte despre intenţiile sale de sinucidere sau se comportă într-un fel care vă face pe dumneavoastră să credeţi că este posibil să se sinucidă, trataţi persoana cu respect şi seriozitate, şi căutaţi ajutor medical specializat cât mai repede. Contactaţi medicul de familie, un psihiatru sau linia telefonică gratuită pentru suicid. Aceste surse vor fi în măsură să vă sugereze de unde puteţi primi ajutor imediat pentru persoana respectivă. Între timp, supravegheaţi atent persoana respectivă pentru a preveni o ocazie de a se sinucide a acesteia.

Dacă întâlniţi o persoană care tocmai a încercat să se sinucidă, căutaţi ajutor medical de urgenţă. Dacă persoana nu mai respiră, începeţi resuscitarea gură la gură. Dacă sângerează, încercaţi să opriţi hemoragia. Dacă persoana pare să fi ingerat o substanţă toxică sau o supradoză de medicamente, încercaţi să aflaţi ce a luat şi în ce cantitate. Sunaţi la un centru de control pentru substanţele toxice. ■

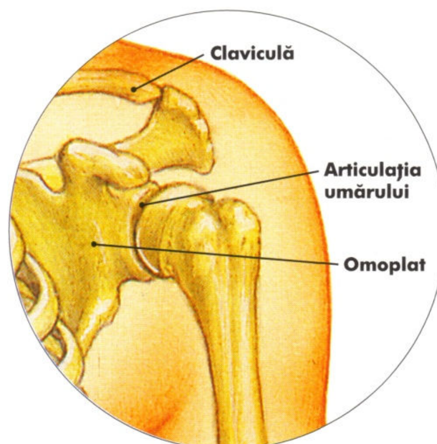


Ghid vizual: anatomie şi boli mai frecvente

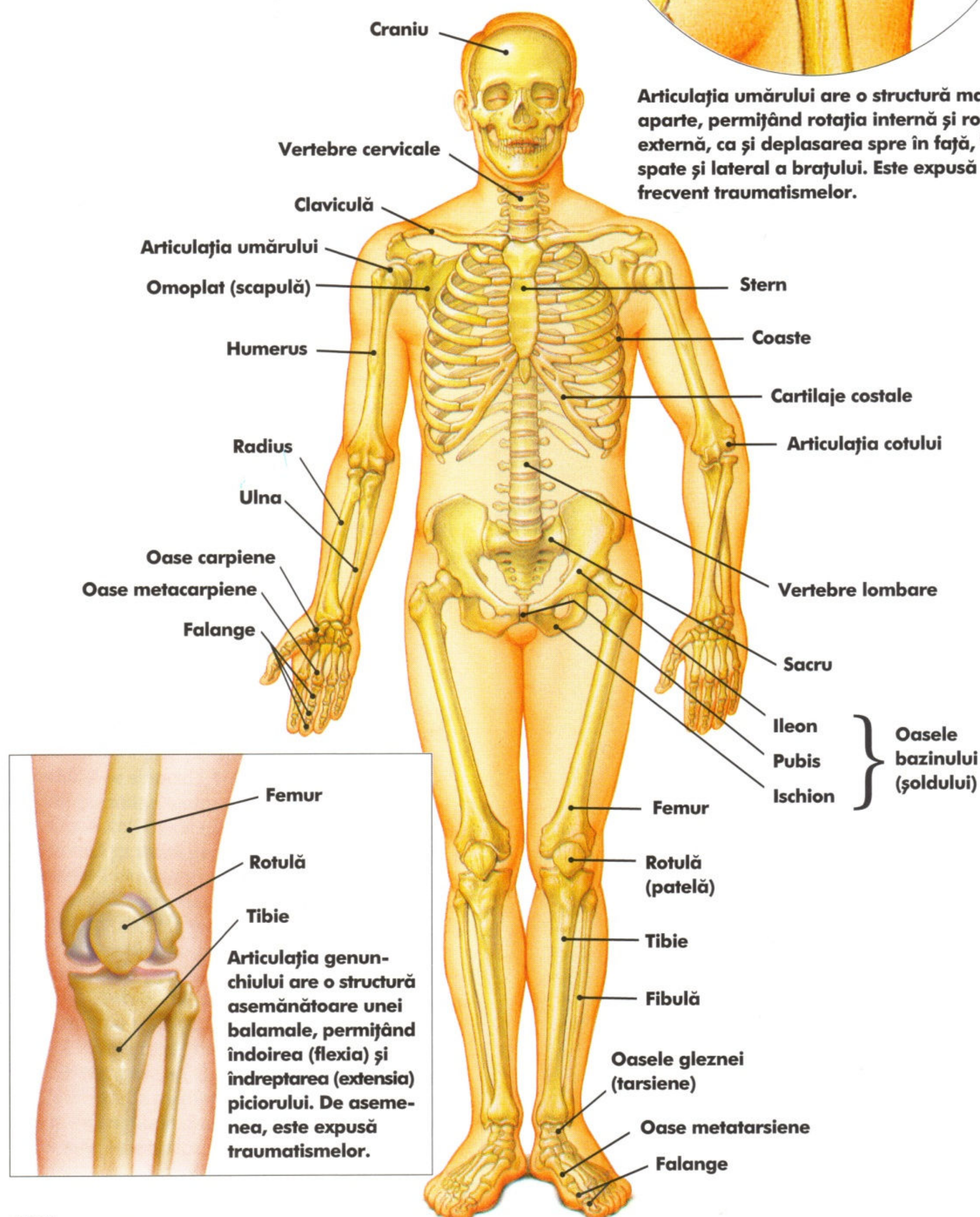


Oase şi articulaţii

În corp există aproximativ 206 oase. Toate sunt ţesuturi vii care se modifică permanent asigurând mobilitatea, susţinerea şi protecţia corpului. Unele oase conţin măduvă, un miez moale care produce celule sangvine. Capetele oaselor care se îmbină prin articulaţii sunt capitonate cu un strat de cartilaj, care atenuează şocurile sau efectul greutăţii implicate în mişcare. Ligamentele leagă elementele articulaţiilor conectând oasele unele cu altele.

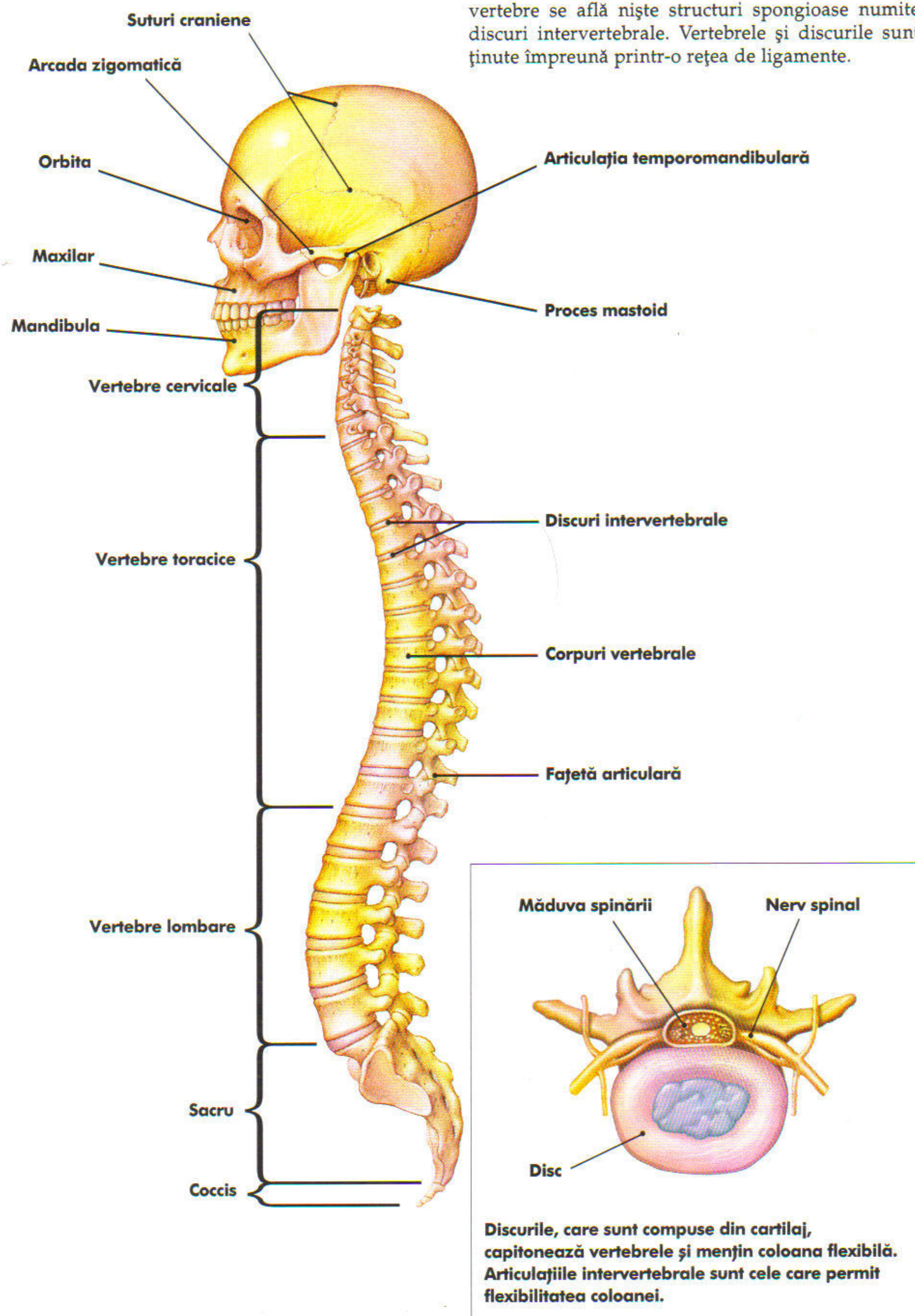


Articulaţia umărului are o structură mai aparte, permiţând rotaţia internă şi rotaţia externă, ca şi deplasarea spre în faţă, în spate şi lateral a braţului. Este expusă frecvent traumatismelor.



Articulaţia genunchiului are o structură asemănătoare unei balamale, permiţând îndoirea (flexia) şi îndreptarea (extensia) piciorului. De asemenea, este expusă traumatismelor.

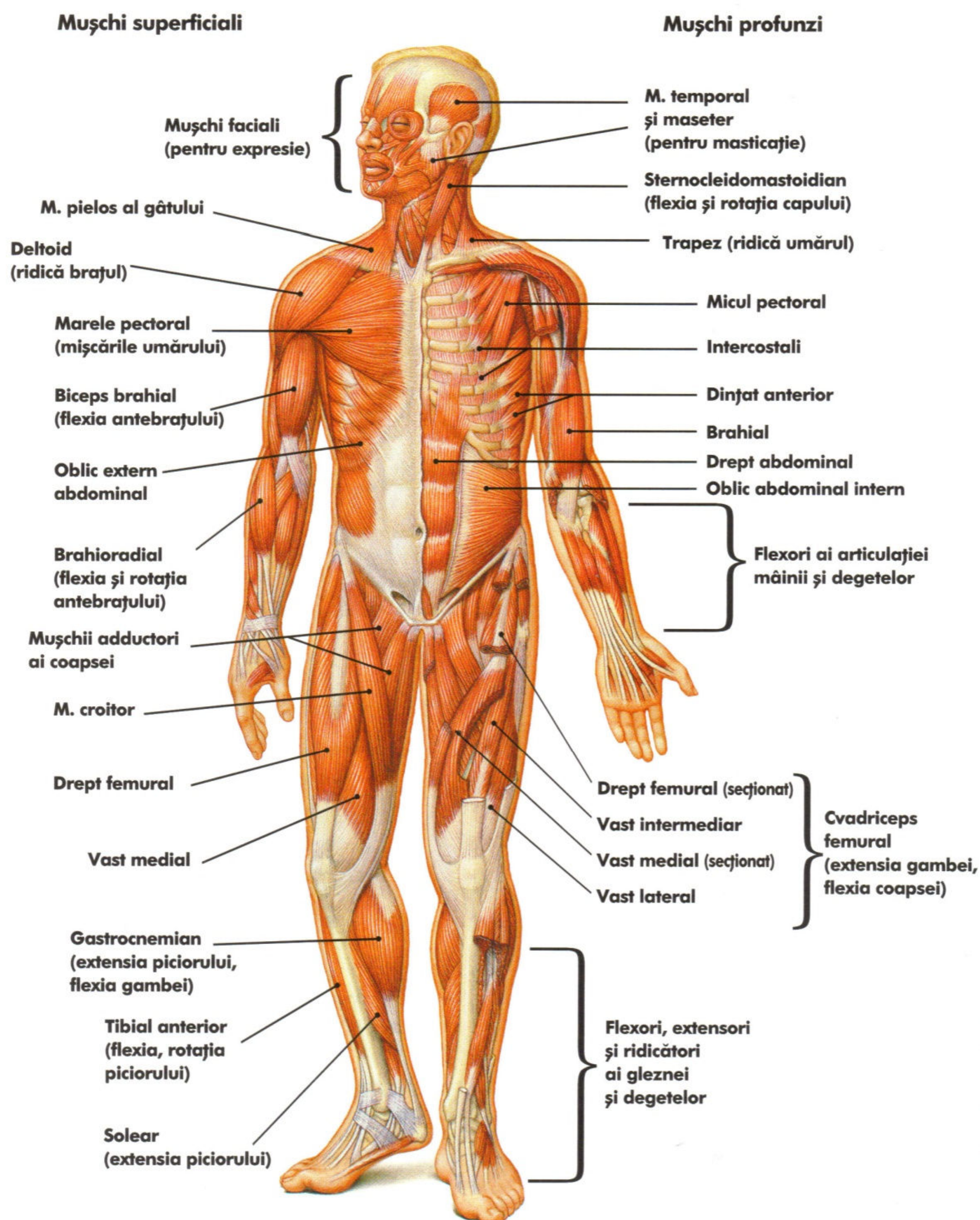
Craniul şi vertebrele vă protejează creierul şi măduva spinării. O coloană constituită din oase numite vertebre formează coloana vertebrală. Între vertebre se află nişte structuri spongioase numite discuri intervertebrale. Vertebrele şi discurile sunt ţinute împreună printr-o reţea de ligamente.

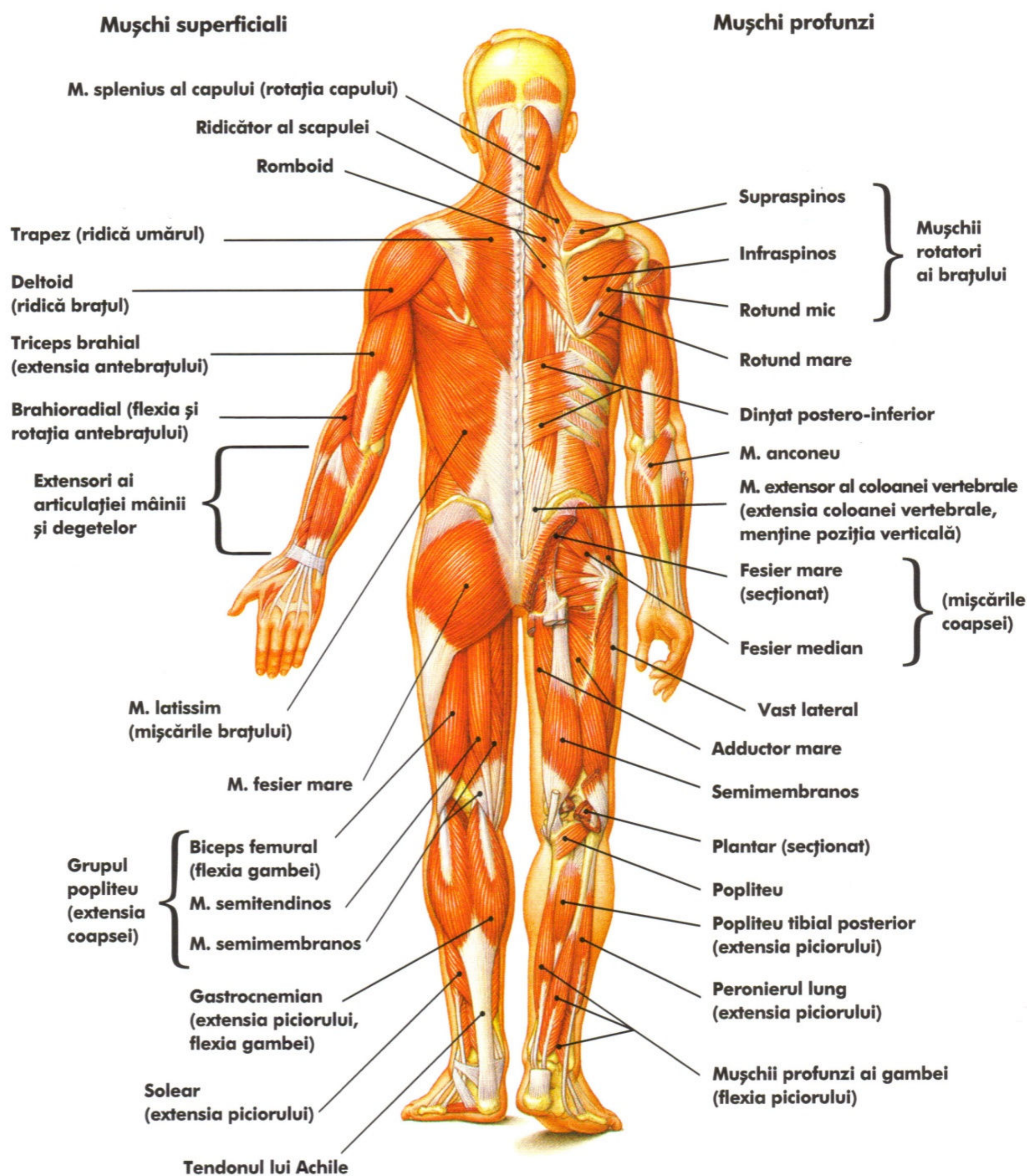


Discurile, care sunt compuse din cartilaj, capitonează vertebrele şi menţin coloana flexibilă. Articulaţiile intervertebrale sunt cele care permit flexibilitatea coloanei.

Muşchii

Contracţia muşchilor superficiali şi profunzi, care formează sistemul musculo-scheletal, determină mişcările articulaţiilor. În principiu, toţi aceşti muşchi sunt dispuşi în perechi. De exemplu, contracţia muşchiului biceps produce flexia antebraţului, în timp ce contracţia muşchiului triceps, care i se opune, produce extensia braţului. Mulţi muşchi sunt conectaţi de oase prin tendoane.




Muşchi superficiali
Muşchi profunzi
M. splenius al capului (rotaţia capului)
Ridicător al scapulei
Romboid
Trapez (ridică umărul)
Deltoid
(ridică braţul)
Triceps brahial
(extensia antebraţului)
Brahioradial (flexia şi
rotaţia antebraţului)
Extensori ai
articulaţiei mâinii
şi degetelor
M. latissim
(mişcările braţului)
M. fesier mare
Grupul
popliteu
(extensia
coapsei)
Biceps femural
(flexia gambei)
M. semitendinos
M. semimembranos
Gastrocnemian
(extensia piciorului,
flexia gambei)
Solear
(extensia piciorului)
Tendonul lui Achile
Supraspinos
Infraspinos
Rotund mic
Muşchii
rotatori
ai braţului
Rotund mare
Dinţat postero-inferior
M. anconeu
M. extensor al coloanei vertebrale
(extensia coloanei vertebrale,
menţine poziţia verticală)
Fesier mare
(secţionat)
Fesier median
(mişcările
coapsei)
Vast lateral
Adductor mare
Semimembranos
Plantar (secţionat)
Popliteu
Popliteu tibial posterior
(extensia piciorului)
Peronierul lung
(extensia piciorului)
Muşchii profunzi ai gambei
(flexia piciorului)

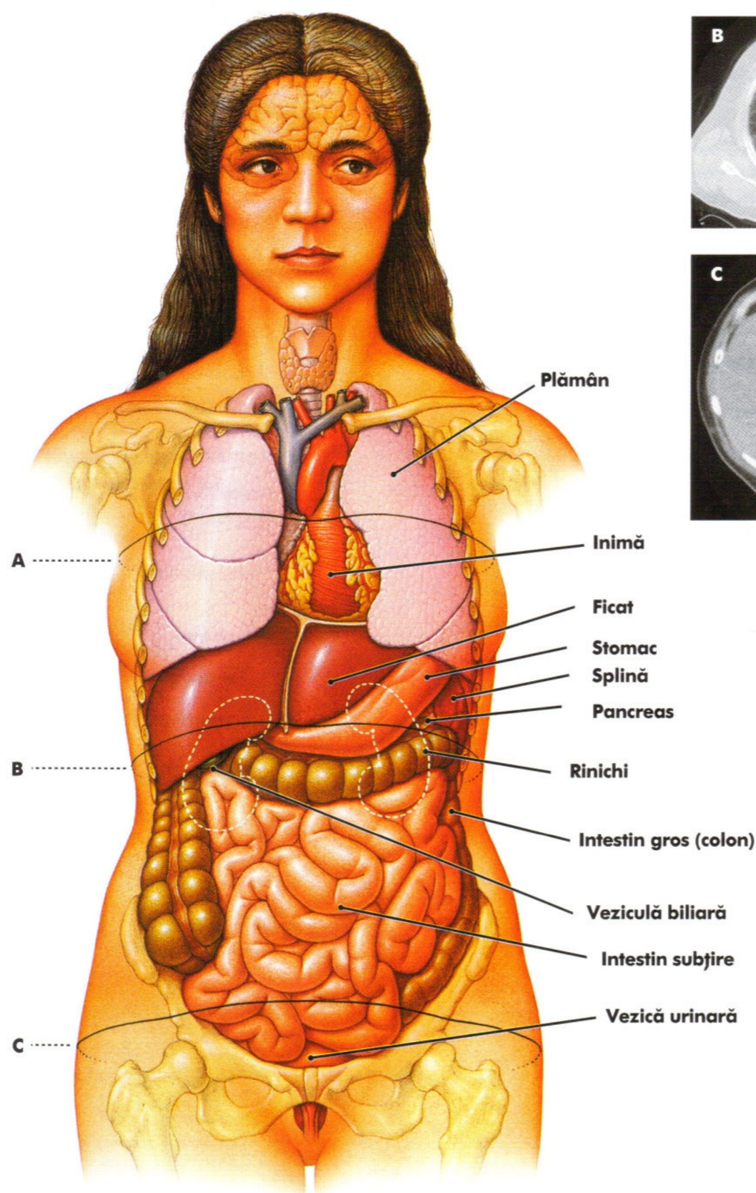
Organele interne

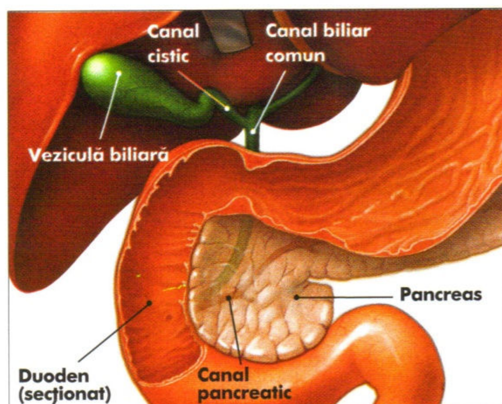
Protejate de piele şi oase, organele interne funcţionează permanent pentru a satisface necesităţile organismului. Casetele din dreapta arată cum apar organele interne pe imaginile obţinute prin tomografie computerizată (CT).







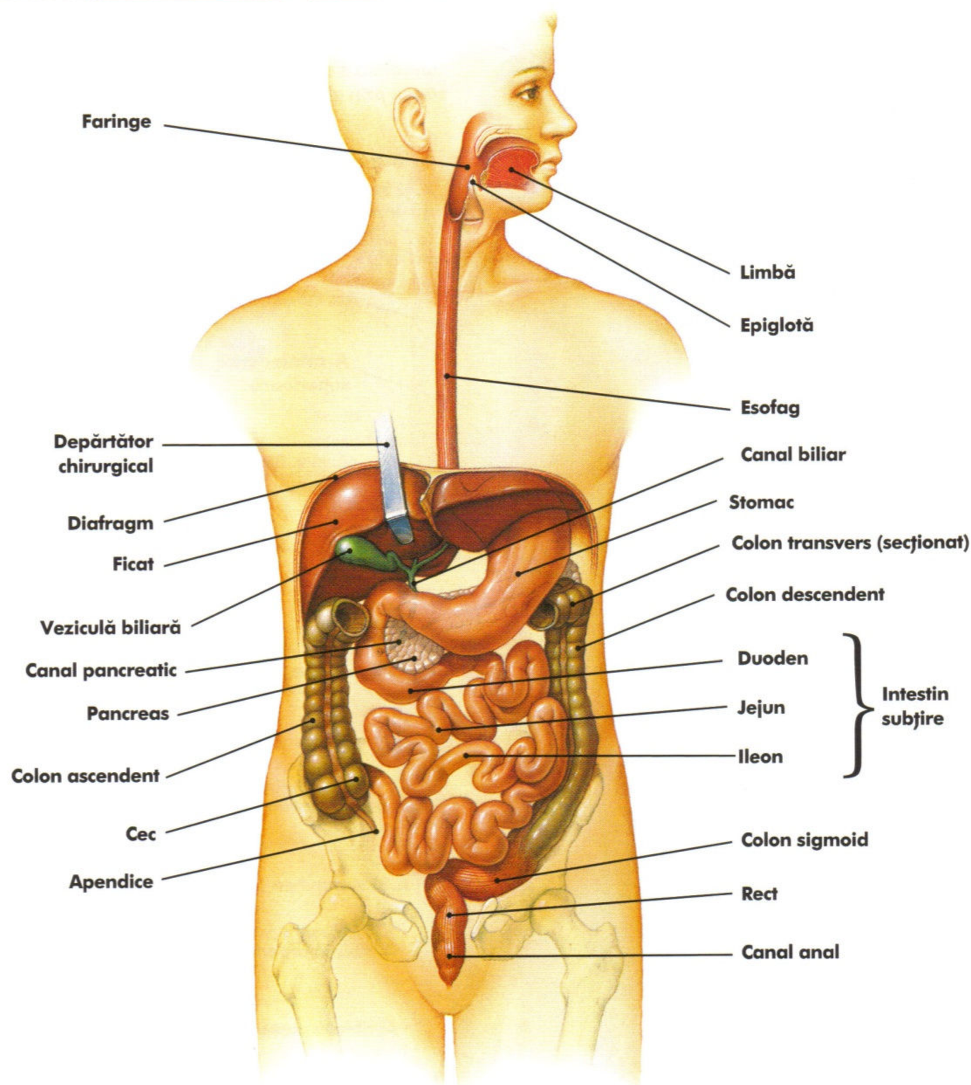




Sistemul digestiv

Digestia începe o dată cu introducerea alimentelor în gură. Alimentele sunt descompuse prin mestecare şi sub acţiunea enzimelor produse de glandele salivare. O dată înghiţite, contracţii musculare asemănătoare unor unde (peristaltice) deplasează alimentele de-a lungul tractului digestiv. Substanţele nutritive din alimente sunt absorbite, iar deşeurile eliminate.

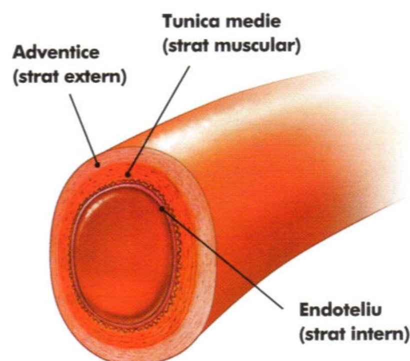
Intestinul subţire este principalul organ digestiv al organismului. Prin intermediul unui sistem de canale subţiri, pancreasul, ficatul şi vezicula biliară eliberează sucuri digestive în porţiunea superioară a intestinului subţire (duoden).



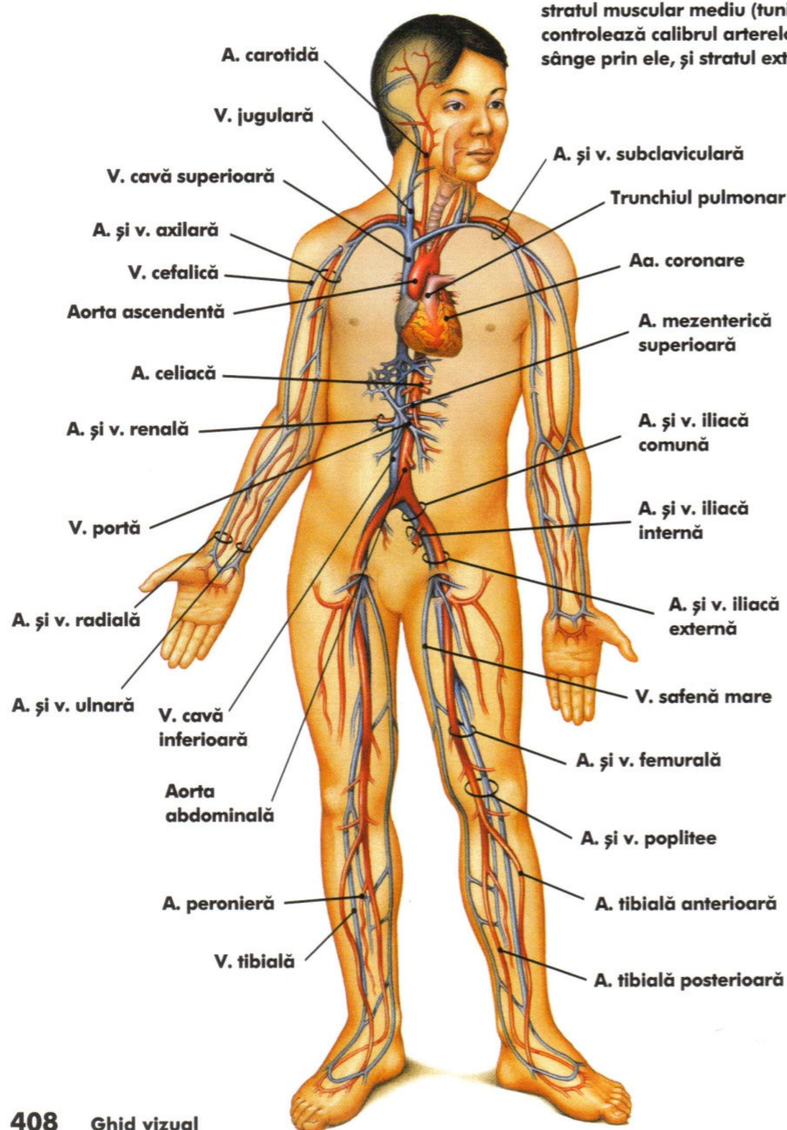
Inima şi vasele sangvine

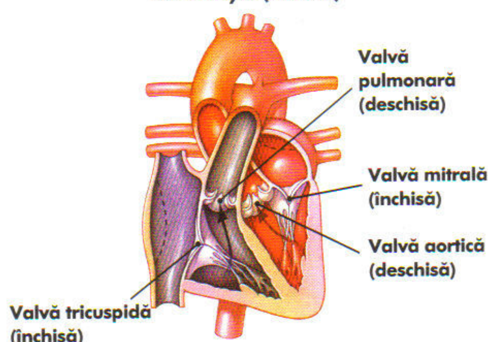
Inima şi vasele de sânge furnizează ţesuturilor din organism oxigenul şi substanţele nutritive necesare pentru întreţinerea vieţii. Inima pompează sânge în artere (culoarea roşie). Principalele artere care pleacă de la inimă sunt aorta şi arterele pulmonare. Venele (albastru) transportă sângele înapoi la inimă. Venele mari care se întorc la inimă sunt vena cavă superioară, vena cavă inferioară şi venele pulmonare.

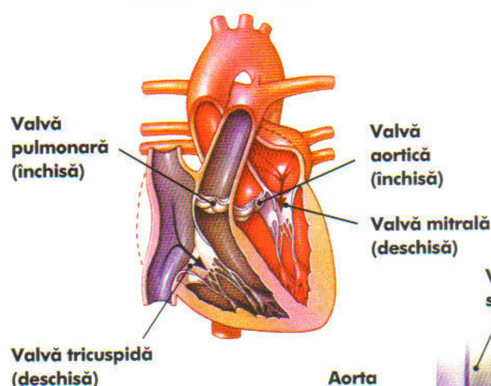
Arterele coronare furnizează sânge hrănitor chiar pentru muşchiul inimii. Arterele coronare pleacă din aortă şi se ramifică pe suprafaţa inimii. De la muşchiul cardiac, sângele se întoarce prin venele coronare.



Peretele arterial este format din 3 straturi: stratul intern, fin, care căptuşeşte interiorul vasului (endoteliu), stratul muscular mediu (tunica medie vasculară), care controlează calibrul arterelor, reglând astfel fluxul de sânge prin ele, şi stratul extern (adventice).

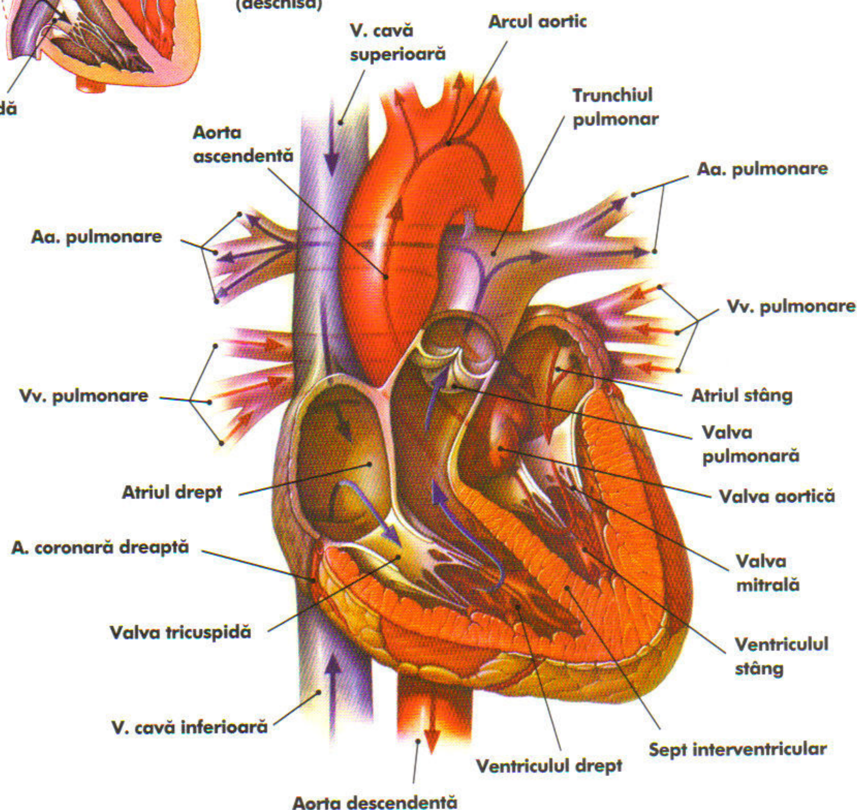






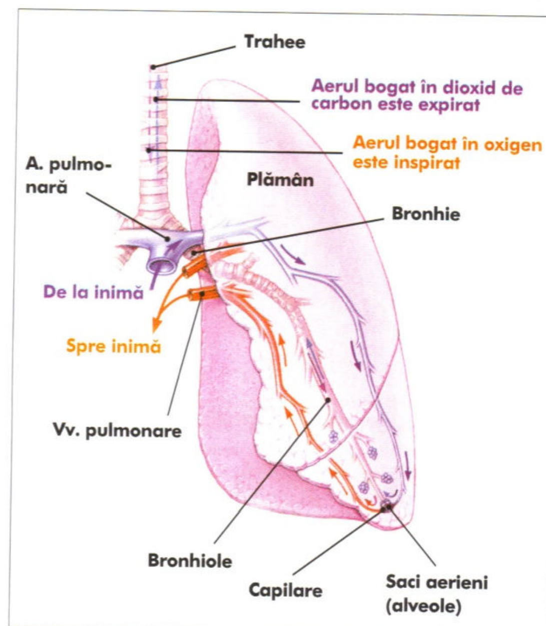
Inima are 4 camere care comunică prin intermediul unor valve. Sângele venos se varsă din venele cave superioară şi inferioară în atriul drept, apoi, prin valva tricuspidă, ajunge în ventriculul drept. Ventriculul drept pompează sângele prin valva pulmonară şi arterele pulmonare spre plămâni. Sângele reoxigenat de la plămâni ajunge în atriul stâng prin venele pulmonare, iar de aici, prin valva mitrală, în ventriculul stâng. Ventriculul stâng pompează sângele, prin aortă, pentru a fi distribuit ţesuturilor organismului.

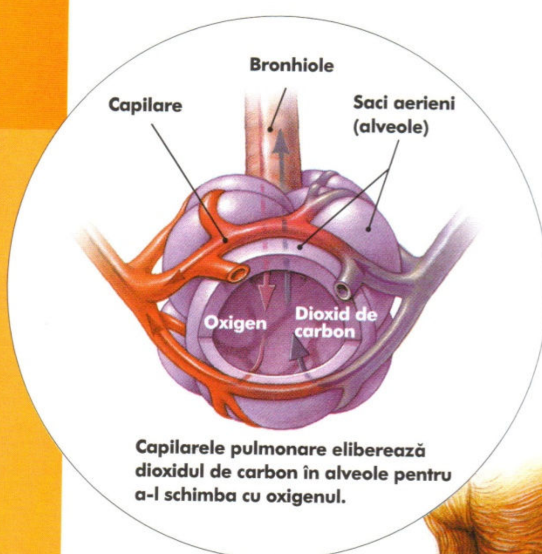
Valvele menţin curgerea unidirecţională a sângelui prin inimă. Când ventriculele se relaxează (diastolă), scade presiunea din interiorul lor. Valvele tricuspidă şi mitrală sunt forţate să se deschidă, lăsând sângele să curgă din atriu în ventricule. Valvele aortică şi pulmonare sunt închise, evitându-se astfel întoarcerea sângelui pompat în cursul bătăii cardiace precedente. În timpul contracţiei (sistolă), presiunea deschide valvele aortică şi pulmonare, iar valvele tricuspidă şi mitrală sunt forţate să se închidă.



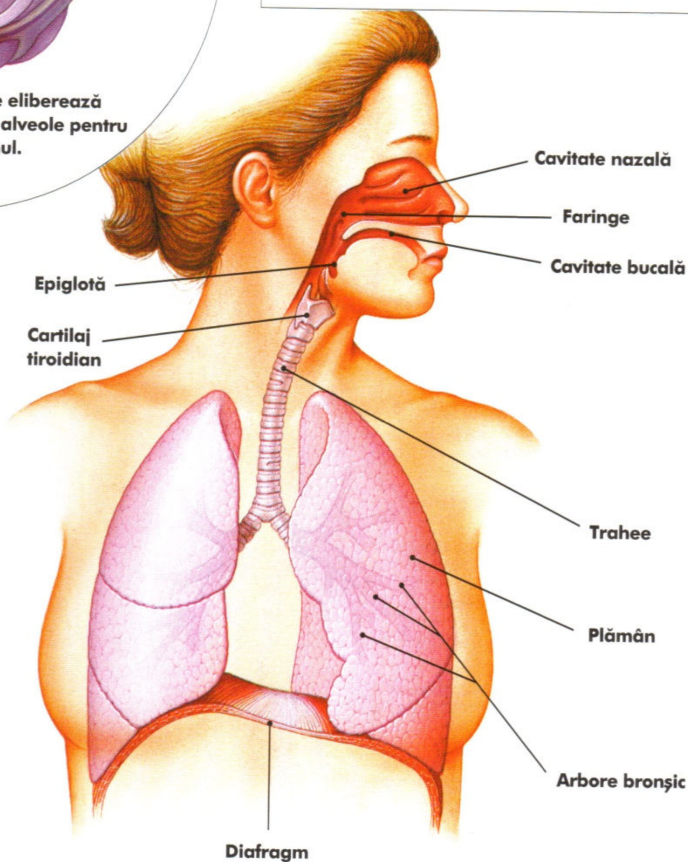
Plămânii

Plămânii aprovizionează sângele cu oxigen şi elimină dioxidul de carbon sangvin. Aceste schimburi au loc la nivelul unor saci aerieni foarte mici numiţi alveole. Oxigenul trece din aerul din alveole în sânge. Sângele oxigenat circulă prin capilarele subţiri care înconjoară alveolele spre venele pulmonare. Arterele pulmonare transportă sângele la plămâni. Prin venele pulmonare, sângele se întoarce la inimă.



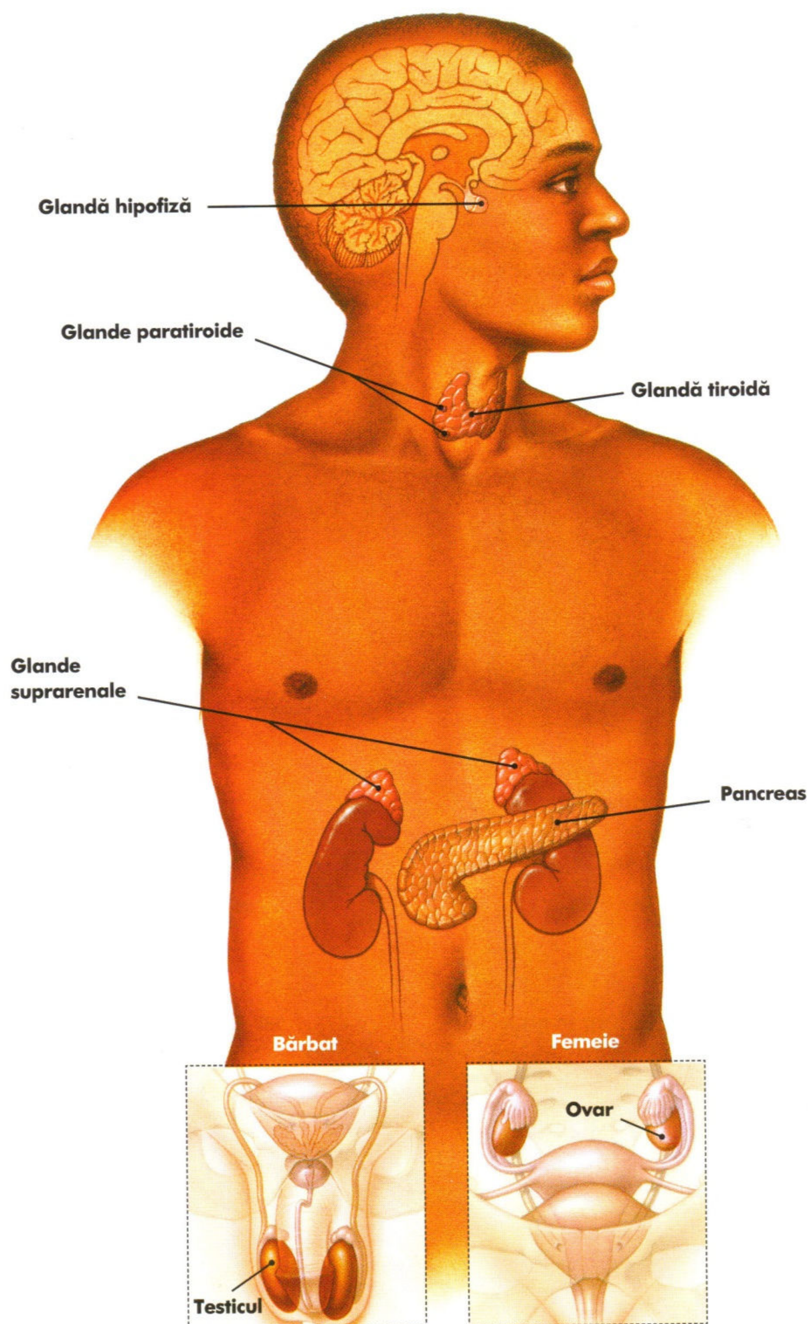


Capilarele pulmonare eliberează dioxidul de carbon în alveole pentru a-l schimba cu oxigenul.



Glandele endocrine

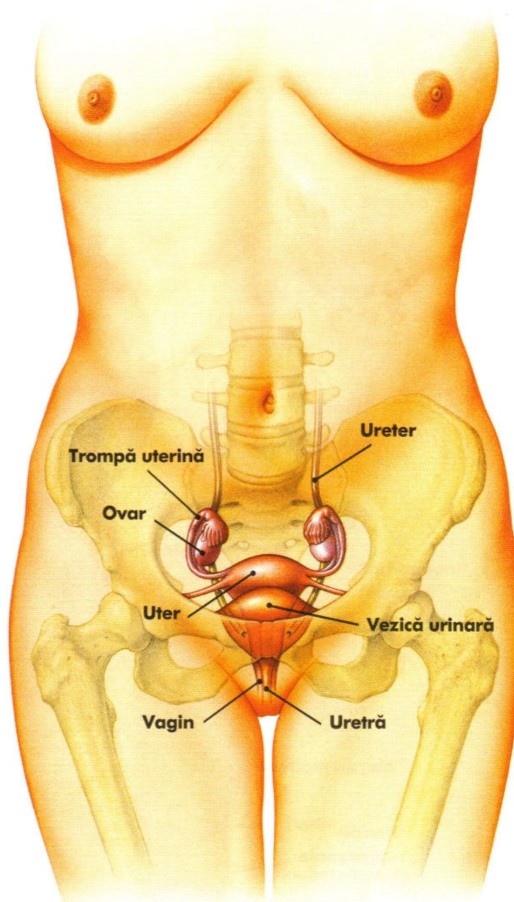
Glandele endocrine controlează multe activităţi din organism, ca şi răspunsul diferitelor sisteme la evenimentele obişnuite sau la stres. Glandele endocrine secretă hormoni în circulaţia sangvină. Aceşti mesageri chimici furnizează instrucţiuni diferitelor organe şi ţesuturi.

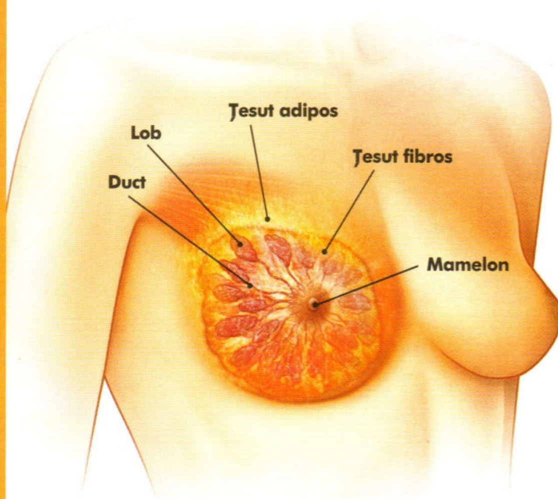


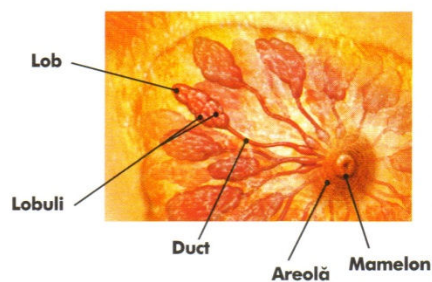
Glandele mamare şi organele de reproducere feminine

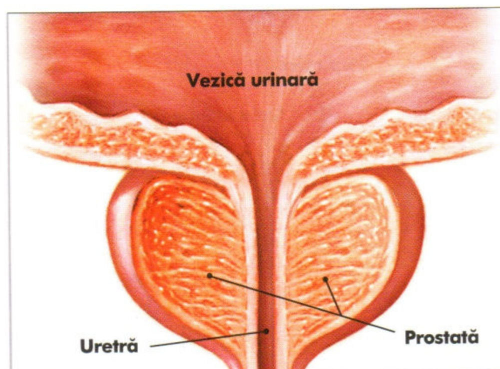
Glandele mamare feminine produc lapte pentru hrănirea sugarilor. Fiecare glandă mamară conţine 15 - 20 de compartimente (lobi). Fiecare lob este format din mai multe structuri mai mici (lobuli), care conţin nişte formaţiuni în formă de bulbi care produc laptele. Lobii, lobulii şi formaţiunile în formă de bulb sunt conectaţi printr-o reţea de canale subţiri (ducte). Ductele transportă laptele de la formaţiunile în formă de bulbi spre zona centrală a sânului, cea care este acoperită cu o piele mai închisă la culoare (areola), unde este secretat prin mamelon.

Organele de reproducere feminine cuprind: ovarele, care eliberează un ovul la fiecare ovulaţie, trompele uterine, unde ovulul poate întâlni spermatozoidul, şi uterul, unde se implantează ovulul fecundat din care se dezvoltă fătul. Organele de reproducere sunt localizate lângă vezica urinară şi uretră.







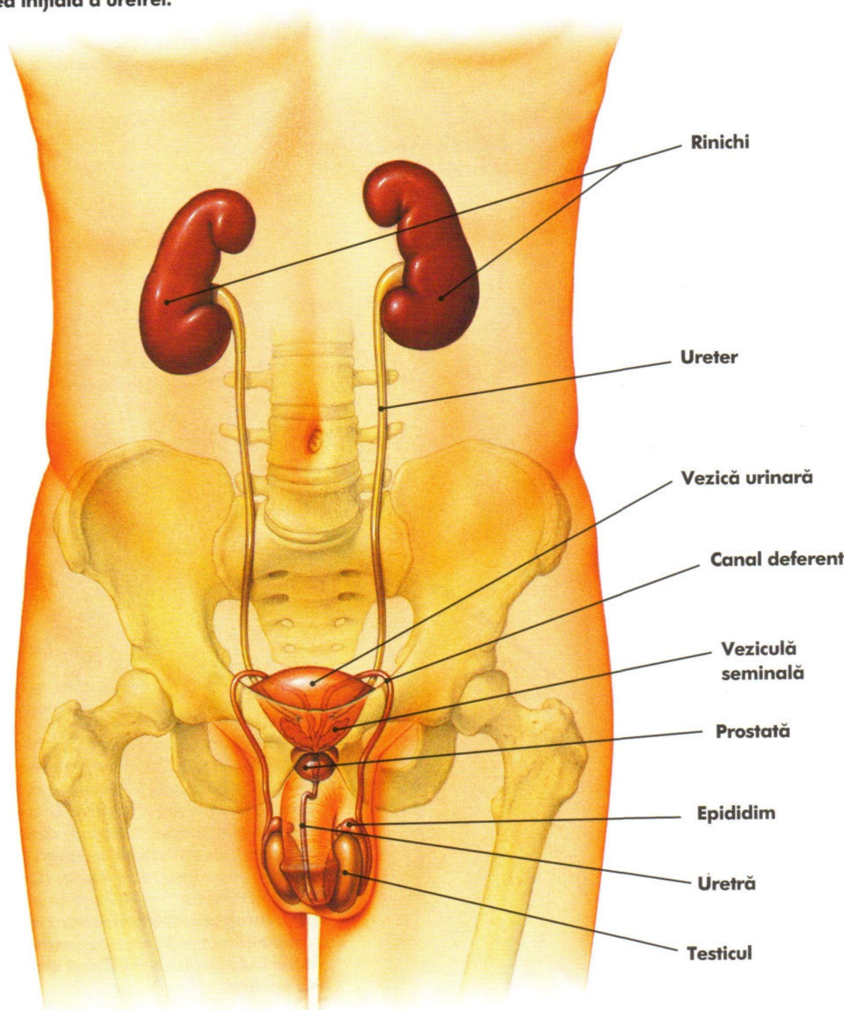


Funcţia principală a prostatei este să producă cea mai mare parte a lichidului care intră în compoziţia spermei. Lichidul este transportat în uretră prin canale subţiri din interiorul prostatei, în uretră lichidul amestecându-se cu sperma. De mărimea unei nuci, prostata este localizată imediat sub vezica urinară, înconjurând porţiunea iniţială a uretrei.

Tractul urinar şi organele de reproducere masculine

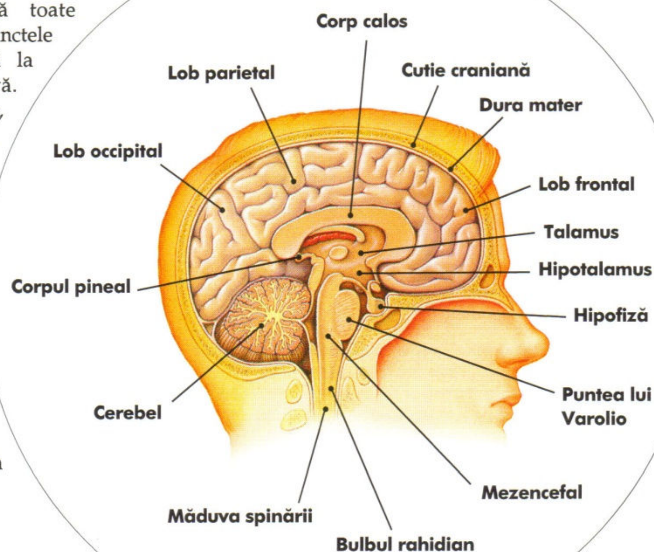
Organele de reproducere masculine cuprind testiculele, care produc spermatozoizii, epididimul şi canalele deferente, care transportă spermatozoizii spre veziculele seminale şi prostată. Lichidele secretate de veziculele seminale şi de prostată se amestecă cu spermatozoizii, formând sperma, care va fi ejaculată prin uretră.

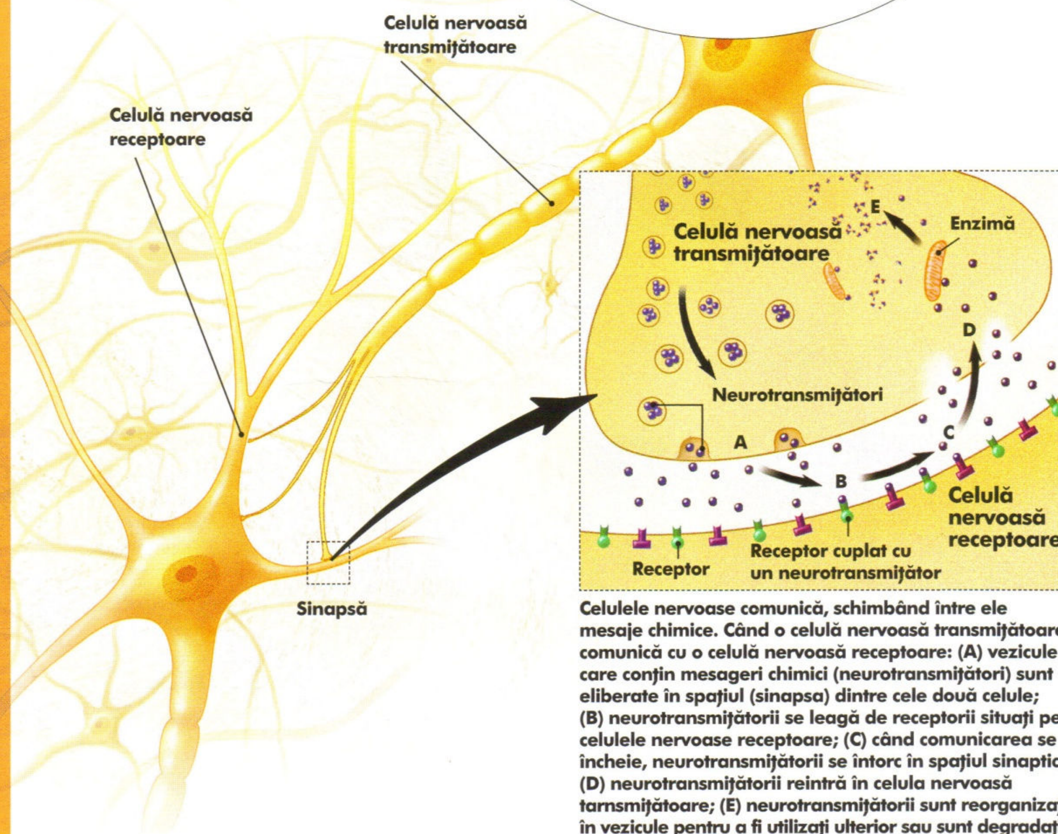
La bărbaţi, uretra serveşte atât sistemul reproducător cât şi pe cel urinar – transportând atât sperma cât şi urina. Aparatul urinar cuprinde rinichii, ureterele, vezica urinară şi uretra. Atât în cazul bărbaţilor cât şi în cel al femeilor, rinichii îndepărtează din sânge excesul de lichide şi deşeurile, producând urina, care este transportată spre vezica urinară prin uretere. Urina se acumulează în vezica urinară şi aceasta o elimină prin uretră.



Creierul

În principiu, creierul controlează toate activităţile organismului, de la instinctele primare de supravieţuire şi până la gândirea analitică şi cea creativă. Organizează şi structurează emoţiile, controlează şi comandă funcţiile corpului şi activităţile fizice. Creierul este format din trunchi cerebral, cerebel, responsabil pentru echilibru şi mişcare, şi din emisferele cerebrale, partea cea mai voluminoasă a creierului uman şi poate cea mai uşor de recunoscut, datorită aspectului caracteristic, cu multe cute. Sunt 2 emisfere cerebrale (vezi pag. 415). Fiecare emisferă este formată din 4 lobi – frontal, parietal, temporal şi occipital – fiecare dintre aceştia controlând activităţi diferite.

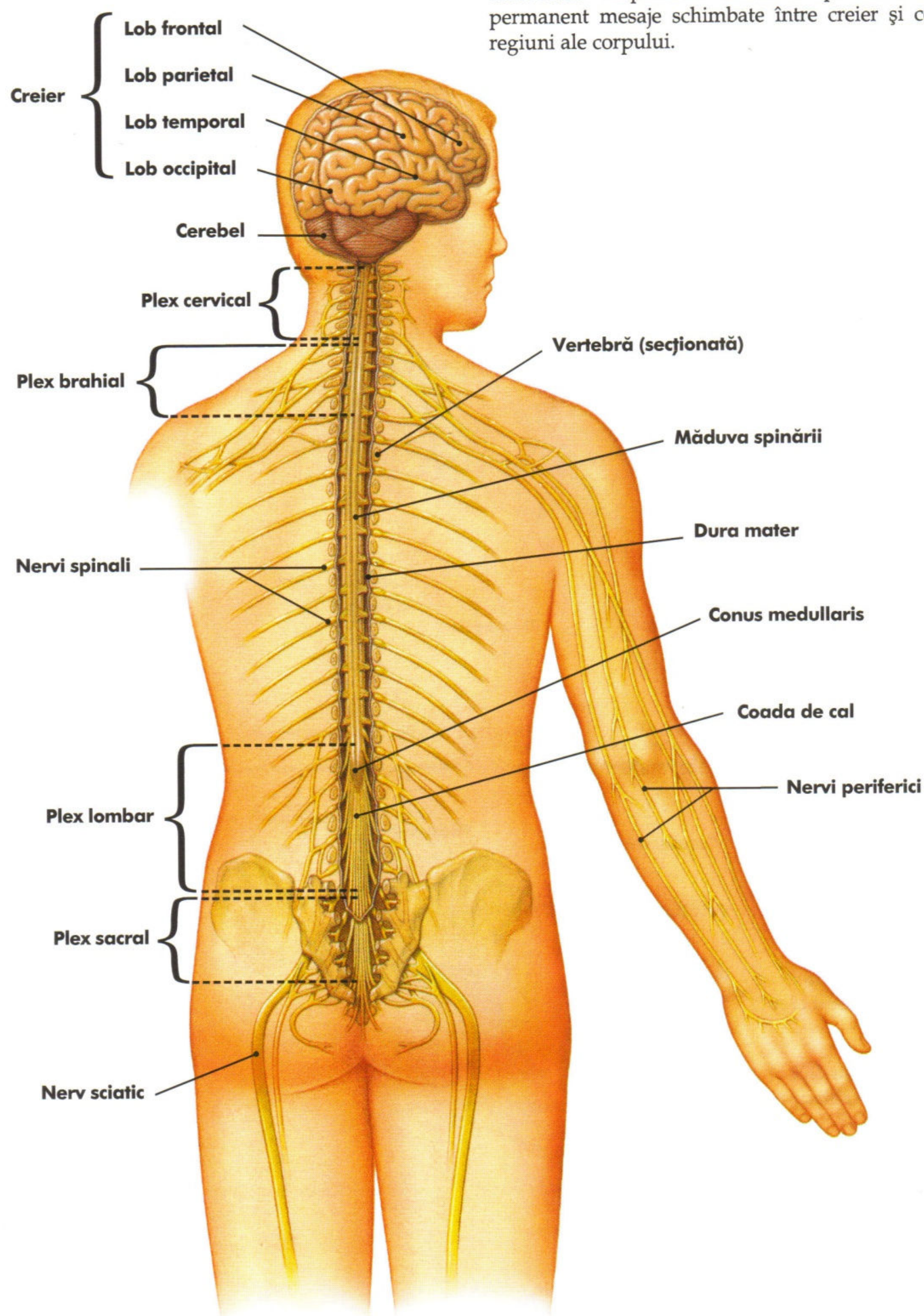




Celulele nervoase comunică, schimbând între ele mesaje chimice. Când o celulă nervoasă transmiţătoare comunică cu o celulă nervoasă receptoare: (A) vezicule care conţin mesageri chimici (neurotransmiţători) sunt eliberate în spaţiul (sinapsa) dintre cele două celule; (B) neurotransmiţătorii se leagă de receptorii situaţi pe celulele nervoase receptoare; (C) când comunicarea se încheie, neurotransmiţătorii se întorc în spaţiul sinaptic; (D) neurotransmiţătorii reintră în celula nervoasă tarnsmiţătoare; (E) neurotransmiţătorii sunt reorganizaţi în vezicule pentru a fi utilizaţi ulterior sau sunt degradaţi de enzime.

Sistemul nervos

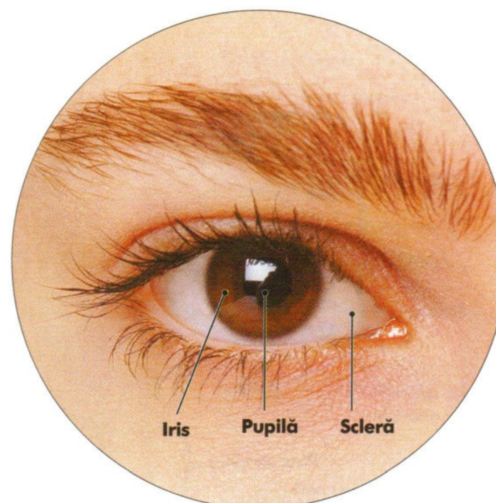
În organism, comunicarea se face prin intermediul sistemului nervos, compus din creier, măduva spinării şi nervi periferici. Nervii periferici primesc mesaje din diferite părţi ale organismului, ca şi din mediul exterior. Aceste mesaje sunt transmise la măduva spinării şi mai departe la creier, care le interpretează şi elaborează răspunsuri. Măduva spinării transmite permanent mesaje schimbate între creier şi celelalte regiuni ale corpului.

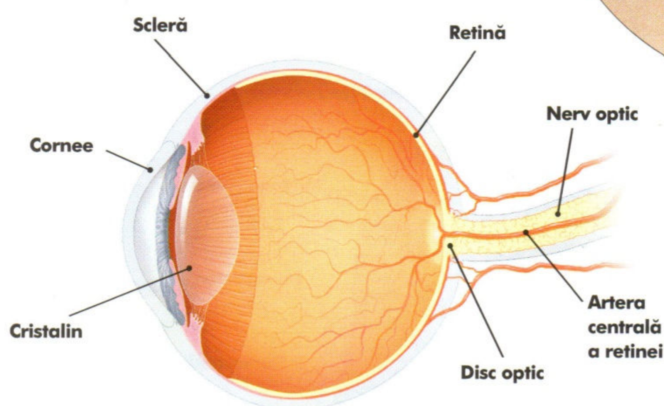


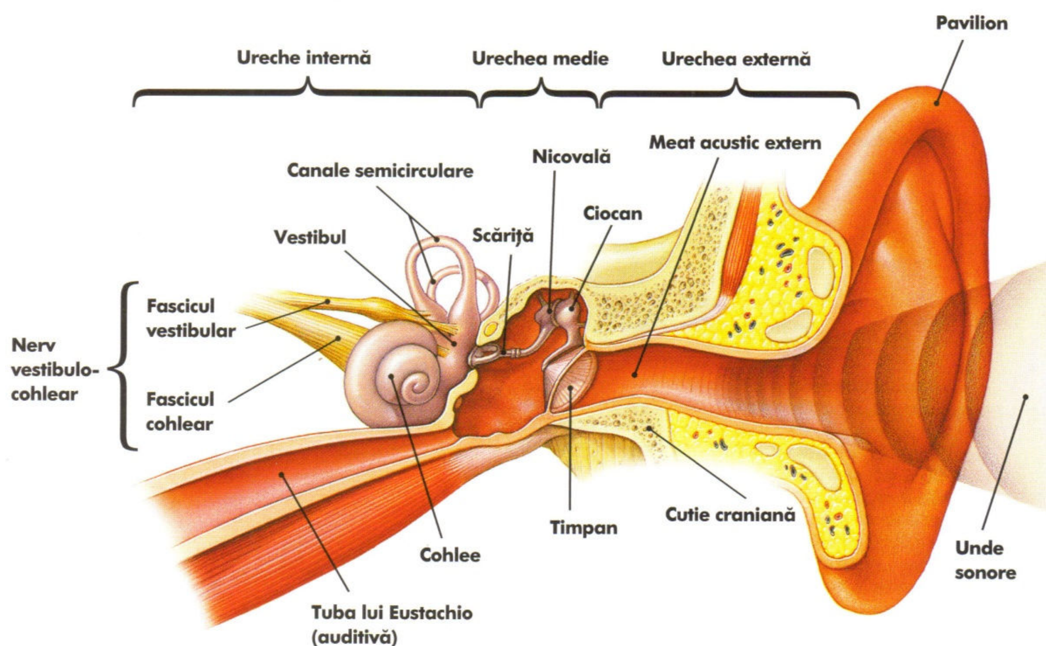
Ochii şi urechile

O imagine oarecare trece prin pupila situată în partea din faţă a ochiului şi apoi prin cristalin, situat în spatele pupilei. Cristalinul proiectează imaginea inversată pe retina situată în partea din spate a globului ocular. Retina, care este formată din celule fotosensibile, converteşte imaginea în impulsuri electrice, care sunt transmise la creier prin nervii optici.

Cele 2 funcţii principale ale urechilor sunt auzul şi echilibrul. Timpanul transmite sunetele prin intermediul unor oase mici interconectate (ciocanul, nicovala şi scăriţa), la urechea internă. De aici, sunetul este transmis sub formă de impulsuri electrice, prin nervii auditivi, la creier. Urechea internă conţine şi canale semicirculare ale labirintului vestibular, structură esenţială pentru echilibru.



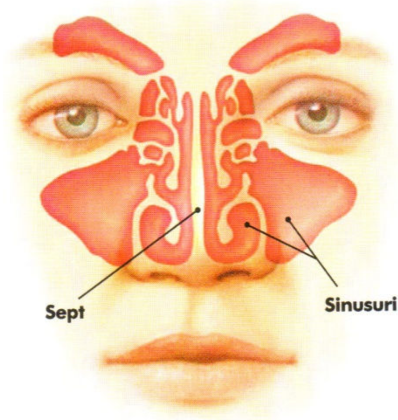


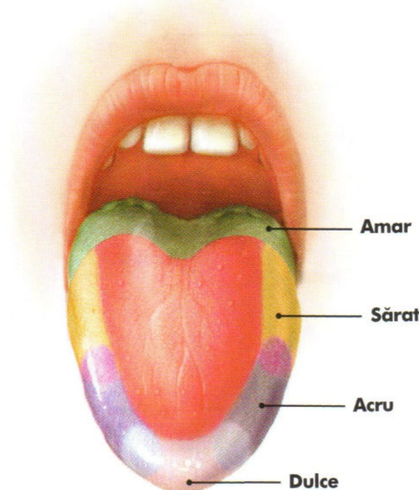


Cavitatea nazală și cavitatea bucală

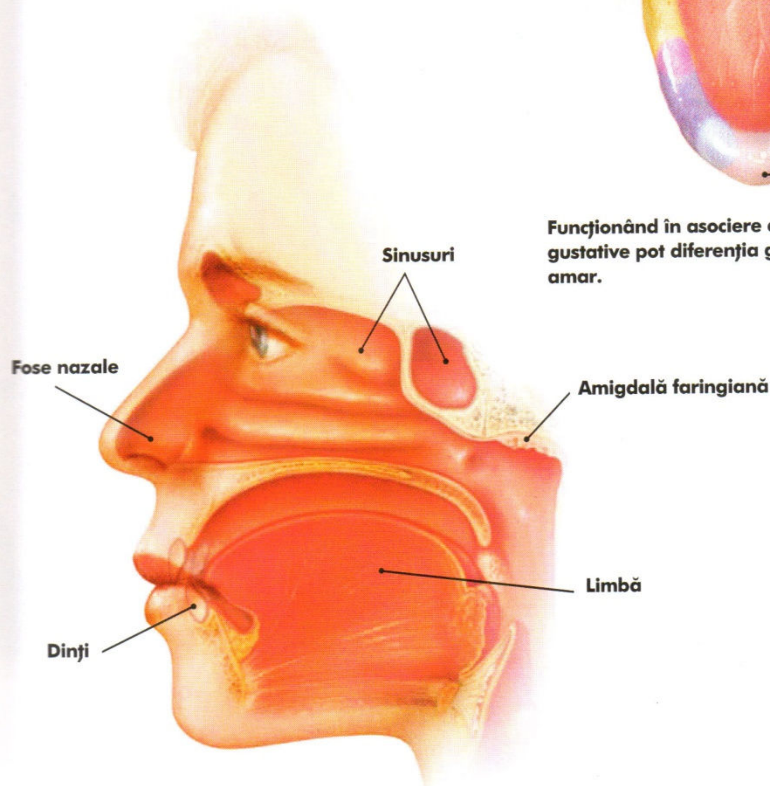
Nasul este împărțit în două cavități identice numite narine, separate printr-un perete (sept) format din cartilaj și os. Cavitatea nazală comunică și cu sinusurile, niște spații înguste pline cu aer din interiorul craniului. Amigdala faringiană (țesutul adenoidian) este o masă de țesut limfatic dispusă înapoia foselor nazale.

Cavitatea bucală este formată din gură și dinți. Pentru o serie de activități importante, cum sunt vorbirea și cântatul, dinții și gura sunt folosiți pentru a modula sunetele. De asemenea, dinții și gura sunt implicați în prima fază a digestiei.



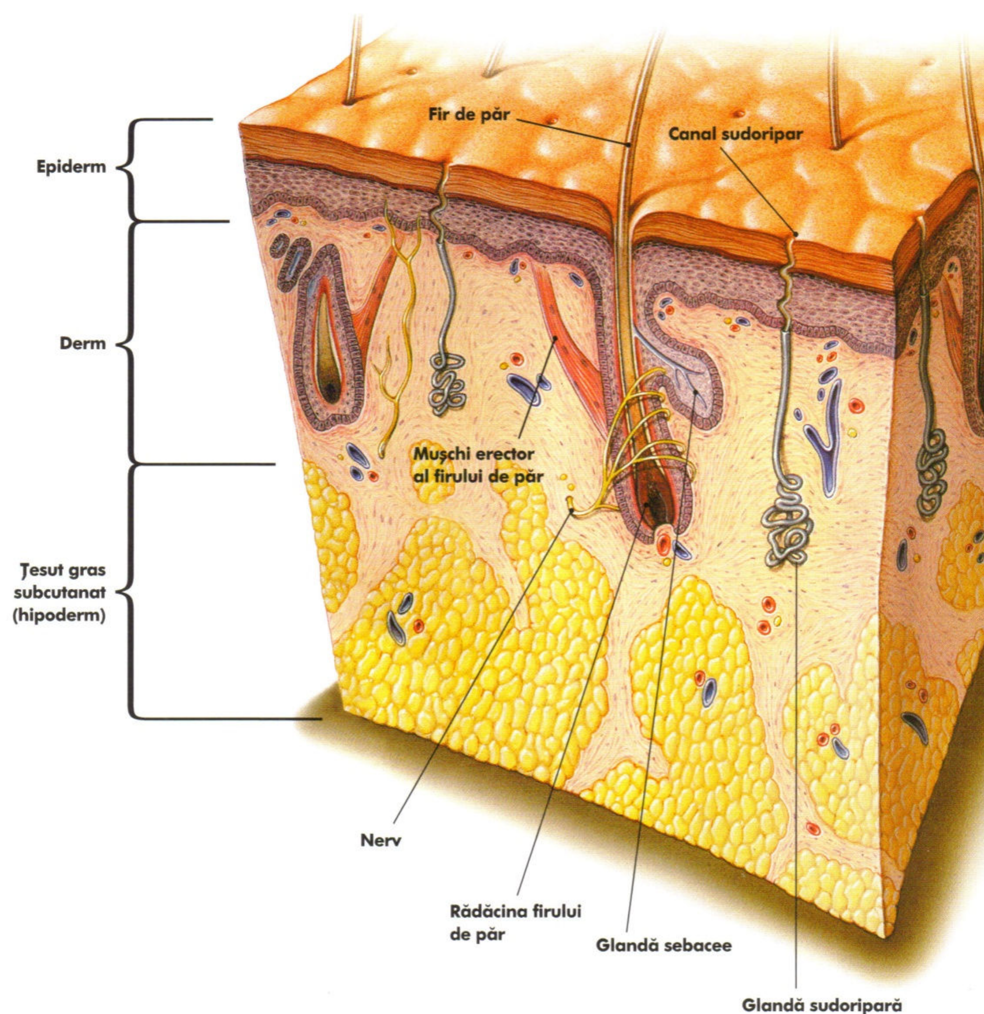


Funcționând în asociere cu simțul mirosului, papilele gustative pot diferenția gusturile dulce, sărat, acru și amar.



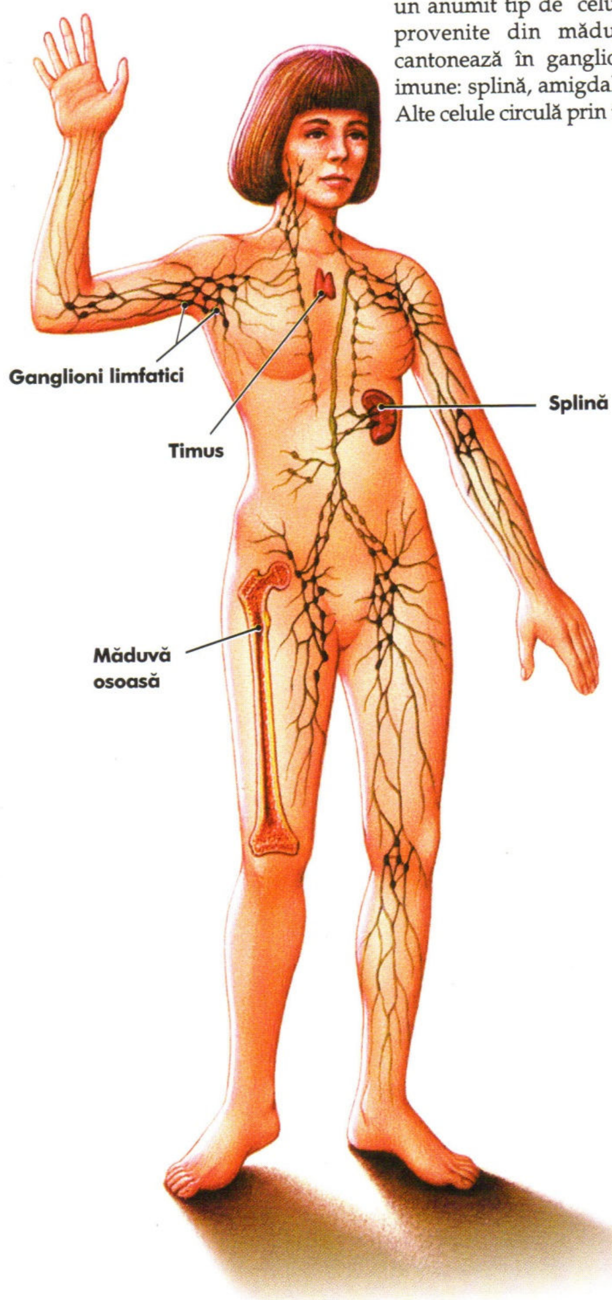
Pielea

Pielea ne apără împotriva agresiunilor externe, ajută la menţinerea temperaturii corpului şi protejează organele interne vitale. La maturitate, corpul uman are 1,68 m^2 de piele. Un centimetru pătrat de piele conţine milioane de celule, precum şi diferite structuri ca glande sebacee, rădăcini ale firelor de păr (foliculi piloşi) şi glande sudoripare. Terminaţiile nervoase specializate din piele percep căldura, frigul şi durerea.



Sistemul imun

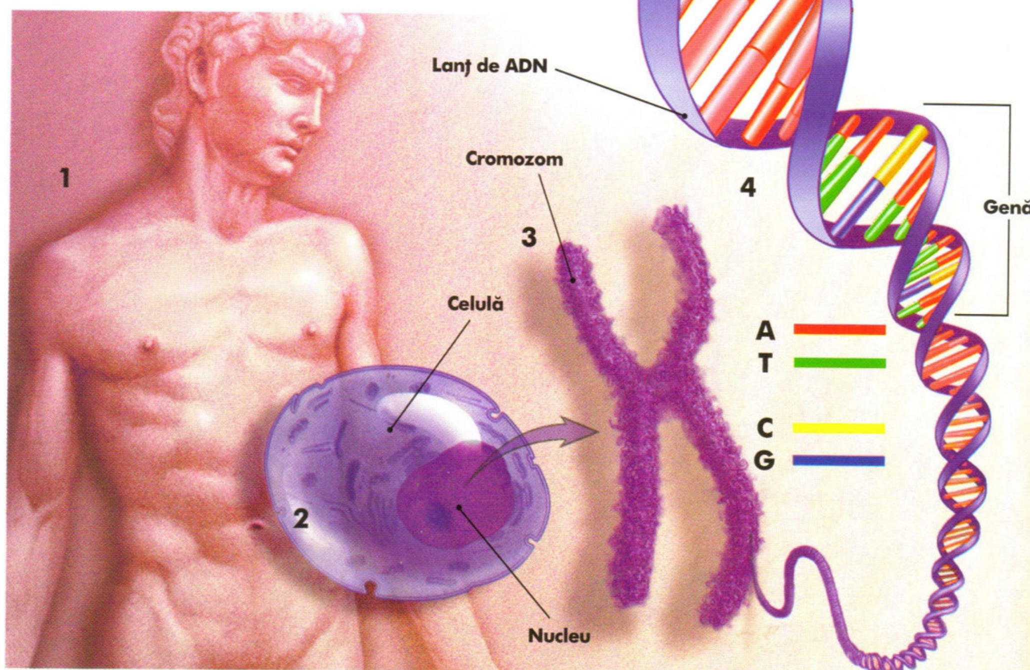
Sistemul imun este constituit dintr-o rețea complexă de organe, celule și molecule răspândite în tot corpul, responsabile de apărarea organismului împotriva agresorilor externi (antigene) de tipul germenilor, virusurilor și substanțelor străine. Fiecare parte a sistemului imun contribuie la creșterea, evoluția sau activarea limfocitelor, celule sangvine albe specializate, care au un rol esențial în răspunsul imun al organismului. Celulele albe sunt produse de măduva osoasă. Unele migrează în timus și se transformă într-un anumit tip de celule imune. Unele dintre celulele provenite din măduva osoasă și din timus se cantonează în ganglionii limfatici și în alte organe imune: splină, amigdale, țesut adenoidian și apendice. Alte celule circulă prin tot corpul și prin vasele limfatice.



GHID VIZUAL

Genele

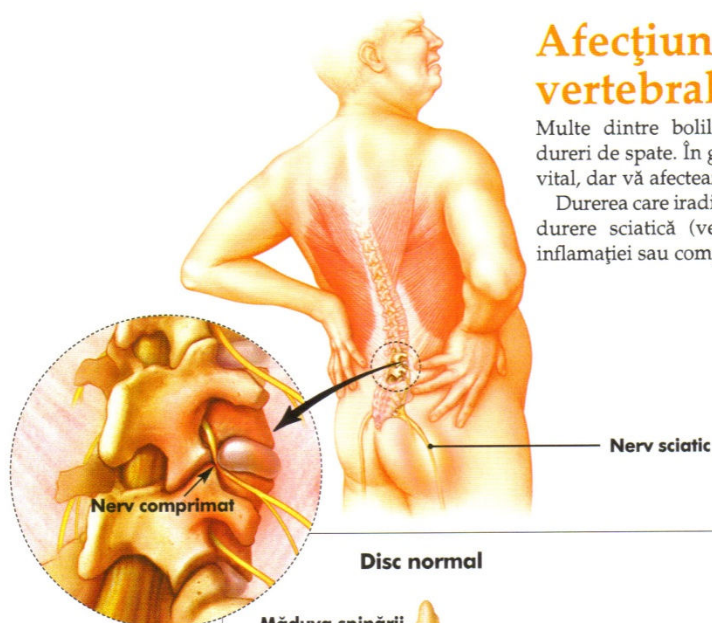
1. Corpul dumneavoastră este format din celule - aproximativ 100 000 de miliarde. Diferitele tipuri de celule – de exemplu, celule cutanate, musculare, osoase sau sangvine – îndeplinesc funcţii diferite. Fiecare celulă are un centru de comandă numit nucleu.
2. În interiorul nucleului fiecărei celule există 23 de perechi de formaţiuni numite cromozomi. Jumătate din cromozomii unui individ sunt moşteniţi de la mamă, iar cealaltă jumătate de la tată.
3. Fiecare cromozom conţine lanţuri care seamănă cu o scară răsucită. Aceste lanţuri, numite acid dezoxiribonucleic (ADN) sunt legate împreună prin „trepte" formate din anumiţi compuşi chimici.
4. Cromozomii sunt formaţi din gene. Fiecare genă este compusă din secvenţe de mii de perechi formate din următorii compuşi: adenină (A) şi timină (T) sau citozină (C) şi guanină (G). Într-o genă, o anumită secvenţă formată din astfel de perechi comandă celulei respective să producă o anumită substanţă – de obicei o proteină – care va îndeplini o funcţie specifică. Astfel, fiecare genă comunică fiecărei celule din organism modul exact în care trebuie să funcţioneze - controlându-vă creşterea şi trăsăturile, şi influenţând sau afectând direct funcţionarea diferitelor organe.



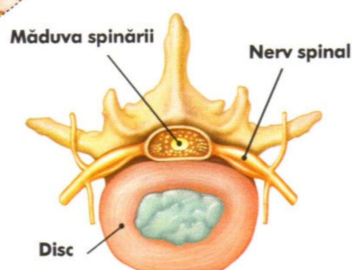
Afecţiuni ale coloanei vertebrale

Multe dintre bolile coloanei vertebrale determină dureri de spate. În general, aceste dureri nu au un risc vital, dar vă afectează calitatea vieţii.

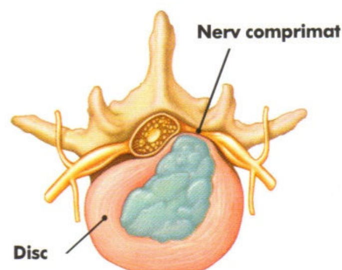
Durerea care iradiază în jos spre fese şi picior, numită durere sciatică (vezi în stânga), poate fi asociată inflamaţiei sau compresiei rădăcinilor nervului sciatic.



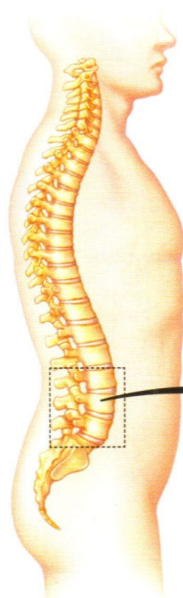
Disc normal



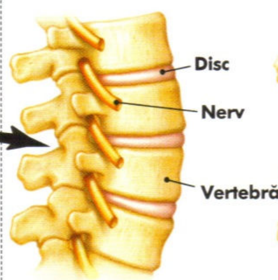
Disc herniat



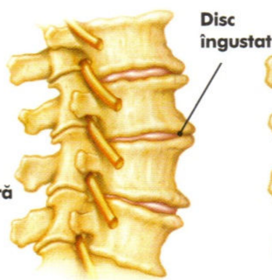
Un disc deplasat (herniat) exercită o presiune asupra unui nerv spinal, producând durere şi, uneori, pierderea sensibilităţii sau paralizie.



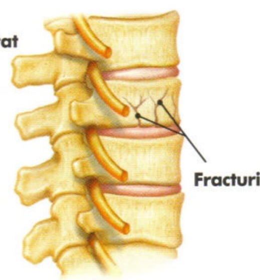
Coloană vertebrală normală



Artroză



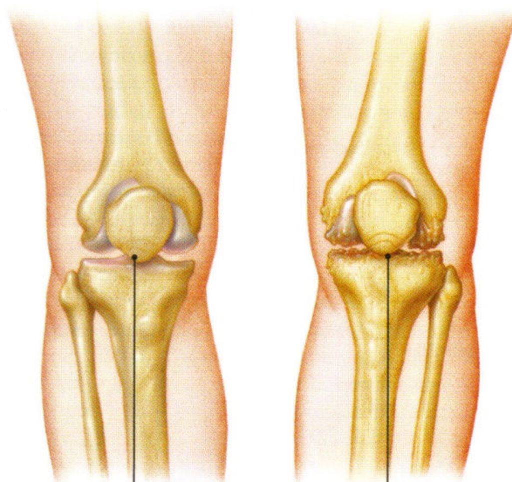
Osteoporoză

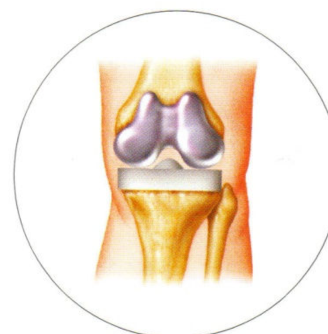


Structuri elastice numite discuri căptuşesc vertebrele, menţinând flexibilitatea coloanei normale. În cazul artrozei, discurile se pot îngusta şi se pot forma pinteni. Când suprafeţele osoase se freacă una de alta, apar durerea şi rigiditatea. În cazul osteoporozei, vertebrele pot fi comprimate şi pot apărea fracturi datorită fragilităţii osului.

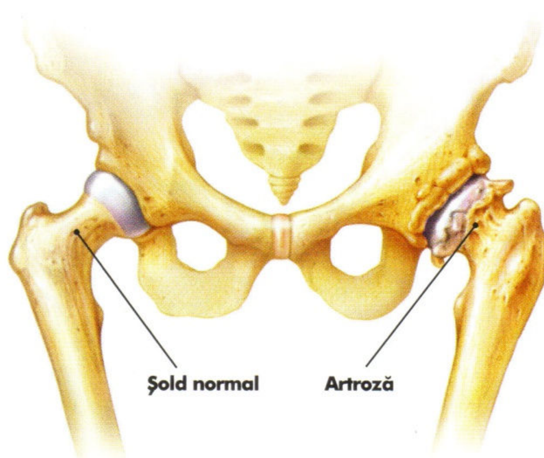
Afecţiuni articulare

Durerea şi rigiditatea la nivelul unei articulaţii sunt determinate adesea de artroză. Aceasta afectează aproape toate persoanele cu vârstă peste 60 de ani. Intervenţiile chirurgicale prin care sunt înlocuite articulaţiile (protezare) ajută la refacerea mobilităţii articulare aproape de normal şi la eliminarea durerilor. Multe articulaţii pot fi protezate: şold, genunchi, umăr, cot, încheietura mâinii, chiar şi articulaţiile degetelor.





În stânga, o articulaţie a genunchiului normală şi un genunchi afectat de artroză. Imaginea de mai sus arată un genunchi refăcut printr-o proteză totală de genunchi.

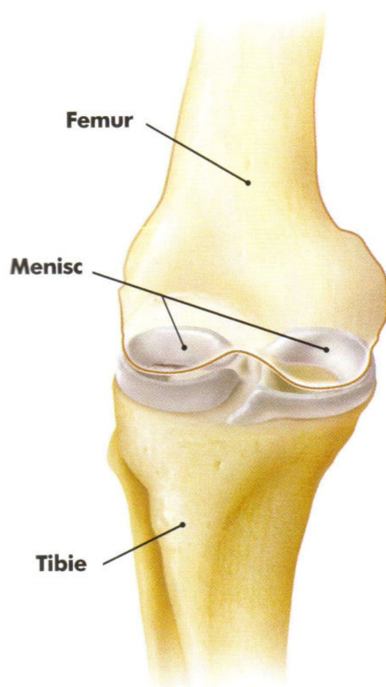


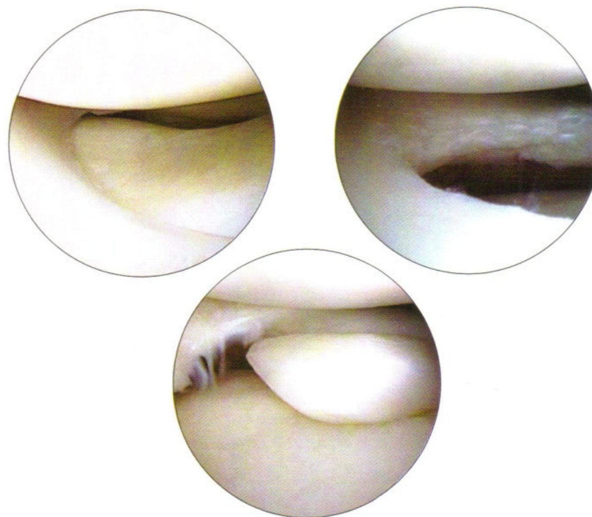


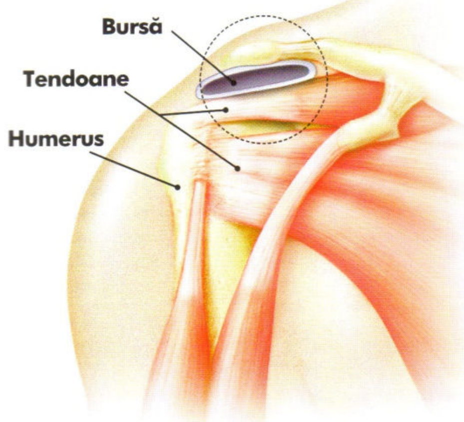
În stânga, un şold cu articulaţie normală şi un şold afectat de artroză. Imaginea de mai sus arată cum o proteză poate înlocui articulaţia afectată.

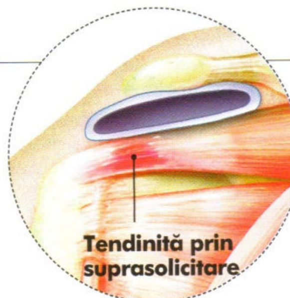
Afecţiuni articulare

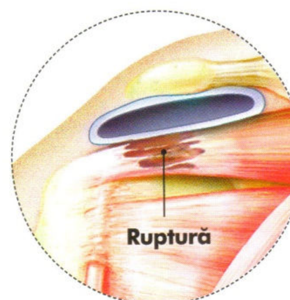
Meniscul este un cartilaj în formă de semilună de la nivelul genunchiului, situat între capetele oaselor coapsei şi cele ale gambei. Ruptura de menisc este o leziune frecventă la nivelul genunchiului. Dacă ruptura este severă, poate fi necesară intervenţia chirurgicală. Fotografiile de mai jos arată un menisc normal (stânga), o ruptură parţială de menisc (dreapta) şi un menisc rupt (jos).







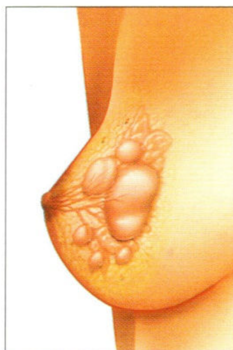


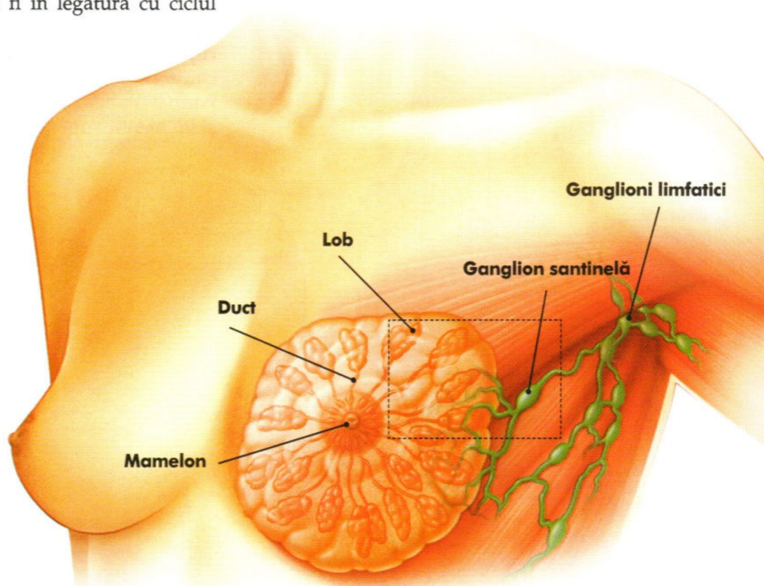


Centura rotatoare este formată din muşchi şi tendoane care leagă osul braţului de omoplat. Leziunile tipice la acest nivel sunt inflamaţia tendoanelor (tendinite) sau rupturi unice sau multiple ale tendoanelor.

Afecţiuni mamare

Orice nodul la nivelul sânilor trebuie luat în serios şi investigat rapid. Totuşi, marea majoritate nu sunt cancere (sunt benigni) şi pot fi în legătură cu ciclul menstrual lunar al femeii.





Un chist mamar (vezi mai sus) este o capsulă plină cu lichid care tinde să-şi mărească volumul spre sfârşitul ciclului menstrual al femeii respective, când organismul reţine mai multe lichide. Unele chisturi sunt mici, dar altele pot fi de mărimea unui ou.

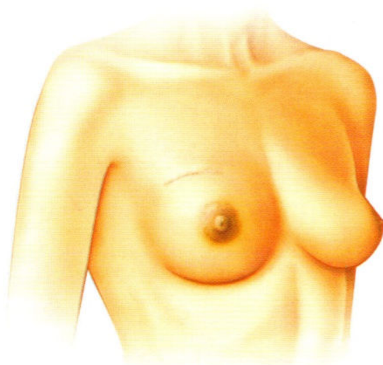
Ganglionul santinelă este primul ganglion limfatic prin care trece drenajul limfatic al unei tumori. Izolând acest ganglion santinelă înaintea intervenţiei chirurgicale, medicii îl pot scoate pentru a-l studia în timpul operaţiei. Dacă ganglionul santinelă nu conţine celule canceroase, este puţin probabil ca tumora să fi diseminat.

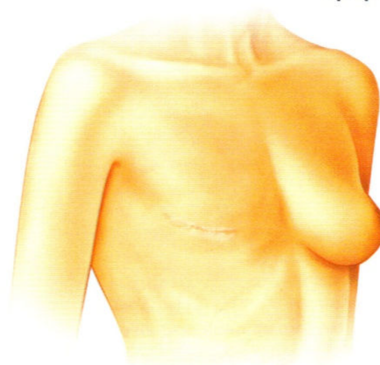


Cancerul de sân în stadiul precoce este limitat la duct.



Cancerul mamar invaziv a diseminat de la nivelul ductului în ţesutul adiacent, cuprinzând şi ganglionul santinelă din apropiere.



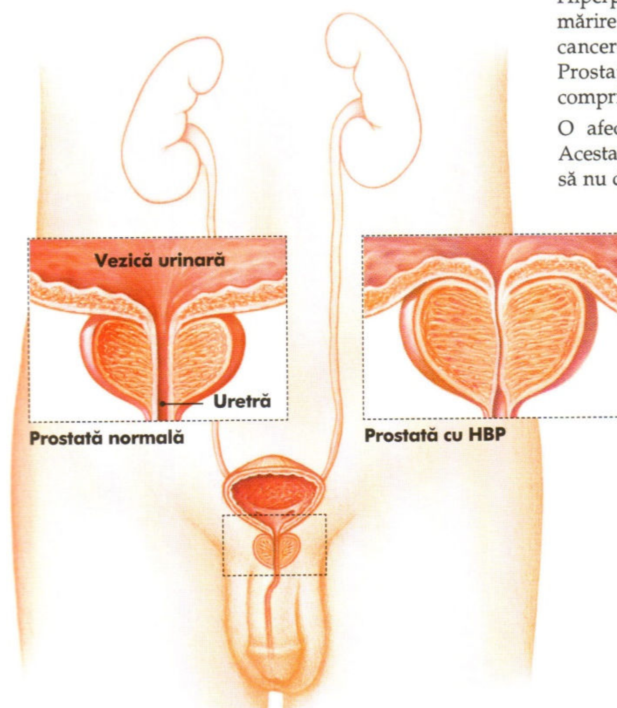


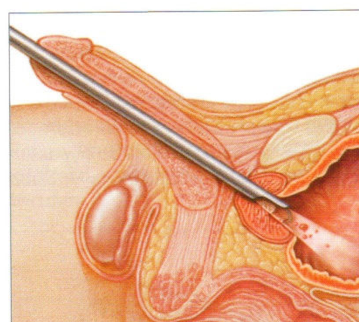
În timpul rezecţiei unui nodul mamar, tumora este scoasă împreună cu câţiva ganglioni limfatici. În cadrul unei mastectomii radicale modificate, este scos sânul şi, eventual, şi unii ganglioni limfatici axilari. Muşchii pectorali rămân intacţi.

Afecţiunile prostatei

Hiperplazia benignă de prostată (HBP) reprezintă o mărire a volumului prostatei care nu este de natură canceroasă şi este frecventă la bărbaţii vârstnici. Prostata dumneavoastră se poate mări şi poate comprima progresiv uretra, încetinind fluxul urinar.

O afecţiune mai severă este cancerul de prostată. Acesta se dezvoltă în interiorul glandei. Tumora poate să nu determine nici un semn sau simptom.





În cazul HBP, chirurgul poate reduce dimensiunile prostatei printr-o procedură numită rezecţie transuretrală a prostatei. Pot fi folosite şi alte proceduri.

Stadializarea cancerului de prostată. Când biopsia confirmă prezenţa cancerului, acesta este stadializat, pentru a stabili la ce distanţă a diseminat, stadiul I fiind cel mai limitat, iar stadiul IV cel mai diseminat. De asemenea, se determină şi gradul de diferenţiere (grading-ul) pentru a stabili dacă este o formă care se dezvoltă lent sau rapid. Majoritatea scalelor se întind de la I la V, I reprezentând forma de cancer cea mai puţin agresivă.



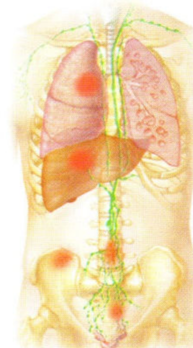
Stadiul I. Cancer foarte precoce limitat la particule de dimensiuni microscopice care nu pot fi sesizate la examinare.



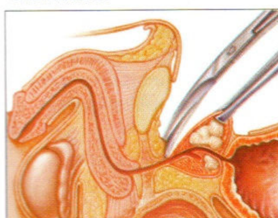
Stadiul II. Cancer care poate fi sesizat la examinare, dar este încă limitat la prostată.



Stadiul III. Cancer care a diseminat în afara prostatei cuprinzând veziculele seminale sau ţesutul vezicii urinare din vecinătatea prostatei.



Stadiul IV. Cancer avansat care a diseminat la nivelul ganglionilor limfatici, oaselor, plămânilor sau altor organe.



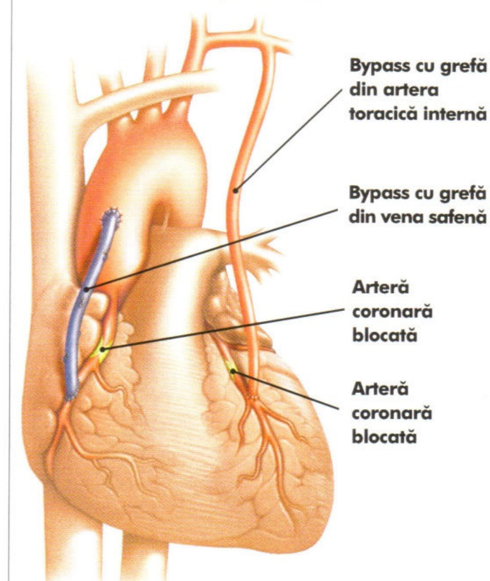
În cazul cancerului de prostată, rezecţia totală a prostatei (prostatectomie radicală) reprezintă tratamentul obişnuit, dar pot fi folosite şi alte proceduri.

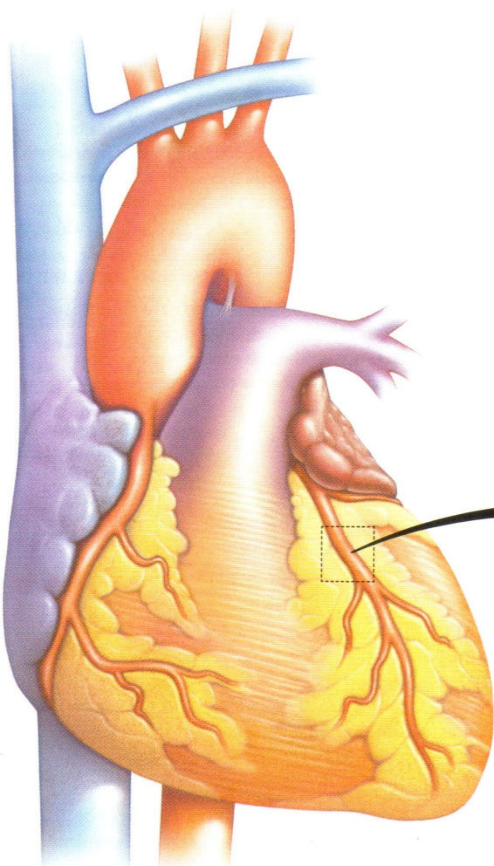
GHID VIZUAL

Afecţiuni cardiace

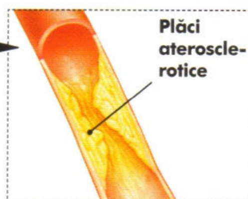
Boala arterelor coronare este o cauză frecventă de boală cardiacă. În cazul acestei afecţiuni, pe pereţii interiori ai arterelor inimii, se acumulează depozite de grăsime (plăci). Aceste îngustări reduc fluxul de sânge şi pot determina dureri toracice (angină pectorală) sau un atac de cord (infarct miocardic). O procedură frecvent utilizată pentru a lărgi diametrul arterelor şi a restabili circulaţia este angioplastia cu balonaş, urmată de inserţia unui stent (vezi mai jos).

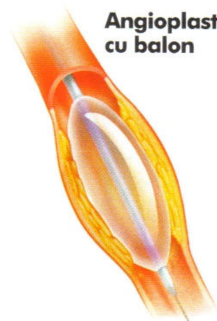
O alternativă pentru repermeabilizarea arterelor blocate o reprezintă operaţia de bypass coronarian (vezi în partea dreaptă). Aceasta implică devierea circulaţiei astfel încât să ocolească blocajele. Şunturile pot fi construite chirurgical din vene prelevate de la nivelul piciorului sau din artere din apropierea claviculei. O operaţie dublă de bypass (vezi în dreapta) deviază circulaţia ocolind blocajele din 2 vase de sânge.

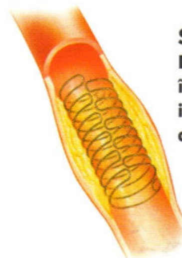




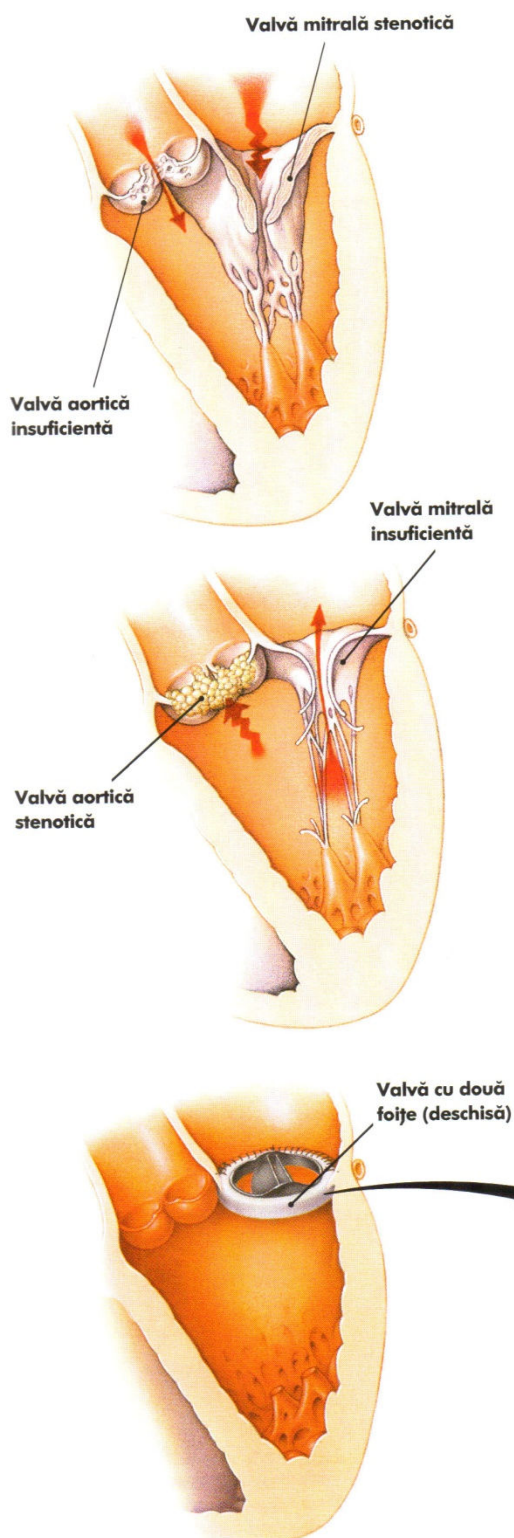
Tehnici de angioplastie







Stent
După angioplastie, adesea în interiorul arterei se introduce un stent pentru a preveni reobstrucţia.



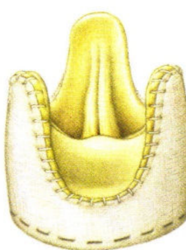
Bolile care afectează valvele cardiace pot determina îngustarea orificiului valvular, restricţionând astfel fluxul sângelui (stenoză valvulară). De asemenea, este posibil ca valvele să nu se închidă corect, permiţând sângelui să se scurgă înapoi (regurgitare, insuficienţă valvulară).

Stânga sus

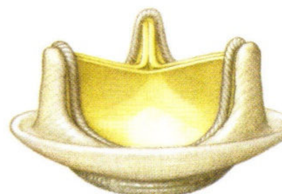
Valva mitrală îngustată (stenotică) împiedică scurgerea sângelui din atriul stâng în ventriculul stâng. O valvă aortică insuficientă (care regurgitează) permite sângelui să se scurgă din aortă înapoi în ventriculul stâng în timpul relaxării ventriculare.

Stânga mijloc

Valva aortică îngustată (stenotică) împiedică scurgerea sângelui din ventriculul stâng în aortă. O valvă mitrală insuficientă (care regurgitează) permite sângelui să reflueze din ventriculul stâng în atriul stâng în timpul contracţiei ventriculare.



Valvă de porc fără stent



Valvă din ţesut pericardic, cu stent



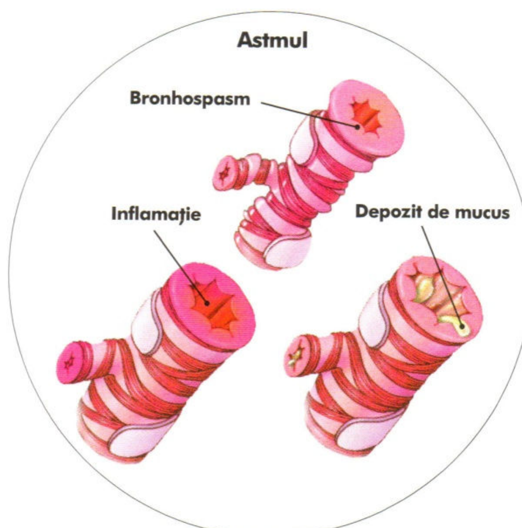
Valvă cu disc basculant (deschisă)

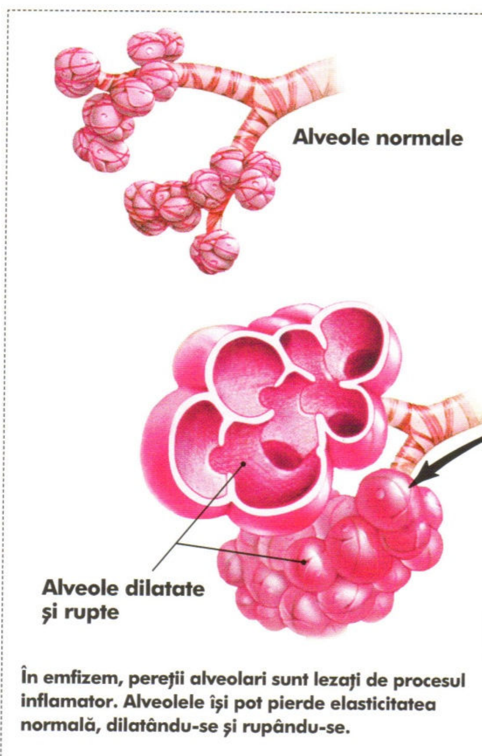
O modalitate de corectare a unui defect valvular cardiac constă în îndepărtarea chirurgicală a valvei şi înlocuirea ei cu o valvă artificială. Există diferite tipuri de valve artificiale (proteze), fiecare dintre acestea prezentând anumite avantaje.

Afecţiuni pulmonare

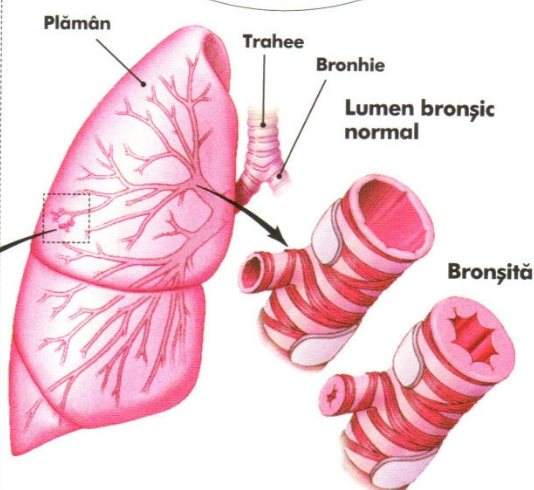
Există 3 boli pulmonare cronice frecvente care reduc fluxul de aer la ieşirea din arborele bronşic: bronşita cronică, emfizemul şi astmul. O altă boală pulmonară, cancerul pulmonar, reprezintă cauza principală de deces prin cancer în SUA.

În astm (vezi în dreapta), căile aeriene pulmonare se inflamează şi se edemaţiază (acumulează lichid în pereţi). Muşchii care înconjoară căile aeriene se contractă şi se îngustează, iar membranele care le căptuşesc secretă mucus în exces.





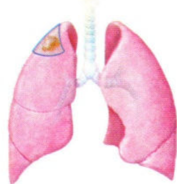
În emfizem, pereţii alveolari sunt lezaţi de procesul inflamator. Alveolele îşi pot pierde elasticitatea normală, dilatându-se şi rupându-se.



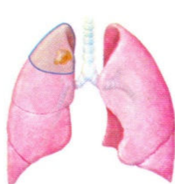
Bronşita cronică este o inflamaţie cronică ce îngroaşă pereţii bronhiilor, îngustându-le.

Cancer pulmonar

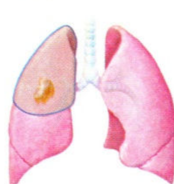
O intervenţie chirurgicală pentru tratamentului cancerului pulmonar implică rezecţia tumorii împreună cu o porţiune din ţesutul pulmonar înconjurător. Cea mai utilizată procedură este lobectomia.



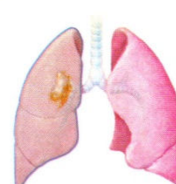
Rezecţia Wedge constă în excizia unei porţiuni mici dintr-un lob.



Rezecţia segmentară implică excizia unei porţiuni mai mari dintr-un lob.



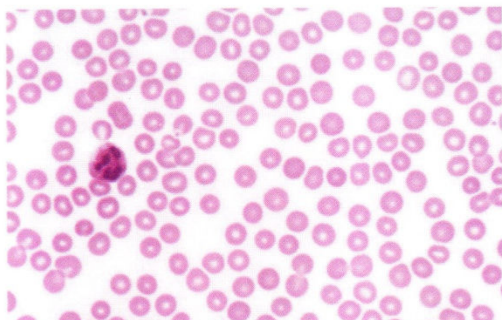
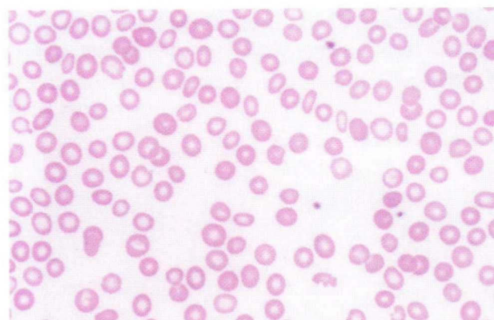
Lobectomia implică excizia integrală a unui lob.



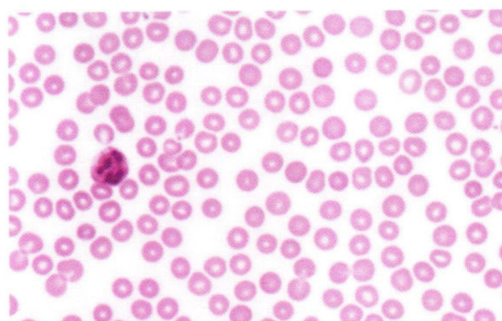
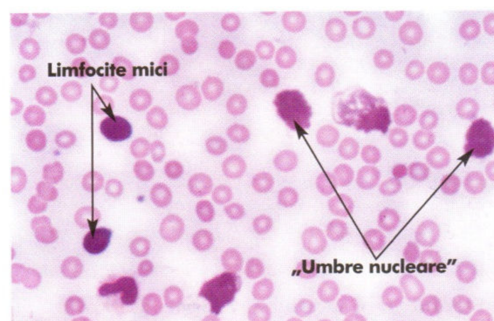
Pneumonectomia reprezintă excizia completă a unui plămân.

Boli hematologice

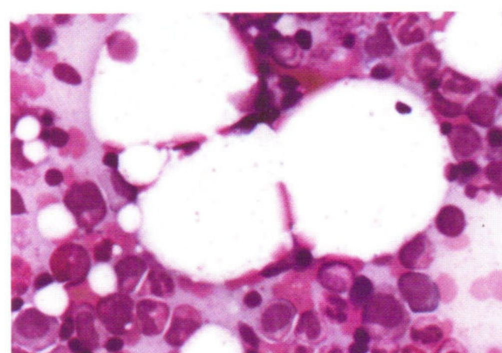
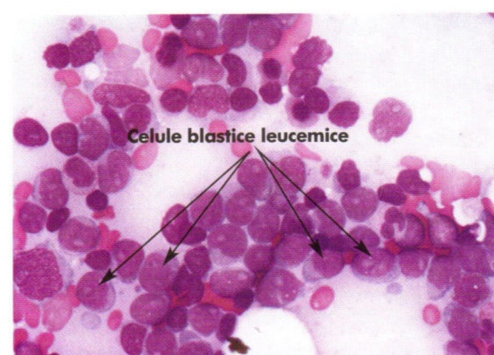
Există multe boli hematologice, fiecare fiind determinată prin disfuncția unui anumit component sangvin. Anemiile sunt determinate de un număr prea mic de celule roșii, iar leucemiile de prea multe celule albe sangvine. Tulburările de coagulare sunt adesea cauzate de defecte ale plachetelor sangvine sau ale factorilor de coagulare.

În stânga este prezentat un frotiu sangvin normal. În dreapta este un frotiu sangvin care arată anemie prin deficit de fier. Celulele sunt mai mici și zona decolorată din centrul celulei este mai mare (creșterea palorii centrale).

În stânga este un frotiu sangvin normal. În dreapta este un frotiu sangvin caracteristic pentru leucemia limfatică cronică. Se observă un numără crescut de limfocite mici și câteva „umbre nucleare".

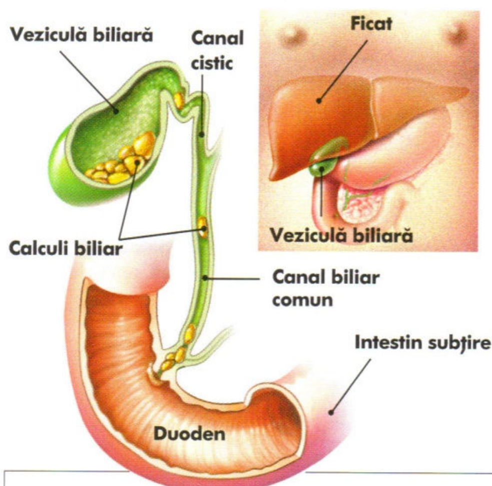



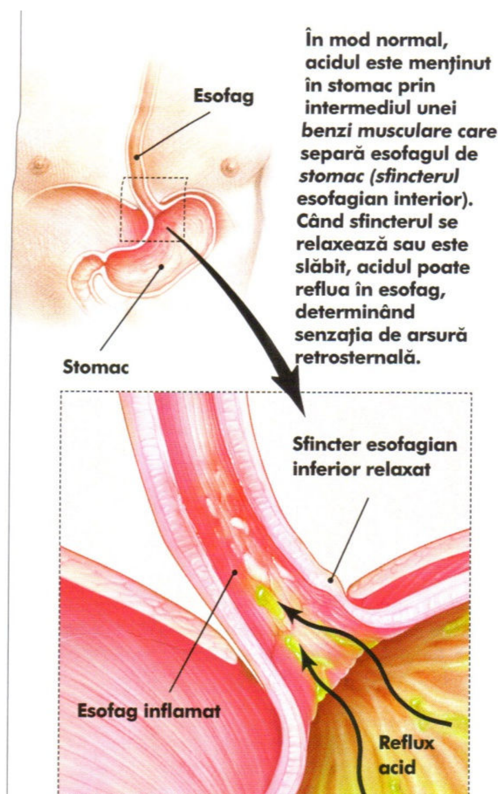
În stânga este o secțiune prin măduva osoasă normală, pe care apar diferite tipuri de celule. În dreapta este o secțiune tipică pentru leucemia acută, un tip de cancer primitiv al măduvei osoase. Majoritatea celulelor care apar pe secțiunea din dreaptă sunt celule blastice leucemice.

Afecţiuni gastrointestinale

Sistemul digestiv este format dintr-o reţea complexă de organe care transportă şi prelucrează alimentele pentru *a obţine energia necesară organismului. Există multe* boli care pot afecta acest sistem complex.

Calculii biliari (prezentaţi mai jos) sunt constituiţi din diferitele componente ale bilei şi se formează în vezicula biliară. Când calculii se deplasează şi ies din vezicula biliară, se pot bloca în ductele biliare, creând probleme.





În mod normal, acidul este menţinut în stomac prin intermediul unei *benzi musculare care* separă esofagul de *stomac (sfincterul* esofagian interior). Când sfincterul se relaxează sau este slăbit, acidul poate reflua în esofag, determinând senzaţia de arsură retrosternală.

Stadiul 0. Cancerul este în stadiul cel mai precoce. Nu a depăşit stratul intern (mucoasa) al colonului sau rectului.



Stadiul I. Cancerul a depăşit mucoasa, dar nu a diseminat în afara peretelui colonic.



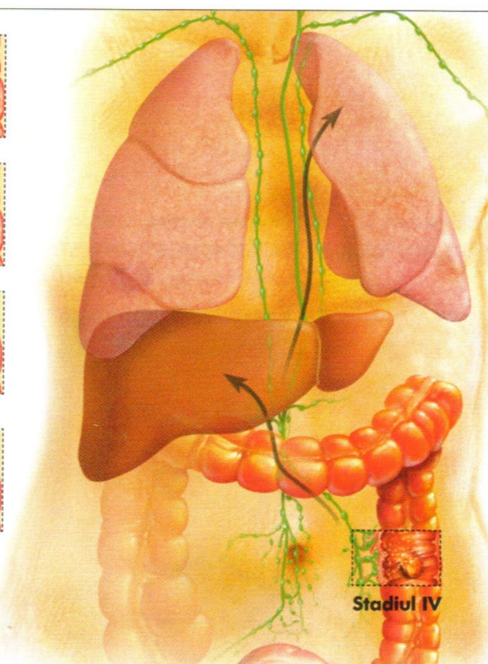
Stadiul II. Cancerul a depăşit peretele colonului sau al rectului, dar nu a cuprins ganglionii limfatici din vecinătate.



Stadiul III. Cancerul a cuprins ganglionii limfatici din vecinătate, dar nu a diseminat în alte părţi ale corpului.



Stadiul IV. Cancerul este avansat şi a diseminat la distanţă, la nivelul ficatului sau plămânilor sau al membranei care căptuşeşte cavitatea abdominală.



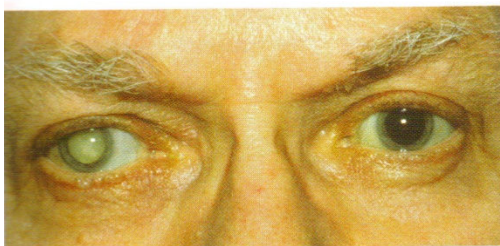
Spre deosebire de alte cancere, dimensiunile tumorii nu constituie un factor major pentru prognosticul cancerului colorectal. Mult mai important este gradul de diseminare a cancerului.

Afecţiuni oculare

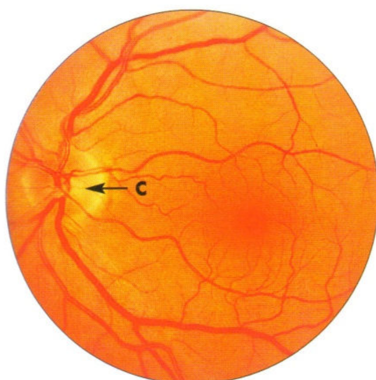
Structurile delicate care compun ochiul se modifică adesea cu vârsta, creând probleme de vedere. De asemenea, îmbătrânirea creşte riscul afecţiunilor oculare severe.

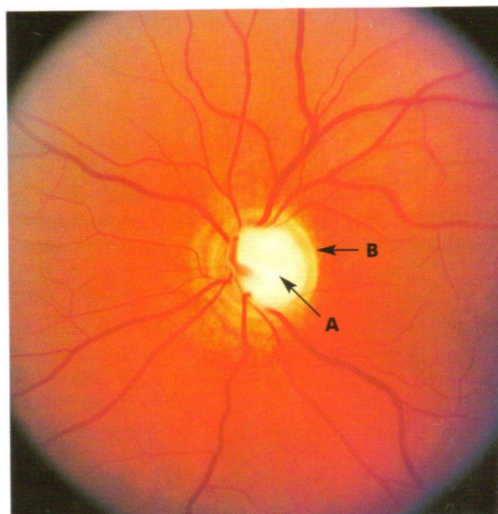
Deşi anumite tulburări de vedere nu pot fi evitate, fiind o consecinţă naturală a îmbătrânirii, altele pot fi prevenite. Chiar şi cele care nu pot fi evitate pot fi adesea încetinite sau oprite în evoluţie prin depistare precoce şi tratament.

Unele dintre cele mai frecvente afecţiuni oculare sunt: cataracta, glaucomul, degenerescenţa maculară şi retinopatia diabetică.

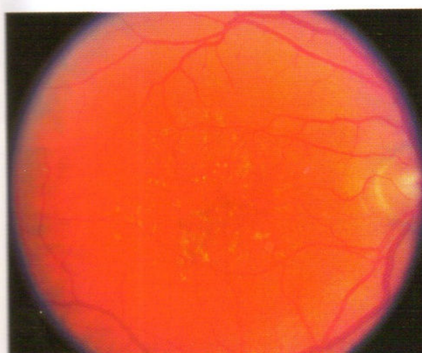


Cataracta apare când cristalinul se opacifiază (ochiul drept – în stânga imaginii), pupila apărând albicioasă.

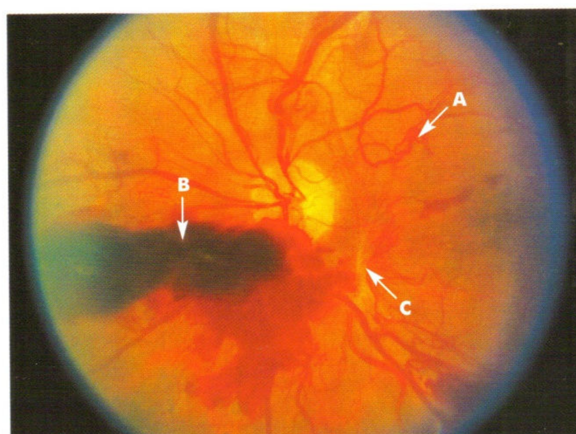




Fotografia din dreapta arată un nerv optic lezat datorită unui glaucom avansat, fiind evident golul din centrul discului optic (A). Mai este prezentă doar o margine îngustă de ţesut optic nervos (B). Comparativ, discul optic al unui ochi sănătos (deasupra) este mai roşu şi uniform colorat.



Semnul distinctiv al degenerescenţei maculare uscate în stadiul precoce constă în prezenţa unor depozite pigmentare la nivelul maculei şi în jurul acesteia. Depozitele apar ca nişte puncte galbene.



În stadiile tardive ale retinopatiei diabetice proliferative, la nivelul nervului optic, al retinei şi în corpul vitros se dezvoltă vase sangvine anormale (A). Aceste vase se rup, determinând hemoragii (B) şi formarea unor cicatrice (C).

Afecţiuni ale pielii

Culoarea şi textura pielii dumneavoastră pot spune destul de multe despre sănătatea pielii şi despre sănătatea dumneavoastră în general. Uneori, primul semn de boală este o erupţie. Alteori, afecţiunea este localizată doar la nivelul pielii, fiind singura anomalie.

Psoriazisul şi dermatita



Psoriazisul. Porţiuni de piele sunt acoperite cu pete roşii şi scuame albicioase. Leziunile pot fi pruriginoase.



Dermatita seboreică. Zone cu aspect uleios, cu scuame, pruriginoase, localizate de o parte şi de alta a nasului, între sprâncene, în spatele urechilor sau la nivelul scalpului.



Dermatita de stază. Piele îngroşată, înroşită şi pruriginoasă la nivelul picioarelor şi gambelor, adesea asociată cu varice.





Dermatita de contact. Piele roşie şi pruriginoasă ca rezultat al contactului direct cu o plantă, un compus chimic sau o substanţă – de exemplu fardul (stânga) sau o brăţară din nichel (dreapta).

Tulburări pigmentare





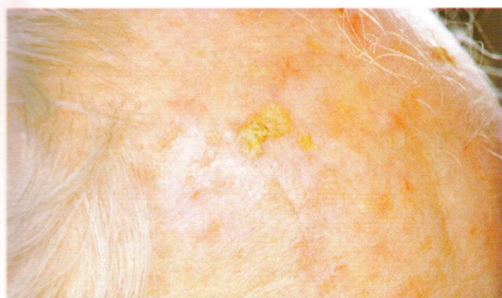
Vitiligo. Apariţia unor pete albe (piele depigmentată).



Cloasma. Pete mai închise la culoare, mai ales la nivelul feţei. Apar datorită excesului de melanină din piele. Afecţiunea este obişnuită în perioada gravidităţii.

Afecţiuni cutanate la vârstnici



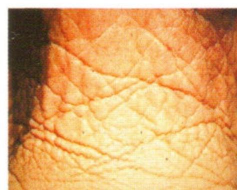


Keratoza actinică (solară). Pete gri sau roz închise, aspre, cu scuame la nivelul feţei, scalpului sau pe faţa dorsală a mâinilor. Zonele respective sunt aspre la palpare, asemănătoare glaspapirului. Pot fi leziuni precanceroase.









Keratoza seboreică (stânga sus). Leziuni ovale cu aspect ceros, uşor supradenivelate, cu scuame.

Lentigine solare (dreapta sus). Pete plane, intens pigmentate, ale căror dimensiuni variază de la cele ale pistruilor până la un diametru de câţiva centimetri. Se mai numesc şi pete hepatice.

Angioame punctiforme (stânga jos). Umflături mici, fine, roşii la nivelul pielii. Pot avea dimensiuni variabile (cât vârful acului până la 0,5 cm diametru).

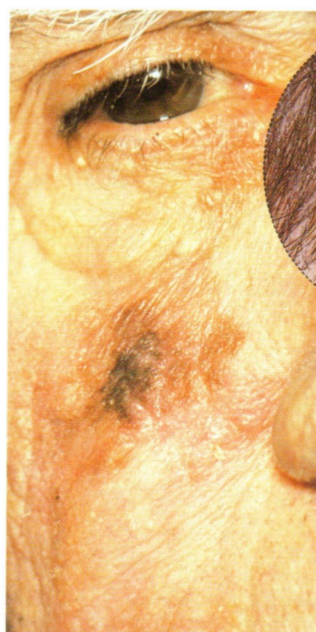
Piele degradată de soare (dreapta jos). Riduri adânci, pliuri care atârnă, uscăciunea şi asprimea pielii.

Cancerul de piele





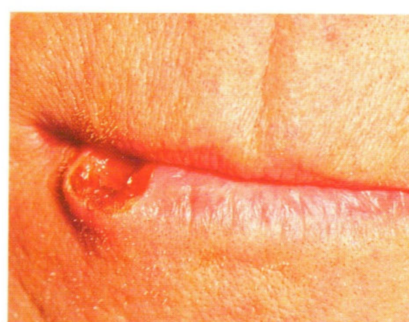
Cancerul bazocelular. Este cea mai frecventă tumoră malignă cutanată. Apare ca o umflătură ceroasă, sidefată, localizată de obicei la nivelul feței, urechilor sau gâtului. Sau se poate prezenta ca o leziune cicatricială, plană, maronie sau de culoarea pielii.





Melanomul. Melanoamele sunt cele mai periculoase forme de cancer de piele. În general, prezintă o margine neregulată, iar culoarea poate varia, de la brun deschis la negru. Frecvent, leziunile sunt dure și au formă de cupolă.





Cancer cu celule scuamoase. Acest tip de cancer cutanat apare în mod tipic în zonele expuse la soare. Leziunea este dură, roșie, plată sau cu aspect nodular, iar suprafața este ulcerată sau acoperită de scuame sau cruste.

Tumori necanceroase (benigne)



Papiloame cutanate. Formațiuni mici, moi, atașate de piele printr-un pedicul subțire. Adesea sunt de culoarea pielii, dar pot fi și mai închise la culoare.



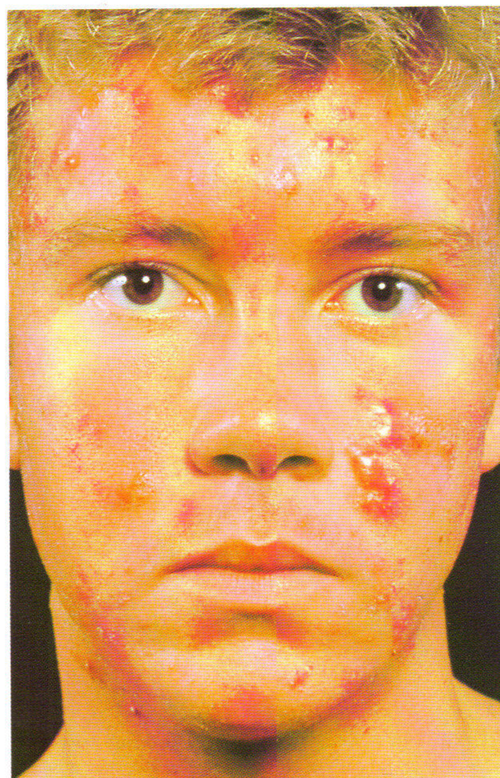
Negi. Apar datorită unui virus care stimulează înmulțirea rapidă a celulelor pielii. Cel mai frecvent apar la nivelul mâinii sau al piciorului.



Nevi pigmentari. Sunt acumulări de celule pigmentare. Pot fi plani sau denivelați, cu suprafața încrețită și pot conține fire de păr.



Acneea vulgară. Obturarea foliculilor piloşi de la nivelul pielii şi apariţia consecutivă a punctelor albe sau negre (comedoane). Acestea sunt localizate la nivelul feţei, gâtului, umerilor, spatelui.



Acneea chistică. Este cea mai severă formă de acnee. Obturarea foliculilor piloşi favorizează apariţia unor băşici (chisturi) infectate la nivelul pielii.

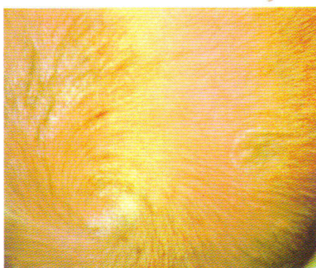


Acneea rozacee. Se prezintă ca o inflamaţie cronică în zona centrală a feţei, în zona înroşită existând şi pustule. Cel mai frecvent apare la adulţi.

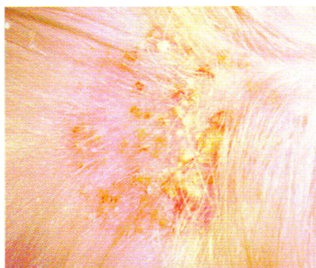


Dermatita periorală. Erupţie localizată în jurul gurii şi la nivelul bărbiei, frecvent de culoare roşie şi cu mici umflături. De obicei, între zona afectată şi marginea buzelor există o porţiune de piele normală.

Afecțiuni dermatologice ale copilului



Dermatita seboreică infantilă. Porțiuni de piele uscată, acoperită cu scuame. Deasupra acestor zone se pot forma cruste gălbui.



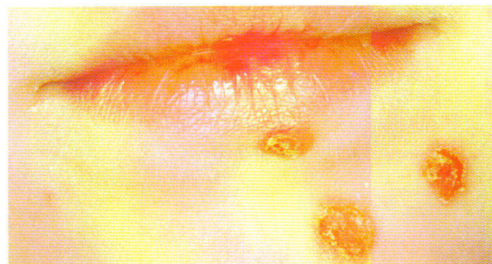
Tinea capitis. Infecție fungică ce se prezintă ca o zonă circulară, roșie, pruriginoasă la nivelul scalpului.



Molluscum contagiosum. Umflături mici, asemănătoare unor perle, cu conținut alb, brânzos.



Eczema infantilă. Erupție roșie, aspră, sub formă de pete, în general asociată cu uscăciunea extremă a pielii.



Impetigo. Infecție bacteriană care debutează cu o leziune roșie ce formează rapid vezicule, elimină o secreție și apoi formează o crustă groasă.

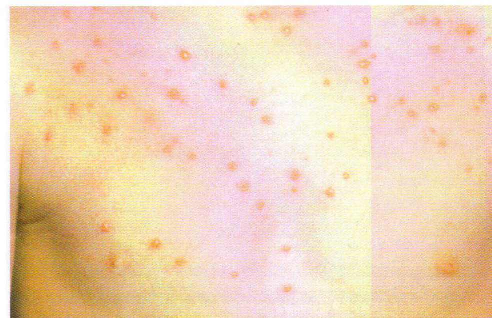


Eritemul infecțios (megaleritemul epidemic, a cincea boală). Infecție virală care se prezintă ca o erupție roșie la nivelul obrajilor, dându-le aspectul de pălmuit.



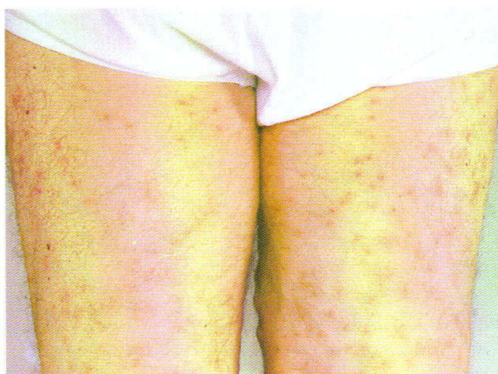
Keratoză pilară. Celulele moarte de la nivelul pielii obstruează deschiderea foliculilor piloși, ducând la apariția unor mici „coșuri" cu vârf ascuțit.



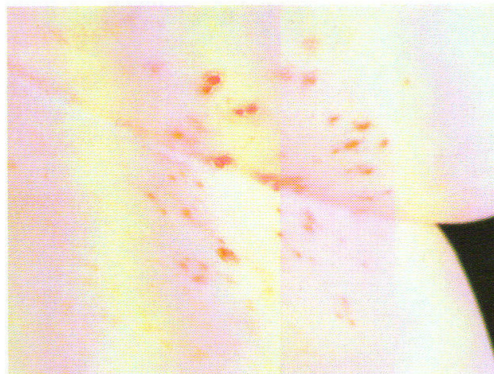


Varicela. Erupție roșie, pruriginoasă, localizată la nivelul feței, scalpului, pieptului, spatelui, brațelor și picioarelor. Se formează vezicule pline cu un lichid clar care apoi se rup și formează cruste.

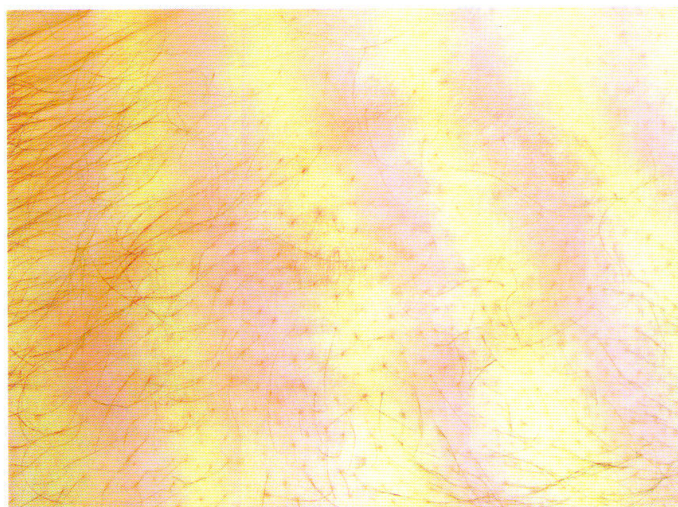
Parazitoze și înțepături de insecte



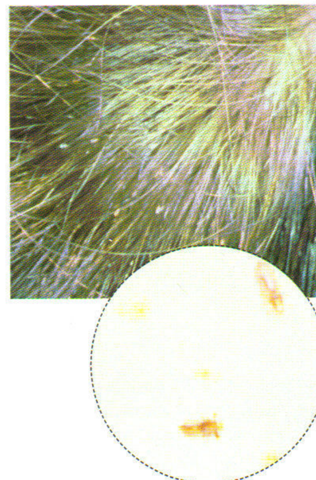
Râia înotătorului. Erupție aspră asemănătoare glaspapirului, determinată de infestarea parazitară. Apare după înotul în ape infestate. Erupția este mai evidentă în zonele acoperite de costumul de baie.



Scabia. Leziuni în care insecte (acarienii) microscopici sapă tunele în piele. Pruritul este adesea sever.



Boala Lyme. Erupție roșie, de obicei localizată în zona înțepăturii unei insecte. Porțiunea centrală se normalizează pe măsură ce erupția se extinde în exterior.



Pediculoza capului. Păduchii capului sunt insecte foarte mici care se înmulțesc la nivelul scalpului. Lindinele (ouăle), care seamănă cu niște minusculi muguri de salcie, pot fi găsite pe firele de păr.

Alergii



Urticaria. Apariția pe suprafața pielii a unor papule roșii, pruriginoase, supradenivelate, de dimensiuni variate.



Angioedemul. Umflături mari formate sub piele, mai ales la nivelul ochilor și buzelor, dar și la nivelul mâinilor, picioarelor sau al laringelui.

Infecții fungice



Tinea versicolor. Pete mici, scuamoase, palide localizate pe trunchi, gât și față.



Intertrigo. Zone roșii, umede, delimitate prin papule mici, roșii, localizate sub sâni, la nivel axilar, inghinal, în plicile fesiere sau între degetele de la mâini sau de la picioare.

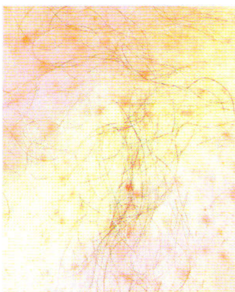


Onicomicoza. Infecție fungică la nivelul unghiilor. Unghia se decolorează, se îngroașă și devine friabilă.



Tinea corporis (herpes circinat). Succesiune de cercuri concentrice care evoluează excentric, roșii, scuamoase, ușor supradenivelate, pruriginoase, localizate la nivelul trunchiului, feței, regiunii inghinale sau coapselor.

Alte infecții



Foliculita. Infecția foliculilor piloși, produsă de bacterii sau fungi.



Celulita. În general, este produsă de infecții bacteriene. În mod tipic, pielea din zona respectivă apare tumefiată (umflată), roșie, fierbinte și dureroasă.

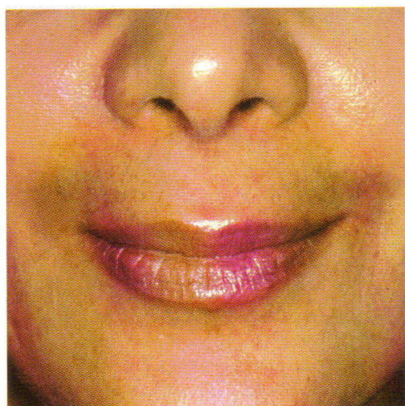


Herpesul genital. Leziuni tipice veziculoase sau ulcere deschise. Adesea acompaniate de senzație de arsură, usturime sau durere.



Zona zoster (herpes zoster). Erupție roșie cu vezicule mici pline cu lichid, frecvent dispuse de-a lungul traiectului unui nerv spinal.

Afecțiuni ale părului





Hirsutismul. Pilozitate excesivă. Cel mai frecvent se observă în jurul gurii şi la nivelul bărbiei sau gâtului la femei.



Alopecia areata. Pierderea părului în anumite zone, debutând adesea ca plăci circulare lipsite de păr, care pot conflua.



Alopecia androgenică feminină. În general, firele de păr se subţiază la nivelul întregului cap, cu pierderea părului mai accentuată în zona creştetului.

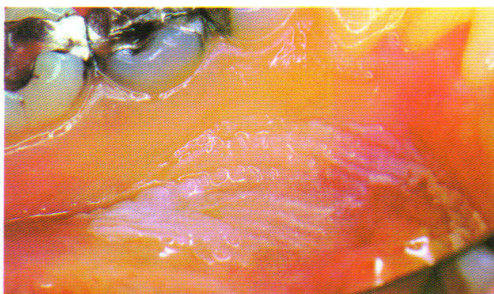
Afecțiuni ale cavității bucale



Afte. Ulcerații dureroase, cu centrul albicios sau gălbui și margini roșii, care apar în interiorul cavității bucale.



Herpes (herpes simplex). Vezicule mici, pline cu lichid, situate pe o zonă roșie, supradenivelată, dureroasă. Veziculele se sparg și elimină lichidul. Se formează o crustă gălbuie care apoi se desprinde.



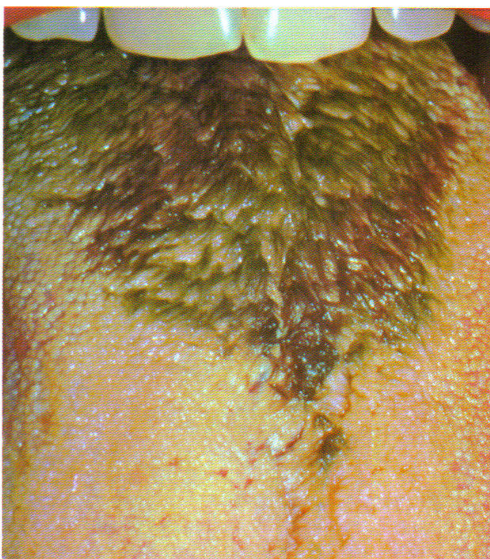
Leucoplazia. Plăci albicioase, îngroșate, dure, localizate pe mucoasa obrajilor sau a limbii. Este considerată o leziune precanceroasă.



Cheilita. Iritație la colțurile gurii, care se înroșește și se fisurează. La acest nivel pot apărea infecții fungice care întrețin inflamația și eroziunea.



Limba geografică. Zone depapilate (fără papile gustative) la nivelul limbii, care apar netede și de un roșu viu.



Limbă păroasă. Formațiuni asemănătoare unor fire de păr, închise la culoare, care cresc la nivelul limbii, dându-i acesteia aspectul „păros".



PARTEA A **CINCEA**

Boli şi tulburări

CAPITOLUL **18** PARTEA a V-a

Genetica şi bolile

Să presupunem că vreţi să faceţi o prăjitură. Dacă nu ştiţi pe de rost ingredientele şi instrucţiunile, probabil că veţi căuta o reţetă. Aceasta trebuie să conţină o listă detaliată a ingredientelor necesare şi indicaţii cu privire la modul în care pot fi acestea utilizate pentru a obţine o prăjitură gustoasă.

Cam în acelaşi fel există şi în cazul dumneavoastră o reţetă care vă face să fiţi o fiinţă umană care trăieşte, respiră şi este diferită de orice alt individ de pe planetă. O versiune completă a acestei reţete există efectiv în fiecare celulă a organismului. Moştenită de la părinţii dumneavoastră, reţeta este codată sub forma unei molecule lungi, răsucite dintr-un compus numit acid dezoxiribonucleic (ADN).

ADN-ul este împachetat strâns sub forma unui set de structuri – numite cromozomi – din interiorul nucleului celulelor. În interiorul cromozomilor, ADN-ul este organizat în segmente numite gene. Fiecare genă conţine instrucţiuni specifice pentru sinteza unei anumite proteine – o structură moleculară care poate îndeplini multe funcţii, de la formarea pielii şi a părului până la a acţiona ca un hormon sau o enzimă şi a controla reacţiile chimice din celule. La fel cum din ingrediente ca făină, apă şi ouă se poate face o prăjitură, din aceste proteine rezultă corpul uman.

Când o celulă se divide, fiecare genă trebuie copiată astfel încât cele două celule rezultate să aibă un set complet de gene. În cursul acestui proces de copiere pot apărea greşeli. Adesea aceste greşeli sunt inofensive şi pot fi uşor reparate, dar uneori ele produc boli sau moarte prematură. Genetica – ştiinţa care studiază genele şi bolile pe care le pot determina anomaliile genetice – este o disciplină medicală în plin progres, aflată în centrul atenţiei.

De curând, oamenii de ştiinţă au detaliat o schiţă a componentelor specifice care formează genomul uman – setul complet de 30 000-40 000 de gene prezente în mod obişnuit în ADN-ul unui om. Se speră că prin studierea şi înţelegerea rolului fiecăreia dintre aceste gene, medicii şi cercetătorii vor înţelege mai bine de ce şi cum apar defectele care produc bolile.

Pentru a înţelege mai bine modul în care sunt interconectate genetica şi bolile, trebuie să aveţi unele noţiuni elementare despre gene şi cromozomi, transmiterea caracterelor şi cum o fiinţă vie evoluează dintr-o singură celulă până la stadiul complet dezvoltat de adult. De asemenea, este util să înţelegeţi felul în care unele boli pot fi transmise de la o generaţie la alta, cum în producerea bolilor genele acţionează alături de factorii de mediu şi cum studiul genelor poate conduce la îmbunătăţirea tratamentului sau chiar la vindecarea sau prevenirea unor boli.

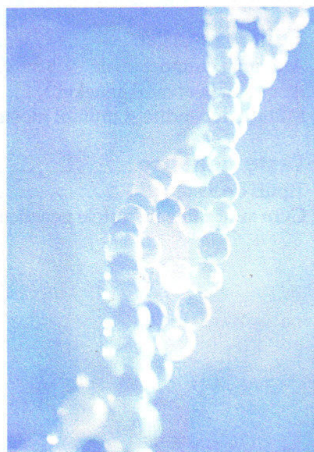
Noţiuni de genetică

Corpul uman este format din bilioane de celule microscopice. O celulă-umană obişnuită este de aproape zece ori mai mică decât diametrul unui fir de păr. Celulele dumneavoastră sunt clasificate în aproximativ 200 de tipuri diferite. De exemplu, celulele din piele, cele musculare, cele osoase şi cele sangvine îndeplinesc funcţii diferite: fac pielea moale, muşchii flexibili, oasele solide şi sângele lichid. Funcţia fiecărei celule depinde în cea mai mare măsură

Proiectul Genomul Uman

Proiectul Genomul Uman (The Human Genome Project) a debutat în anul 1990 şi reuneşte eforturile unor cercetători din toată lumea de a trasa harta completă a genelor conţinute în genomul uman. O schiţă a acestei hărţi, care conţine în mod obişnuit 30 000 – 40 000 de gene, a fost terminată în iunie 2000. Harta detaliază secvenţa a 3 miliarde de perechi de baze (nucleotide) care formează cei aproape 2 metri de ADN conţinuţi în genomul uman al fiecărei celule. De asemenea, harta genomului conţine şi jaloanele genetice de pe fiecare din cei 23 de cromozomi pentru localizarea genelor cunoscute pentru faptul că suferă mutaţii şi determină anumite boli şi a altor gene despre care se ştie că repară ADN-ul.

Genomul uman nu este singurul tip de ADN a cărui secvenţă a fost descifrată. Au fost realizate hărţi genetice şi pentru alte microorganisme, printre care musculiţa de oţet şi bacteria *Escherichia coli* (*E. coli*). În prezent se lucrează la harta genomului şoarecelui, şobolanului şi a peştelui zebră. Aceste genomuri pot constitui o sursă de comparaţie pentru genomul uman.



Următorul pas în cadrul Proiectului Genomului Uman constă în detalierea schiţei actuale. Cercetătorii încearcă să înţeleagă funcţia fiecărei gene şi să-i stabilească precis localizarea pe un anumit cromozom. De asemenea, oamenii de ştiinţă cercetează variaţiile unei anumite gene la indivizi diferiţi şi modul în care aceste variante pot determina susceptibilitatea la boli sau influenţa răspunsul la tratament. Un alt obiectiv al acestui proiect constă în determinarea rolului proteinelor codate de diverse gene.

de tipul genelor activate din totalul celor aproximativ 40 000 de gene.

Cromozomi, gene şi ADN

Fiecare celulă, cu excepţia hematiilor mature, au un centru de control numit nucleu. Nucleul adăposteşte ADN-ul conţinut în două seturi a câte 23 de cromozomi, în total 46 de cromozomi. Un set de cromozomi provine de la mama dumneavoastră, celălalt de la tată. Doi dintre aceşti 46 de cromozomi – numiţi X si Y – sunt cromozomii sexuali, care vă determină sexul, masculin sau feminin. Femeile au doi cromozomi X. Bărbaţii au un cromozom X şi un cromozom Y. Toţi ceilalţi cromozomi se numesc autozomi.

Singurele celule care nu conţin două seturi de cromozomi sunt ovulul şi spermatozoidul. Numite şi celule sexuale, fiecare conţine un singur set de cromozomi. Când un ovul şi un spermatozoid se unesc pentru a forma un zigot, acesta va conţine toţi cei 46 de cromozomi. În acest mod, moşteniţi câte un set de 23 de cromozomi de la fiecare părinte.

ADN-ul conţinut în cromozomii dumneavoastră are o structură dublu spiralată compusă din molecule zaharidice şi fosfaţi unite prin nişte perechi de substanţe numite baze nucleotidice. În ADN se găsesc patru tipuri de baze nucleotidice: adenină (A), timină (T), citozină (C) şi guanină (G). Întotdeauna adenina se cuplează cu timina şi citozina cu guanina. Rezultatul final, cunoscut ca dublul helix, seamănă cu o scară spiralată lungă.

Proteinele celulare

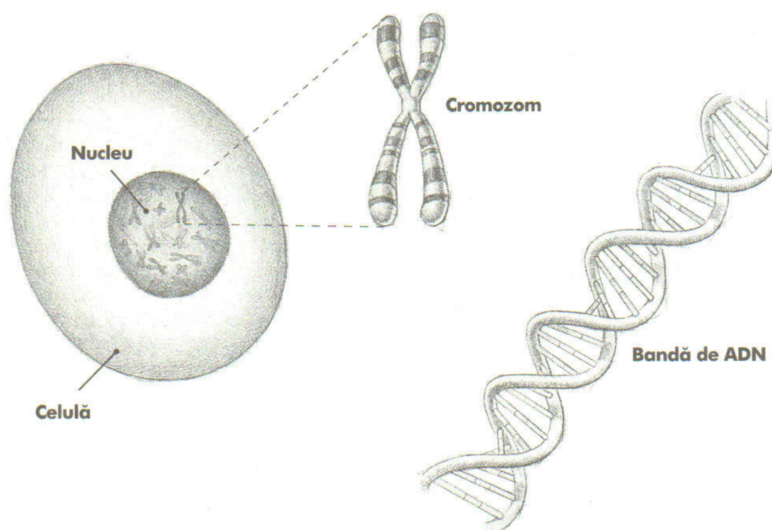
Una dintre cele mai importante funcţii ale genelor este sinteza de proteine. Numărul proteinelor care îndeplinesc diferite funcţii în organism este la fel de mare ca numărul genelor care vă controlează trăsăturile. Unele au rol de componente structurale şi altele funcţionează ca enzime care controlează reacţiile chimice din organism.

Alte proteine participă la transformarea alimentelor ingerate în energie. Proteinele sunt esenţiale pentru dezvoltarea şi funcţionarea organismului. De fapt, principalele componente ale organismului sunt apa şi proteinele.

Aminoacizii sunt unităţile elementare din care sunt compuse proteinele. În total există 20 de tipuri de aminoacizi, aceştia combinându-se în diverse moduri pentru a forma proteine diferite. Proteinele pot avea o structură simplă, compusă doar din câţiva aminoacizi, sau complexă, formată din mai multe lanţuri de aminoacizi.

Unele gene sunt permanent implicate în sinteza de proteine necesare pentru metabolismul celular în timp ce altele sunt activate doar când este nevoie de proteinele a căror sinteză depinde de informaţia codată în ele. De fapt, unele gene dintr-o anumită celulă pot fi permanent inactive. Cu alte cuvinte, nu toate genele sunt active într-o anumită celulă, la un anumit moment.

Când o celulă are nevoie de o anumită proteină, se declanşează un proces numit transcripţie. Transcripţia foloseşte tiparul furnizat de ADN pentru a produce o proteină. Iniţial, o enzimă numită ARN-polimerază copiază una dintre genele din ADN. Copia, numită ARN mesager (ARNm),



Fiecare celulă din corpul dumneavoastră are un nucleu care conţine 46 de cromozomi (23 de perechi) – jumătate provenind de la fiecare părinte. Fiecare cromozom este format din spirale de acid dezoxiribonucleic (ADN), împărţite în unităţi numite gene. Acestea determină trăsăturile pe care le moşteniţi de la părinţi şi pe care le puteţi transmite propriilor copii.

va ieşi din nucleu în compartimentul exterior al celulei, unde se va lega de o enzimă numită ribozom. Ribozomul formează un lanţ de aminoacizi corespunzător secvenţei genetice transportate de ARNm. Acest lanţ de aminoacizi se va plia apoi într-o formă unică şi va forma o proteină pregătită să-şi îndeplinească funcţia.

Controlul funcţiilor celulare

Pe tot parcursul vieţii, organismul produce noi celule. În timpul perioadei de creştere şi dezvoltare dinainte de maturitate, celulele sunt ocupate mai ales să se dividă şi să se specializeze pentru dezvoltarea creierului, creşterea în înălţime şi formarea unui sistem imun complet funcţional, printre nenumărate alte lucruri.

Modul exact în care celulele activează selecţia sau dezactivează anumite părţi din genom rămâne încă necunoscut, dar sănătatea dumneavoastră depinde de acesta. De exemplu, în cazul cancerului se consideră că una din cauze constă într-un defect de inactivare al unei gene care controlează creşterea sau într-un defect de activare al unei gene care inhibă creşterea tumorală, rezultatul fiind creşterea celulară necontrolată.

Pentru a şti ce trebuie să facă şi când trebuie să facă, fiecare celulă nouă trebuie să aibă un set complet din materialul genetic (genom). Când o celulă se divide, ADN-ul ei se replică, astfel încât celulele nou formate au fiecare o copie completă a genomului. Totuşi, spermatozoizii şi ovulele rezultă dintr-un alt tip de diviziune din care se obţin patru celule, fiecare conţinând jumătate din cantitatea iniţială de material genetic. Acest proces pregăteşte spermatozoizii şi ovulele pentru fecundaţie. Când se unesc un spermatozoid şi un ovul, se formează o celulă nouă (zigotul) care va avea 46 de cromozomi dispuşi în 23 de perechi. În acest mod, numărul de cromozomi şi de gene rămâne acelaşi de la o generaţie la alta.

Genele şi ereditatea

Genele moştenite de la părinţi se exprimă în diferite moduri, dar probabil că cele mai evidente sunt trăsăturile fizice, de exemplu forma urechilor, culoarea ochilor sau forma corpului. Genele pot influenţa şi anumite caractere mentale şi ale personalităţii cum ar fi talentul muzical sau organizatoric.

Genele pot fi dominante sau recesive. În cadrul unei perechi de gene, efectele genei dominante au prioritate faţă de cele ale genei recesive. De exemplu, dacă moşteniţi de la mamă o genă pentru ochi căprui – care este dominantă – şi o genă pentru ochi albaştri – care este recesivă – de la tată, ochii dumneavoastră vor fi căprui pentru că gena dominantă are prioritate. Acest mod de transmitere a caracterelor se numeşte transmitere autozomal dominantă.

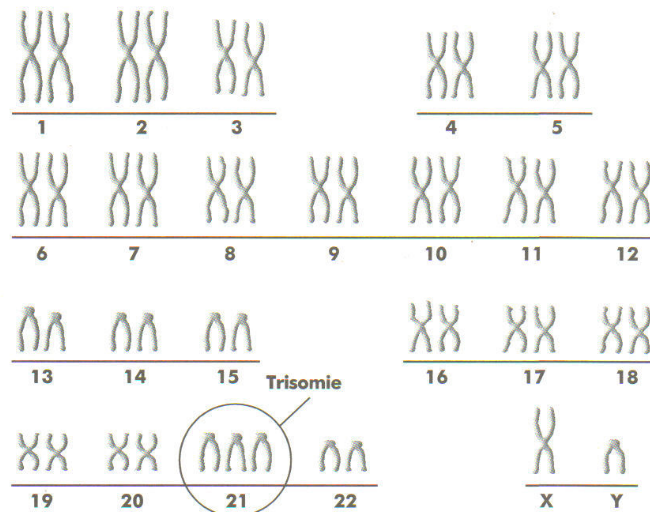
În cazul în care moşteniţi două gene dominante pentru ochi căprui, evident că veţi avea ochi căprui. Pe de altă parte, dacă moşteniţi două gene recesive pentru ochi albaştri, ochii dumneavoastră vor avea culoarea albastră. Acest tip de transmitere a caracterelor se numeşte transmitere autozomal recesivă. În general, pentru ca o genă recesivă să se poată exprima, trebuie să fie cuplată cu o genă recesivă similară.

Variaţiile genelor (polimorfismul) sunt obişnuite şi pot influenţa modul în care se exprimă genele. În puţine cazuri, o trăsătură specifică este controlată de o singură pereche de gene. Cel mai frecvent, caracterele sunt determinate prin asocierea mai multor gene.

Bolile genetice

Dacă înţelegeţi cum funcţionează ADN-ul în mod normal, puteţi înţelege mai bine cum apar erorile legate de informaţia genetică. Subiectul legăturii dintre informaţia genetică şi boli apare frecvent în presă, multe articole speculând asupra modului în care o anumită boală poate fi legată de structura genetică. Este, deci, de înţeles că printre întrebările adresate cel mai frecvent medicilor în prezent sunt cele cu privire la posibilitatea ca o boală să fie moştenită.

Bolile genetice pot fi determinate de o anomalie (mutaţie) a ADN-ului suficient de semnificativă pentru a afecta funcţia unei anumite proteine. Această anomalie poate afecta un întreg cromozom, o singură genă sau o pereche de gene.



Sindromul Down apare când una dintre celulele reproductive, provenite de la părinţi, care se combină în procesul fecundării, conţine un surplus de material genetic la nivelul cromozomului 21, de obicei, persoanele care suferă de sindrom Down au trei copii ale cromozomului 21 (trisomia 21) în loc de două copii.

Anomalii cromozomiale

În general, anomaliile cromozomiale sunt de tipul lipsei unui cromozom, existenţei unui cromozom supranumerar sau prezenţei unui cromozom incomplet. Un exemplu îl constituie sindromul Down, o afecţiune determinată de prezenţa unui surplus de material genetic la nivelul cromozomului 21 – în cele mai multe cazuri chiar o copie suplimentară completă a cromozomului 21 (trisomia 21). Anomaliile cromozomiale de tipul trisomiei 21 pot produce retard mental şi alte defecte congenitale.

Anomalii la nivelul genelor

Bolile pot fi determinate şi de anomalii ale unei singure gene sau perechi de gene, numite adesea mutaţii. Un exemplu obişnuit de boală genetică determinată de anomalia unei singure gene este fibroza chistică. În Statele Unite există aproximativ 30 000 de persoane care suferă de această boală. Este determinată de anomalii ale unei gene cunoscută ca reglatorul transmembranar al fibrozei chistice. Fibroza chistică este o boală recesivă, deci o persoană, pentru a face boala, trebuie să aibă două copii ale genei mutante.

Unele boli, numite afecţiuni multifactoriale, se consideră că apar în prezenţa unei sau mai multor mutaţii genetice şi a unor factori specifici de mediu. Cercetătorii au descoperit că unele persoane care fac cancer au atât predispoziţie genetică pentru tipul respectiv de cancer cât şi un istoric de expunere la toxine din mediu.

Cancerul mamar este un exemplu foarte mediatizat. Defect al uneia dintre câteva gene – în special BRCA1 sau BRCA2 – cresc riscul apariţiei cancerului mamar. În mod obişnuit, aceste gene contribuie la prevenirea apariţiei cancerului prin sinteza de proteine care inhibă creşterea celulară anormală. Dacă aceste gene suferă o mutaţie, nu vor mai fi la fel de eficiente în stăpânirea creşterii celulare nedorite.

Dintre factorii de mediu, excesul de greutate şi expunerea îndelungată la estrogeni pot creşte riscul cancerului mamar. De asemenea, asocierea între defectul genetic şi fumat poate creşte riscul pentru această boală.

Mutaţiile genelor se produc în mai multe moduri:

- *Substituţie.* În procesul de copiere al ADN-ului, o bază nucleotidică poate fi înlocuită cu alta (de exemplu C în loc de T), rezultând o secvenţă diferită de cea originală. Când un ribozom va citi ADN-ul pentru a selecta aminoacizii corespunzător proteinei dorite, va alege un aminoacid greşit.
- *Deleţie sau inserţie.* Uneori o bază nucleotidică este scăpată sau ignorată la citirea ADN-ului. Alteori, secvenţei corecte i se adaugă o fază în plus. În ambele

Genele şi boala Alzheimer

Boala Alzheimer constă într-o degenerare progresivă a creierului şi afectează milioane de americani. Cauza exactă a bolii Alzheimer este încă sub semnul întrebării, dar cercetătorii au localizat patru gene specifice asociate cu boala şi se presupune că mai sunt şi altele. Unul dintre rezultatele interesante ale cercetărilor genetice cu privire la boala Alzheimer este faptul că uneori este clasificată ca o boală determinată de anomalia unei singure gene iar alteori ca o afecţiune multifactorială. Dar rareori boala Alzheimer a fost identificată ca fiind determinată de anomalia unei singure gene. Mai frecvent, s-a constatat că la apariţie ei contribuie mai mulţi factori.

Boala determinată de anomalia unei singure gene

Unele forme de boală Alzheimer, numite boală Alzheimer familială (FAD – Familial Alzheimer's Disease) par să fie ereditare. Alte forme sunt sporadice, neexistând un model de transmitere ereditară. Boala Alzheimer familială care debutează înainte de 65 de ani, reprezintă mai puţin de 5% din numărul total de cazuri de boală Alzheimer.

Specialiştii au izolat 3 gene la nivelul cărora se pot produce mutaţii corelate specific cu forme diferite de boală Alzheimer familială. Toate cele trei gene mutante sunt transmise autozomal dominant. Aceasta înseamnă că dacă un părinte are mutaţia respectivă, fiecare copil are un risc de 50% s-o moştenească.

Afecţiunea multifactorială

Datorită faptului că majoritatea celor care suferă de boala Alzheimer nu au un istoric familial de boală şi nici una din mutaţiile asociate cu boala Alzheimer familială, cercetătorii continuă să caute să identifice alţi factori care pot fi asociaţi cu boala sau care cresc riscul de boală. Oamenii de ştiinţă consideră că la producerea formei sporadice de boală Alzheimer contribuie mai mulţi factori, printre care vârsta şi expunerea la anumiţi factori de mediu.



cazuri va rezulta un lanţ diferit de aminoacizi.

- *Repetiţie*. O porţiune a benzii de ADN poate fi, accidental, copiată de mai multe ori decât trebuie, rezultând o proteină mai lungă.

Toate aceste anomalii ale genelor determină modificări ale conformaţiei şi funcţiei proteinelor, care pot afecta procesele chimice din organism şi produce boala.

Mutaţii dobândite şi mutaţii moştenite

Mutaţia genetică ce survine în cursul vieţii unei persoane se numeşte mutaţie dobândită. De exemplu, cancerul de piele se datorează cel mai frecvent afectării ADN-ului din celulele cutanate de către radiaţiile ultraviolete (UVB) provenite de la soare sau de la lămpile pentru bronzat. În mod tipic, o mutaţie dobândită este prezentă într-o singură celulă sau cel mult în câteva celule.

O mutaţie este considerată moştenită în cazul în care era prezentă în celulele reproductive sau a apărut în timpul fecundării, în ambele cazuri fiind prezentă încă de la naştere. Ca şi în cazul trăsăturilor moştenite, mutaţia poate fi la nivelul unei gene dominante sau al uneia recesive sau poate fi localizată pe un cromozom sexual. O mutaţie moştenită este prezentă în toate celulele organismului.

Mutaţii ale genelor dominante

Dacă moşteniţi o mutaţie a unei gene dominante care determină o anumită boală, probabil că veţi face boala respectivă, pentru că genele dominante au prioritate asupra genelor recesive cu care sunt cuplate. În plus, în cazul fiecăruia dintre copiii dumneavoastră, probabilitatea de a moşteni gena dominantă mutantă şi de a face boala, va fi de 50%.

Bolile determinate de mutaţiile unei gene dominante se numesc boli autozomale dominante. Un astfel de exempu este hipercolesterolemia familială, o afecţiune caracterizată prin niveluri foarte mari ale colesterolului sanguin.

Mutaţiile genelor recesive

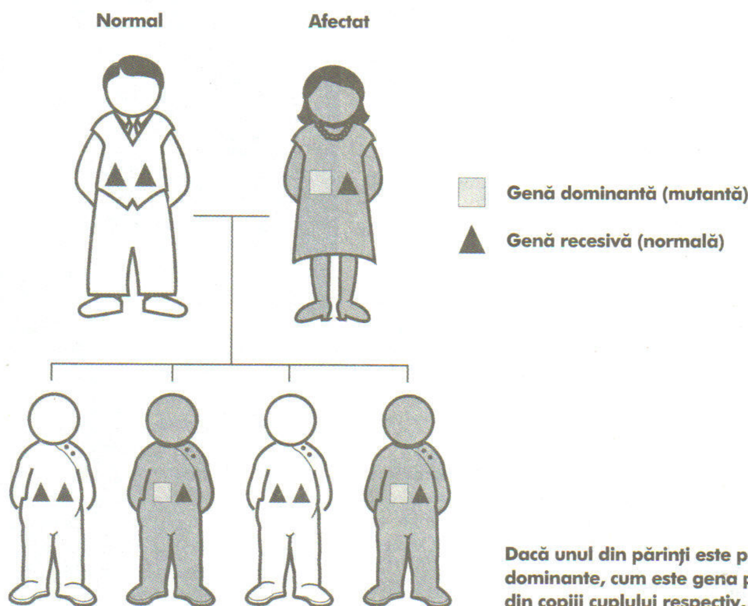
Pentru ca o boală genetică recesivă să se manifeste este necesar ca persoana respectivă să moştenească câte o genă recesivă de la fiecare părinte. Dacă moşteneşte o singură genă recesivă mutantă, va avea prioritate expresia genei dominante normale cu care este cuplată, iar boala nu va apărea. Totuşi, persoana respectivă va fi purtătoare a genei mutante şi o poate transmite copiilor săi. Dacă va avea copii cu o altă persoană care este de asemenea purtătoare a genei mutante recesive, în cazul fiecărui copil, va exista o probabilitate de 25% de a moşteni ambele gene recesive mutante şi de a face boala. Totuşi, se întâmplă destul de rar ca două persoane să fie purtătoare ale aceleiaşi gene mutante recesive.

Când, pentru a se produce boala, este necesar ca ambele gene dintr-o pereche de gene să poarte mutaţia respectivă, boala se numeşte autozomal recesivă. Fibroza chistică este o boală autozomal recesivă care se manifestă în cazul moştenirii câte unei gene a fibrozei chistice anormale de la fiecare părinte. Un alt exemplu este boala hematologică numită drepanocitoza – anemia cu hematii în formă de seceră.

Mutaţii la nivelul cromozomilor sexuali

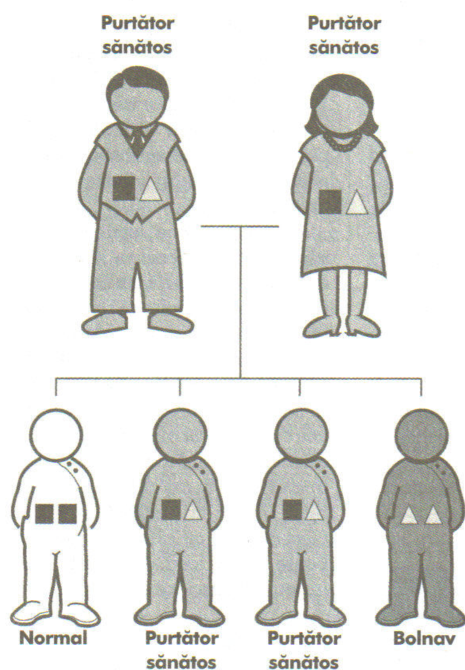
Unele mutaţii care determină boli sunt localizate doar pe cromozomul X. Aceste boli se numesc boli

Mutaţiile unei gene dominante



Dacă unul din părinţi este purtător al unei gene mutante dominante, cum este gena pentru boala Huntington, 50% din copiii cuplului respectiv, indiferent de sex, se vor naşte cu boala respectivă.

Mutațiile unei gene recesive



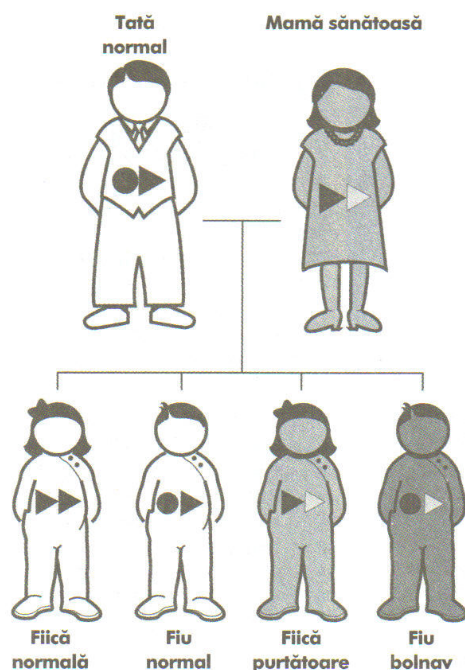
■ Genă dominantă (normală)

△ Genă recesivă (mutantă)

Bolile recesive, cum este fibroza chistică, pot apărea chiar dacă nici unul din părinți nu este bolnav. Dacă ambii părinți sunt prutători ai unei gene mutante recesive, descendenții acestora pot face boala. Probabilitatea este ca indiferent de sex unul din patru copii să se nască cu fibroză chistică, doi din patru copii să fie purtători sănătoși iar unul din patru să fie sănătos fără a fi nici măcar purtător.

Mutații la nivelul cromozomilor sexuali

Unele boli genetice afectează doar bărbații. Femeile pot fi purtătoare ale genei mutante dar sunt sănătoase. De exemplu, când un cuplu are un fiu cu hemofilie, mama este purtătoarea genei mutante (afectate), iar tatăl este sănătos. Pentru băieții acestui cuplu, probabilitatea de a moșteni boala este de 50%. În cazul fiicelor acestui cuplu, există o probabilitate de 50% de a fi purtătoare ale genei mutante, asemenea mamei lor.



▶ Cromozom X

▷ Cromozom X (genă recesivă)

● Cromozom Y

●▶ Descendent de sex masculin normal

▶▶ Descendent de sex feminin normal

▶▷ Descendent de sex feminin purtătoare sănătoasă

●▷ Descendent de sex masculin purtător bolnav

legate de cromozomul X (X-linkate). Probabilitate de a face astfel de boli este mai mare în cazul bărbaţilor pentru că ei au un singur cromozom X. (La bărbaţi, celălalt cromozom sexual este cromozomul Y). Femeile au doi cromozomi X, şi de obicei, cromozomul X normal are prioritate de expresie. De aceea, este mai probabil ca femeile să fie doar purtătoare ale mutaţiei decât să facă boala respectivă. Un tată care are boala respectivă va transmite mutaţia fiicelor sale, care în majoritatea cazurilor nu vor fi afectate datorită celui de-al doilea cromozom normal moştenit de la mamă, care va contracara cromozomul X mutant moştenit de la tată. Hemofilia este un exemplu de boală legată de cromozomul X destul de frecventă.

Aceste modele de transmitere a bolilor par destul de clare, totuşi în realitate lucrurile sunt mult mai complicate. Gândiţi-vă că unii oameni au ochi verzi sau căpruideschis. Şi cu bolile se întâmplă cam în acelaşi mod. Genele se exprimă în moduri diferite, iar cele care determină boli nu fac excepţie.

De aceea, doi bolnavi de fibroză chistică pot să nu aibă aceleaşi simptome sau acelaşi grad de severitate a bolii. În cazul afecţiunilor multifactoriale, influenţa genomului persoanei respective şi cea a experienţei sale de viaţă pot fi mai pronunţate. De aceea, bolile multifactoriale pot varia semnificativ de la o persoană la alta. Chiar dacă oamenii de ştiinţă au ajuns la o mai bună înţelegere a bolilor genetice şi a modelelor de transmitere, mai trebuie exploraţi o serie de factori implicaţi.

Sindroamele neoplazice familiale

Sindroamele neoplazice familiale sunt adesea transmise în mod autozomal dominant. Aceasta înseamnă că în cazul în care un părinte are boala respectivă, probabilitatea de a moşteni gena mutantă este de 50% în cazul fiecărui copil.

Sindromul cancerului colonic nonpolipos ereditar (HNPCC - *Hereditary Nonpolyposis Colon Cancer*) este un exemplu destul de frecvent. Se consideră că această afecţiune este responsabilă pentru aproximativ 2-10% din totalul cazurilor de cancer colonic. Alte tipuri de cancer care apar cu o frecvenţă crescută în familiile cu HNPCC sunt: cancerul endometrial, ureteral, pancreatic şi ovarian. În cazul unei persoane care moşteneşte o genă responsabilă pentru HNPCC, riscul de apariţie a cancerului colonic, pe toată durata vieţii, este de 80%. Riscul este mult mai mare decât în cazul persoanelor care nu moştenesc o astfel de genă. Aceste gene care determină multe cancere familiale se exprimă într-un mod dominant, dar nu se exprimă în 100% din cazuri.



Teste genetice

În prezent, testele de laborator sunt mai capabile ca niciodată să detecteze bolile genetice. În ultimii 10 ani, au fost elaborate teste ADN noi cu o viteză ameţitoare. În prezent pot fi diagnosticate prin analiza ADN-ului câteva duzini de boli genetice.

Pentru a obţine analiza ADN-ului aveţi în general nevoie de ajutorul unui genetician sau al unui consilier genetic care să coordoneze tesetle genetice. Numărul testelor disponibile ca şi amplasarea laboratoarelor care realizează aceset teste se schimbă frecvent. În plus, cerinţele cu privire la recoltarea probelor diferă de la un laborator la altul şi uneori chiar în cazul aceluiaşi laborator o dată cu trecerea timpului. Geneticianul cu care colaboraţi vă poate ajuta tocmai cu astfel de informaţii specifice.

Tipuri de teste

Pentru ca testele genetice să poată fi executate, trebuie ca mai întâi, ADN-ul să fie izolat dintr-o celulă. ADN-ul este destul de stabil şi poate fi obţinut din orice celulă vie care are nucleu. Cele mai frecvent utilizate sunt celulele

? Întrebare şi răspuns

Cât de precisă este analiza genetică?

Testele genetice nu sunt întotdeauna predictive în proporţie de 100%. Chiar dacă un test genetic evidenţiază faptul că o persoană posedă gena pentru o anumită boală, nu se poate spune sigur:

- Dacă persoana respectivă va face boala
- Când vor apărea simptomele
- Care simptom se va manifesta primul
- Cât de severă va fi afectarea
- Cum va evolua boala

albe din sânge, datorită faptului că pot fi obţinute cu uşurinţă dintr-o probă de sânge. În alte cazuri se folosesc celule fetale sau celule din măduva osoasă. Există mai multe moduri de analiză a ADN-ului.

Analiza cromozomilor

Analiza cromozomilor (cariotipul) este efectuată pentru a evidenţia mai ales defecte ale cromozomilor şi nu ale unei anumite gene. Frecvent, este efectuată pentru a evalua ADN-ul unui cuplu cu un istoric de avorturi spontane sau pentru a verifica existenţa unei malformaţii fetale, de exemplu sindromul Down. Celulele sunt crescute în laborator şi apoi sunt colorate pentru a se vizualiza mai bine cromozomii la examinarea microscopică. Cromozomii sunt fotografiaţi pentru a se obţine o imagine a aranjamentului structurii lor şi a oricărei posibile anomalii.

Majoritatea celulelor se obţin dintr-o probă de sânge. În unele cazuri, poate fi prelevată o probă de măduvă hematopoietică pentru a analiza unele anomalii cromozomiale specifice legate de un anumit tip de leucemie. Pentru a analiza malformaţiile fetale, pot fi prelevate probe din lichidul ce înconjoară fătul în uter (lichidul amniotic) printr-o procedură numită amniocenteză, în care se inserează un ac subţire în uter şi în sacul amniotic, care înconjoară copilul şi se extrage o cantitate de lichid amniotic, ce conţine celule fetale, pentru a fi examinată în laborator.

De asemenea, pentru testarea genetică fetală se poate preleva o mostră de ţesut din placentă (celulele vilozităţilor coriale) printr-o procedură numită biopsia vilozităţilor coriale. Pentru aceasta se prelevează celule din membrana care căptuşeşte placenta şi se analizează în laborator. Pentru a obţine aceste probe, medicul poate introduce un ac prin peretele abdominal sau poate introduce un cateter prin colul uterin şi prin sucţiune obţine aceste celule.

În mod tipic, cromozomii dintr-un număr de celule sunt analizaţi pentru a evita apariţia unor erori datorate unei creşteri anormale a celulelor după ce au fost extrase din organism.

Descoperirea bolilor care sunt moştenite în familie

În cazul unor afecţiuni genetice, mutaţia exactă nu este cunoscută, dar se cunoaşte localizarea generală a genei mutante în cromozom. În aceste cazuri, cercetătorii încep prin a studia familiile în care, de multe generaţii, numeroşi membri au prezentat afecţiunea respectivă. Prin compararea probelor de ADN ale celor care au prezentat afecţiunea cu cele ale celor care nu au făcut-o, oamenii de ştiinţă pot identifica markerii genetici care au fost moşteniţi de persoanele afectate. Aceşti markeri sunt de obicei localizaţi în apropierea genei sau genelor mutante. Acest procedeu de comparare a ADN-ului este numit analiză de linkaj.

Analiza ADN

Analiza ADN este deseori utilizată pentru a testa existenţa unor boli determinate de defectul unei singure gene, de exemplu fibroza chistică sau hemofilia. După ce ADN-ul este izolat din proba celulară, este tăiat în porţiuni utilizabile cu ajutorul unei enzime de restricţie, care funcţionează ca un bisturiu molecular pentru a tăia ADN-ul în 4-8 fragmente.

ADN-ul este sortat apoi după dimensiuni prin plasarea într-un mediu cu gel şi utilizând curentul electric pentru a separa fragmentele. Fragmentele cele mai mici se deplasează la distanţă faţă de cele mai mari, astfel încât ele pot fi analizate separat. În soluţie se introduce un mic fragment de ADN radioactiv, numit sondă. Sonda are aceeaşi secvenţă ca gena cunoscută sau foarte asemănătoare, şi se numeşte marker genetic. Când sonda găseşte gena sau markerul, ea se ataşează la fragmentul respectiv, potrivindu-se ca o cheie în broască. Cercetătorii pot spune unde se află gena sau markerul genetic prin semnalele radioactive emise de sondă, care pot fi vizualizate cu ajutorul radiaţiilor X.

O altă tehnică de laborator, care este utilizată frecvent de cercetători pentru a localiza diferitele gene sau mutaţii genetice este reacţia de polimerizare în lanţ (Polymerase Chain Reaction - PCR). Această tehnică foloseşte cantităţi foarte mici de ADN pentru a fi reproduse în eprubetă, eliminând necesitatea de a obţine un număr mare de celule vii de la persoana supusă testării. În unele cazuri, PCR este utilizată pentru a multiplica ADN-ul dintr-o singură celulă. Tehnica, de asemenea, accelerează testarea în laborator furnizând cercetătorilor copii numeroase ale probei de ADN.

Un dezavantaj al PCR este că ADN-ul de testat este vulnerabil la contaminare. De exemplu, celulele tegumentare ale laborantului pot contamina testul. Dacă acest lucru se produce, ADN-ul laborantului, ca şi al pacientului, vor fi multiplicaţi. Evitarea contaminării presupune tehnici de laborator stricte.

Analiza proteinelor

În unele cazuri, defectele ADN-ului pot fi detectate indirect, prin prezenţa sau absenţa produsului unei gene (proteină sau enzimă) într-o probă celulară de sânge, lichid amniotic sau celule.

Fenilcetonuria (PKU) este o boală genetică autosomal recesivă rară, produsă de absenţa unei enzime (fenilalanin hidroxilază). Deficienţa acestei enzime împiedică aminoacidul fenilalanină, prezent în alimente ca lapte şi ouă, să fie metabolizat adecvat. Aceasta duce la apariţia de niveluri crescute de fenilalanină la persoanele cu PKU. Prezenţa acestui aminoacid în cantităţi crescute în creier poate duce la retard mintal sever.

Deoarece PKU poate fi tratată cu o dietă săracă sau lipsită complet de fenilalanină, în SUA nou-născuţii sunt testaţi de rutină pentru această boală. O picătură de sânge din călcâi este de obicei suficientă. Testarea nivelului fenilalaninei se poate face, de asemenea, celor care vor să aibă un copil şi care au un istoric familial pentru această boală sau ca diagnostic prenatal.

Boala Tay-Sachs, care produce deteriorarea sistemului nervos, este o altă afecţiune cauzată de lipsa unei enzime (hexoaminidază) datorită unei mutaţii genetice. În acest caz, este testată enzima însăşi. Această afecţiune este mai frecventă la descendenţii evreilor Ashkenazi.

Cum sunt utilizate testele genetice?

Testele genetice sunt utilizate pentru a determina dacă o persoană poate avea o mutaţie genetică ce cauzează o boală sau care poate creşte susceptibilitatea pentru o anumită boală. De asemenea, aceste teste pot fi utilizate pentru a identifica vectorii mutaţiei genetice sau pentru a confirma o afecţiune genetică suspectată.

Screening-ul nou-născuţilor

Screening-ul nou-născuţilor pentru afecţiunile genetice tratabile este cea mai frecventă formă de testare genetică în SUA. Exemple de afecţiuni pentru care se utilizează screening-ul neonatal sunt: fenilcetonuria (PKU), un deficit enzimatic, şi boala cu eritrocite în seceră (siclemia sau drepanocitoza). Prin identificarea timpurie a acestor afecţiuni, multe dintre efectele adverse pot fi prevenite printr-o terapie adecvată.

Testarea purtătorilor

Cuplurile cu un istoric familial de afecţiuni genetice, cum sunt fibroza chistică, boala Tay-Sachs sau drepanocitoza, pot utiliza testarea ADN pentru fiecare partener pentru a vedea dacă sunt purtători ai genelor recesive asociate cu boala. Dacă ambii sunt purtători ai unei gene recesive, copilul lor ar avea un risc de 25% de a face boala şi 50% şanse de a fi purtător. Dacă doar unul din părinţi are gena recesivă, copilul nu va face boala, dar există 50% şanse ca fiecare copil să fie purtător al genei recesive.

Cunoscând rezultatele testului, un medic genetician sau un consilier pe probleme de genetică, pot ajuta cuplul pentru a înţelege cât mai bine care sunt potenţialele riscuri (vezi pag. 453).

Testarea diagnostică prenatală

Testarea prenatală poate oferi informaţii despre sexul fătului, ca şi despre potenţialele probleme genetice şi malformaţii fizice. Cele mai frecvente 4 teste prenatale includ ecografia, amniocenteza, biopsia vilozităţilor coriale şi nivelul de alfafetoproteină serică maternă (vezi pag. 263).

Testarea este făcută de obicei părinţilor cu factori de risc specifici:

- mama are 35 de ani sau peste;
- tatăl are 45 de ani sau peste;
- familia are un istoric de malformaţii congenitale, retard mintal, anomalii cromozomiale sau defecte de tub neural;
- părinţii se ştiu purtători ai unei afecţiuni genetice care poate fi determinată prin testarea prenatală;
- mama a fost expusă la o substanţă chimică toxică în timpul sarcinii;
- testarea screening prenatală a avut rezultate anormale.

Testele diagnostice prenatale nu sunt obligatorii. Într-adevăr, pentru mulţi părinţi, decizia de a face aceste teste este dificilă, datorită consecinţelor psihologice pe care le poate avea cunoaşterea acestor informaţii genetice. Convingerile religioase, morale şi etice pot, toate, afecta alegerea familiei. În plus, riscurile potenţiale ale procedurilor trebuie luate în considerare. De exemplu, riscul de avort datorat amniocentezei este între 1 la 200 şi 1 la 400 de cazuri.

Dacă vă aflaţi în faţa unei asemenea alegeri, este important să discutaţi cu medicul dumneavoastră, cu un medic genetician sau cu un consilier pe probleme genetice pentru a vă ajuta să urmaţi cea mai bună cale. Poate cel mai important dintre toate este să aveţi timpul necesar să luaţi în considerare toate scenariile posibile şi să găsiţi răspunsurile la fiecare.

Unele întrebări pe care vi le puneţi dumneavoastră înşivă şi medicului înainte de efectuarea testărilor prenatale includ:

- Cât de exacte sunt rezultatele testelor?
- Cât de frecvent a efectuat medicul acest test?
- Cât de îngrijorată sunt în privinţa riscului de avort?
- Cât de multe trebuie să ştiu despre sănătatea viitoare a copilului?
- Ce lucru mi-ar putea schimba părerea în legătură cu continuarea sarcinii?
- Îmi va schimba această informaţie modul în care eu şi doctorul meu ne pregătim pentru naşterea copilului meu?
- Dacă se descoperă vreo problemă, care sunt opţiunile mele? Terminarea sarcinii reprezintă o opţiune pentru mine?
- Cunoaşterea acestei informaţii mă va face să iau decizii pe care altfel nu le-aş lua?

Testele predictive

Testele genetice predictive se concentrează pe identificarea genei cauzatoare de boală înainte ca boala să fie evidentă. În general, aceste teste se fac persoanelor cu risc crescut de boală datorată unui istoric familial evident. Unele testări, de exemplu cele pentru aflarea unei afecţiuni determinate de o genă unică, indică dacă persoana face acea boală. Dacă aveţi o genă afectată, veţi putea eventual face boala. Testele disponibile includ cele pentru unele forme de scleroză laterală amiotrofică (ALS sau boala Lou Gehrig), unele forme de ataxie şi majoritatea formelor de fibroză chistică, hemofilia, boala Huntington, drepanocitoza, talasemia şi boala Tay-Sachs.

Alte teste predictive pot doar estima susceptibilitatea dumneavoastră pentru o anumită boală. Cu alte cuvinte, o genă afectată vă poate creşte riscul, dar nu garantează că veţi face acea boală. Susceptibilitatea pentru anumite forme ereditare de cancer de sân, ovarian sau de colon pot fi testate genetic. De asemenea, există un test pentru variaţiile unei gene care vă pot creşte riscul de a face boala Alzheimer.

Beneficiul acestor teste – în mod particular, în cazul afecţiunilor determinate de o genă unică – este că vă poate ajuta să vă pregătiţi pentru ceea ce va urma. În plus, dacă ştiţi că aveţi o predispoziţie genetică pentru un anumit tip de cancer, puteţi apela la teste screening mai agresive pentru profilaxie sau pentru detectare timpurie.

Dacă rezultatele testelor vă arată că nu aveţi nici un defect genetic, această veste vă face să fiţi mai puţin temător şi anxios. Pe de altă parte, cunoaşterea faptului că aţi moştenit o genă defectă vă poate afecta emoţional. În unele boli rezultatele pozitive sunt dificil de interpretat deoarece ele nu prezic cu certitudine absolută dacă veţi face boala.

Confirmarea unui diagnostic

Uneori, un medic poate folosi testarea genetică pentru a confirma un diagnostic la o persoană ce prezintă semne şi simptome sugestive ale unei afecţiuni genetice. În cazul fibrozei chistice, testarea genetică este capabilă să detecteze aproximativ 88% dintre mutaţiile genetice. Astfel, testarea ADN-ului poate confirma diagnosticul de fibroză chistică la o persoană care prezintă simptome clinice. Pentru multe afecţiuni genetice, totuşi, gena defectă responsabilă pentru boala respectivă nu a fost identificat încă, şi nici un test genetic specific nu poate confirma boala.

Sfatul genetic

Medicii geneticieni şi consilierii pe probleme de genetică sunt solicitaţi pentru a ajuta unele persoane să înţeleagă afecţiunile şi tulburările ereditare. Medicul genetician este un medic care a făcut 2 sau 3 ani de specializare în genetică medicală. Consilierul în genetică a făcut 2 ani de specializare în genetică medicală după absolvirea colegiului. Căutaţi-i doar pe cei care sunt atestaţi.

În trecut, oamenii se adresau medicilor geneticieni pentru evaluarea unor afecţiuni relativ rare produse de anomaliile unei singure gene. Astăzi, medicii şi cercetătorii şi-au dat seama că atât bolile complexe cât şi cele comune sunt datorate în parte unor factori genetici. De exemplu, o malformaţie congenitală a unui organ major, cum ar fi un defect congenital de cord, este adesea datorat, cel puţin în parte, unor factori genetici şi poate fi rapid evaluat din punct de vedere genetic. Dacă o persoană prezintă malformaţii congenitale multiple, adesea este implicată o componentă genetică. Uneori, un individ are un istoric familial de boală ereditară cunoscută, cum ar fi fibroza chistică, drepanocitoza sau hemofilia.

Beneficiile sfatului genetic

Dacă vă gândiţi la o testare genetică pentru dumneavoastră sau pentru copilul dumneavoastră, sunt multe lucruri la care trebuie să vă gândiţi. Vă poate fi de folos să vorbiţi cu un medic genetician sau cu un consilier în genetică.

Aceşti profesionişti în sănătate sunt specializaţi pentru a se ocupa de problemele complexe ale testărilor genetice. Ei nu vă vor spune ce să faceţi, dar vă pot oferi toate informaţiile înainte ca dumneavoastră să luaţi o decizie. Cerându-le sfatul înainte de teastare, ei vă pot ajuta să interpretaţi rezultatele şi vă pot sprijini în săptămânile sau lunile următoare. Iată câteva lucruri la care trebuie să vă gândiţi:

- Ce tratamente există pentru afecţiunea luată în considerare?
- Ce impact vor avea rezultatele testelor asupra relaţiilor dumneavoastră cu soţul (soţia), familia, copiii şi prietenii? Pentru unele persoane, relaţiile cu familia se îmbunătăţesc după testarea genetică, pentru alţii încep să devină mai complicate.
- Testele genetice vă vor produce temeri de a avea gene „bune" sau „rele"?
- Uneori, rezultatele testelor genetice vă pot da informaţii neaşteptate. De exemplu, pot arăta nepaternitatea – adică tatăl unui copil nu este tatăl biologic.
- Cine vă va oferi sprijin emoţional de-a lungul acestui proces?
- Cum veţi reacţiona dacă rezultatele testului sunt neclare?
- Care sunt planurile şi speranţele dumneavoastră de a avea un copil?
- Care este importanţa profesiunii dumneavoastră şi cum vor afecta testele alegerile dumneavoastră?
- Care este costul testului şi cum veţi plăti?
- Doriţi ca firma dumneavoastră de asigurări să cunoască rezultatele testelor? Pot fi utilizate aceste rezultate pentru a vă discrimina, sau sunt privite ca o condiţie preexistentă?
- Rezultatele testelor vor fi trecute în fişa dumneavoastră?
- Doriţi să vi se facă testele acum sau, mai bine, doriţi să le amânaţi?

Istoricul familial medical

Dacă doriţi să mergeţi la un medic genetician pentru evaluare, este de folos ca înainte să cunoaşteţi istoricul medical al familiei dumneavoastră, numit de asemenea, pedigree-ul familial sau arborele medical genealogic. De exemplu, în cazul în care există în istoricul medical al familiei cazuri de cancer, va fi de ajutor să ştiţi ce tip de cancer a avut fiecare membru al familiei şi la ce vârstă a fost pus diagnosticul. De asemenea, este important de ştiut ce membrii ai familiei nu au fost afectaţi deoarece această informaţie poate fi de ajutor în interpretarea pedigree-ului familial şi în aprecierea riscurilor.

Cu cât reuşiţi să obţineţi mai multe informaţii despre bolile care au afectat familia dumneavoastră, cu atât mai mult geneticianul vă poate ajuta. El va analiza pedigree-ul familiei dumneavoastră pentru a determina pattern-urile ereditare ale afecţiunii în familia dumneavoastră. De asemenea, vă ajută geneticianul să vă indice testele screening sau planul terapeutic pentru afecţiunea pentru care prezentaţi risc sau o aveţi.

Crearea pedigree-ului familial

Puteţi face un pedigree al familiei dumneavoastră întrebând despre starea de sănătate pe membrii familiei, de obicei rudele de gradul I şi II. Rudele de gradul I sunt părinţii, surorile, fraţii şi copiii dumneavoastră. Rudele de gradul II includ mătuşile, unchii, bunicii şi nepoţii dumneavoastră.

În arborele genealogic medical, pentru fiecare membru al familiei se notează sexul, anul naşterii, bolile şi vârsta la care au fost diagnosticate, factorii semnificativi ai stilului de viaţă (dacă se

cunosc), cum ar fi fumatul, consumul de alcool, obezitatea etc. Dacă vreunul dintre membrii familiei a decedat, se notează vârsta la care a decedat şi cauza decesului. Alte elemente pe care ar trebui să le includeţi sunt:

Rasa sau etnia

Rasa sau etnia membrilor familiei sunt importante. De exemplu, dacă familia provine din nordul Europei, riscul ca membrii familiei să fie purtători ai genei fibrozei chistice este crescut. De asemenea, dacă membrii familiei sunt de culoare neagră, riscul de a exista purtători ai genei drepanocitozei este crescut. Reţineţi că membrii familiei care sunt purtători de gene cu anomalii pot să nu facă boala respectivă.

Căsătoria între rude

Când vorbim despre istoricul familial, trebuie să acordăm atenţie posibilităţii existenţei de legături de sânge într-un cuplu. Acest lucru creşte riscul apariţiei unor boli la copiii rezultaţi dintr-o astfel de căsătorie.

Istoricul de naşteri dificile

Un istoric de avorturi spontane sau de decese la naştere poate fi, de asemenea, relevant. De exemplu, se estimează că 12% dintre decesele neo-natale sunt datorate afectării unei singure perechi de gene.

Factorii de mediu

Bolile pot fi, de asemenea, influenţate de expunerea la anumiţi factori cum ar fi drogurile ilicite, medicamente eliberate cu prescripţie medicală, radiaţii sau substanţe chimice toxice.

Terapia genică

Una dintre cele mai mari speranţe ale studiilor genetice este aceea că înţelegerea genomului uman va permite tratarea şi chiar prevenirea bolilor genetice. Acum există o hartă a tuturor genelor umane; următoarea ţintă a cercetărilor este înţelegerea cât mai exactă a funcţiei fiecărei gene în parte şi cum o defecţiune a acestei funcţii poate produce boala. De asemenea, va fi posibilă înlocuirea genelor lipsă sau afectate cu gene sănătoase, adică rezolvarea problemelor de la „rădăcină" decât tratarea consecinţelor. Aceasta este cunoscută sub numele de terapie genică.

Aplicaţii

Deşi mulţi cercetători au început să experimenteze terapia genică, aceasta a rămas totuşi, la stadiile incipiente. Marea majoritatea a terapiilor genice sunt aplicate în acest moment în trialuri clinice atent controlate. Cu toate acestea, aproape toate bolile comune sunt studiate atât din punct de vedere genetic, cât şi dintr-un punct de vedere mai convenţional. Unele dintre aplicaţiile majore potenţiale ale terapiei genice includ:

Înlocuirea genei defecte sau afectate

Înlocuirea genei defecte sau afectate este o metodă care vizează afecţiunile cauzate de o singură genă afectată. De exemplu, fibroza chistică, hemofilia, boala Huntington şi boala Tay-Sachs, toate au fost descoperite ca fiind cauzate de o mutaţie în una sau ambele copii ale unei perechi de gene. Înlocuirea sau suplimentarea cu gene sănătoase ar putea opri sau inversa progresia bolilor. Acest lucru ar putea, de asemenea, funcţiona şi în anumite tipuri de cancer, unde o genă specifică nu a putut să împiedice creşterea anormală a celulelor. Injectarea de gene sănătoase în celule ar putea fi, de asemenea, folositoare pentru suplimentarea deficienţelor de proteine, cum este cazul în unele tipuri de anemii.

Omorârea celulelor nocive

Aceasta metodă presupune introducerea unei gene în celulele nocive astfel încât acestea vor produce o proteină care determină suicidul celulelor respective (apoptoza) sau care le face sensibile la acţiunea unor medicamente care le distrug. Studiile arată că această terapie combinată cu medicamente sau radiaţii corespunzătoare sunt mai eficiente în distrugerea celulelor nocive. Acest tip de terapie poate fi utilizată în tratarea tumorilor canceroase (maligne).

Metode de introducere

O provocare esenţială a terapiei genice constă în introducerea eficientă, corectă şi în siguranţă a genelor sănătoase în celulele ţintă corespunzătoare, pentru alterarea sau distrugerea acestora. Cercetătorii investighează următoarele metode:

Transplantul de celule stem

Celulele stem sunt celule nespecializate care au capacitatea de a se replica pe ele însele şi de a se divide în celule mai specializate. În prezent, utilizarea cea mai frecventă a celulelor stem este în transplantul de măduvă osoasă pentru tratamentul persoanelor cu anumite boli cum ar fi leucemia, limfoamele, anemie aplastică şi unele afecţiuni imune ereditare. Măduva hematopoietică conţine celule stem sangvine care produc celule roşii sangvine (eritrocitele), celule albe sangvine (leucocitele) şi plachete sangvine (trombocite).

O cale de a introduce noile copii genice în corpul celulelor este prin transplantul celulelor stem în măduva hematopoietică. Aceasta poate fi făcută în două moduri. O metodă presupune utilizarea chimioterapiei pentru distrugerea măduvei afectate a unei persoane şi apoi transplantarea de celule stem sănătoase de la un donator compatibil, cum ar fi un frate sau o soră, în măduva hematopoietică distrusă pentru a produce noi celule sangvine sănătoase.

Leucocitele sunt adesea celulele vizate deoarece ele sunt capabile să producă enzime care pot fi deficiente la persoana afectată. De exemplu, trialurile clinice la copiii cu boala degenerativă Maroteaux-Lany au stabilit că în momentul când noile leucocite generate produceau doar 10% din cantitatea normală de enzime lipsă, starea copilului se îmbunătăţea. Din nefericire, transplantul de celule stem este costisitor. De asemenea, prezintă riscuri, cum ar fi infecţiile sau chiar decesul, iar pentru unii pacienţi efectul este de scurtă durată.

Studierea celulelor stem

Celulele stem şi potenţialul lor de a vindeca unele boli sunt subiecte populare şi în creştere. Dar ce sunt şi de ce sunt atât de importante aceste celule?

Ce sunt celulele stem?

Celulele stem sunt celulele nediferenţiate, primitive, care au capacitatea de a se autoreplica şi de a produce un număr mare de celule specializate. Ele sunt cele mai importante în timpul stadiului fetal când coordonează creşterea şi dezvoltarea unei singure celule într-o fiinţă umană complet formată. Celulele stem ale embrionului uman au potenţialul de a se divide şi specializa în orice tip de celulă a organismului uman. După naştere, celulele stem continuă să existe în organism (celule stem adulte), dar sunt limitate pentru a reproduce celulele de care este nevoie pentru ţesuturile şi organele specifice în care există, de exemplu în piele sau în oase.

Utilizarea celulelor stem ca tratament

Celulele stem au captat interesul oamenilor de ştiinţă şi al publicului datorită potenţialei capacităţi de a înlocui celulele bolnave. În prezent, cel mai des, celulele stem sunt utilizate în transplantul de măduvă hematopoietică, folosit pentru tratamentul pacienţilor cu anumite boli, de exemplu, leucemia, limfoame, anemie aplastică şi unele afecţiuni imune ereditare. Măduva hematopoietică, ca şi sângele, conţine celule stem sangvine capabile să producă leucocite, eritrocite şi trombocite noi şi sănătoase.

În anul 1998, cercetătorii au făcut un pas înainte prin izolarea celulelor stem embrionare şi creşterea lor în laborator. Ei au descoperit, de asemenea, cum să stopeze specializarea acestor celule şi cum să le menţină la un potenţial maxim pentru diferenţiere. Această descoperire a deschis calea cercetării unor modalităţi în care aceste celule să fie direcţionate pentru a trata boli – de exemplu, cum pot fi stimulate pentru a produce celule nervoase sau renale noi. Asemenea celule este posibil să fie utilizate în tratarea unor afecţiuni ca boala Parkinson, boala Alzheimer sau insuficienţa renală, boli care în prezent nu au tratament.

O altă descoperire importantă făcută de curând relevă faptul că celulele stem adulte au fost găsite într-un număr de ţesuturi care nu ar trebui să le conţină, de exemplu, în creier, muşchii scheletici, ficat, pancreas şi cornee. Dacă aceste celule au fost izolate şi crescute în cultură, pot fi utilizate pentru a forma ţesut sănătos acolo unde este nevoie. În plus, unele cercetări sugerează că celulele stem adulte pot fi stimulate să formeze un ţesut diferenţiat, nu neapărat ca cel de origine.

Culturile de celule stem pot fi utilizate, de asemenea, pentru a testa efectele anumitor medicamente pe diferite tipuri de celule. Dacă celulele testate arată că medicamentele sunt sigure şi eficiente, acestea pot fi testate ulterior pe animale şi oameni.

Obstacole

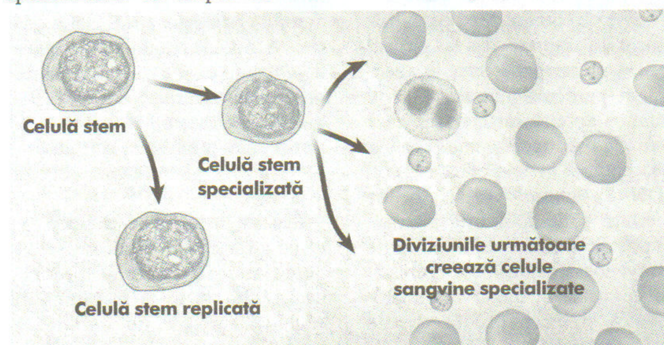
Mai sunt încă încercări majore cu care trebuie să avem de-a face când vine vorba de cercetarea celulelor stem.

Este nevoie ca cercetătorii să înţeleagă mai bine cum celulele stem se specializează cu scopul de a se stimula pentru a forma diferitele ţesuturi. Există, de asemenea, o îngrijorare că celulele transplantate ar putea fi respinse deoarece aceste celule derivate din embrioni sau ţesuturi fetale care ar fi diferite din punct de vedere genetic decât cele ale persoanei care le primeşte.

O modalitate de a evita această respingere implică prelevarea unei celule cu tot cu nucleul de la primitorul potenţial (alta decât ovul sau spermatozoid) şi fuzionarea cu o celulă – ou donatoare căreia i s-a înlăturat nucleul (transfer nuclear celular somatic). Celula astfel obţinută conţine propriul ADN al primitorului şi nu ar provoca o rejecţie din partea sistemului imunitar. Acest proces de transfer al ADN-ului este denumit clonare terapeutică.

O altă cale de a evita rejecţia este de a folosi propriile celule stem adulte pentru transplant. Problema este că aceste celule stem adulte sunt prezente în număr mic în organism, astfel încât pot fi dificil de izolat şi de extras. În plus, ele nu se multiplică şi nu rămân viabile la fel de mult ca celulele stem embrionare. De asemenea, ele pot conţine mutaţii ADN ce au putut apărea pe parcursul vieţii.

Cercetările legate de celulele stem sunt încă în desfăşurare, iar până la aplicaţiile în tratamente trebuie să mai treacă mulţi ani. Dacă progresele cu transplanturile de măduvă osoasă şi sânge sunt un indicator, celulele stem vor ajuta într-o zi mulţi oameni.



Când o celulă stem se divide, se creează o celulă stem specializată – o celulă care poate crea celulele ce pot îndeplini funcţii specifice, cum sunt celulele sangvine. De asemenea, se poate crea o replică exactă a ei însăşi.

O altă metodă de tratare a persoanelor cu un deficit enzimatic este de a scoate celulele sangvine albe imature (celule stem) din măduva hematopoietică şi de a insera în ele genele generatoare de enzime potrivite înainte de a le retransplanta. Această metodă este mai puţin periculoasă deoarece nu necesită distrugerea măduvei hematopoietice a pacientului cu radiaţii şi chimioterapie. Noile celule din măduvă pot să coexiste cu cele vechi. Nu contează dacă celulele vechi produc enzime anormale sau cu deficit atât timp cât noile celule produc chiar şi cantităţi relativ mici de enzime normale. Una dintre provocările acestui tip de tratament a fost introducerea genelor noi în nucleul celulei unde pot fi activate.

Vectorii virali

O altă formă de terapie genică utilizează vectorii virali ai ADN-ului sănătos. Cel mai frecvent utilizat virus în experimentele de terapie genică este adenovirusul, care cauzează răceala banală. Alte virusuri folosite includ: retrovirusurile, poxvirusurile şi herpesvirusurile. Terapia cu vectori virali prezintă avantajele naturale ale virusurilor – se răspândesc în întreg organismul şi eliberează propriile gene în celulele umane.

Pentru a efectua această procedură, o probă de celule, de obicei celule stem din măduva hematopoietică, este prelevată de la pacient. Aceste celule sunt cultivate în laborator. Medicii extrag genele cauzatoare de la virusul vector şi inserează genele terapeutice în particulele virale. Virusul este pus apoi să infecteze celulele stem ale măduvei hematopoietice, incorporând genele corectoare în ADN-ul celular. Aceste celule infectate sunt apoi transplantate înapoi la pacient într-o soluţie intravenoasă. Ajunse în organism, ele migrează la măduva hematopoietică şi încep producerea de proteine corecte.

Din nefericire, genele virale terapeutice nu infectează întotdeauna în laborator destule celule din măduva osoasă pentru a fi eficiente odată ce sunt transplantate în organism. Marea majoritate a bolilor apar când există mai puţin de 1-10% din enzimele sau proteinele normale produse de o anumită genă. Tratarea unei afecţiuni necesită ca individul să producă cel puţin cantitatea normală de enzime, dar atingerea chiar şi a acestor cantităţi mici s-a dovedit a fi dificilă.

O altă problemă a terapiei genice bazată pe virusuri este posibilitatea pierderii genei ce trebuie înlocuită în timpul transferului şi neataşarea ei la ADN-ul celular. Chiar când celulele măduvei hematopoietice sunt infectate în număr suficient, dacă ADN-ul se pierde în timpul diviziunilor ulterioare, terapia nu va mai avea succes.

În plus, virusul însuşi se poate multiplica în timp ce este injectat în organism şi aceasta ar putea cauza probleme. Vectorii virali ar putea de asemenea genera un răspuns al sistemului imunitar sau o infecţie în momentul injectării. Dacă organismul a generat un răspuns imun la virus, acesta nu mai poate ajunge în celulele pacientului pentru transferul ADN-ului corector. Dacă acest lucru se întâmplă, treptat corectorul devine ineficient la determinarea producţiei de proteină normală.

Purtătorii nevirali

Cercetătorii au încercat alte căi pentru a plasa ADN-ul corector în celulele unei persoane cu o anumită boala genetică. O metodă constă în folosirea de mici globule de grăsime ca purtătoare (vectori) pentru gena corectivă. Când globulele de grăsime se leagă de grăsimea din membranele celulare, ADN-ul din globule este eliberat în celule.

Această metodă se bazează pe ideea că ADN-ul corector se va putea uni cu ADN-ul propriu pacientului. Aceasta înseamnă că ADN-ul corector nu trebuie să ajungă doar în celule, ci mai apoi în nucleul celulelor. Procedeul este cel mai eficient în celulele capabile de diviziune. Astfel, leucocitele sunt bune candidate pentru acest tip de terapie, deoarece se divid. Majoritatea celulelor creierului care nu se divid nu sunt bune candidate. Cercetătorii încă lucrează la metode pentru a îmbunătăţi eficienţa cu care ADN-ul corector se ataşează de ADN-ul propriu pacientului.

Distribuirea sistematică

Speranţa este că într-o zi medicii să fie capabili să injecteze vectori purtători de gene direct în circulaţia sangvină, iar aceştia să poată transfera materialul genetic în zonele vizate specific. Pentru a realiza acest lucru, totuşi, vectorii trebuie să fie protejaţi contra distrugerii de către organism pe perioade lungi de timp astfel încât ei să găsească celulele ţintă. De asemenea, ei trebuie să fie capabili să intre în celulele ţintă din circuitul sangvin.

Terapia antisense

În loc de a încerca să incorporăm genele corective în celule, o altă tehnică este de a scurta activitatea genelor cunoscute ca dăunătoare. Pentru ca o genă să producă o proteină, secvenţa genică trebuie să fie copiată şi eliminată din nucleul celulei pentru a fi translatată în aminoacizi. Copia secvenţei genice se numeşte secvenţă „sense". O cale de a opri genele mutante de a produce proteine dăunătoare este de a bloca secvenţa „sense" cu molecule „antisense". Aceasta duce la oprirea producerii de proteine dăunătoare.

Ca şi terapia genică corectivă, introducerea moleculelor antisense în celule reprezintă o dificultate semnificativă, aşa cum este şi protejarea moleculelor până când acestea îşi ating ţinta.

Obstacole

Deşi perspectiva terapiei genice este provocatoare, trebuie rezolvate multe probleme înainte ca acest tip de terapie să devină un standard al practicii medicale. Asociate dezvoltării unor metode efective, sunt multe obstacole cărora oamenii de ştiinţă trebuie să le facă faţă.

Efecte genetice necunoscute

Se cunosc foarte puţine lucruri despre activitatea genelor specifice în diferite momente şi în diferite celule. Dacă sunt introduse gene noi, acestea vor putea să se exprime pe ele însele la niveluri suficient de înalte pentru a-şi putea îndeplini rolul? În plus, noile gene pot să modifice mai mult decât celulele menite, sau ar putea ele însele să fie supraexpresate, producând astfel proteină nouă în cantitate mare, ce poate fi dăunătoare? Se pune, de asemenea, întrebarea dacă inhibarea unor acţiuni ale genei poate duce la efecte neintenţionate ale funcţiilor încă nedescoperite ale aceleaşi gene.

Afecţiuni multifactoriale

Doar un mic procent din boli sunt cauzate de o singură genă afectată. Majoritatea bolilor sunt datorate anomaliilor mai multor gene, ca şi factorilor de mediu. Înţelegerea cauzelor fundamentale ale fiecărei boli în parte şi cum se produce ea efectiv reprezintă o teribilă provocare.

Considerente morale

Terapia genică a atras mai mult atenţia publicului în ceea ce priveşte îngrijorările legate de consecinţele pe termen lung şi pe termen scurt ale manipulării genomului uman. În mod curent, terapia genică se concentrează pe introducerea de gene corective în celulele bolnave. Acestea nu înseamnă alterarea genomului în celulele reproducătoare, care ar schimba definitiv caracteristicile genetice ale viitoarelor generaţii.

Manipularea informaţiilor genetice în celulele reproducătoare (germinative) este numită terapia liniei germinative. Probabil că această terapie poate fi utilizată pentru a corecta genele defecte astfel încât într-o familie să nu mai apară boala respectivă, de exemplu hemofilia. Dar, mai mult, poate fi utilizată în încercarea de a îmbunătăţi unele trăsături genetice, cum sunt inteligenţa sau capacităţile atletice? Dacă acest lucru este posibil, ar trebui ca o statură mică sau un IQ mediu să fie considerate, eventual, defecte?

Ce este clonarea?



Clonarea presupune prelevarea de material genetic de la un singur organism pentru a crea un organism identic genetic, fără a utiliza reproducerea sexuală. Acest proces are trei etape fundamentale:

1. În primul rând, o celulă reproducătoare este obţinută de la donator, şi nucleul (materialul genetic) este prelevat.
2. Apoi, este luată o celulă (celulă somatică), alta decât ovulul sau spermatozoidul, din organismul care va fi clonat.
3. Celula somatică fuzionează cu celula reproducătoare fără ADN şi stimulează începerea diviziunii într-un embrion care se dezvoltă într-un organism complet format.

Când majoritatea oamenilor se gândesc la clonare, ei se gândesc la crearea unui nou copil sau animal. Clonarea la animale a fost realizată cu succes, oaia Dolly fiind cel mai renumit exemplu. După Dolly, care a fost clonată în Scoţia în anul 1997, alte animale au fost clonate, de asemenea, cu succes. Dar subiectul cel mai dezbătut este clonarea umană. Există, în momentul de faţă, două tipuri de clonare umană: clonarea reproductivă şi clonarea terapeutică.

Clonarea umană reproductivă reprezintă încercarea de a crea o nouă persoană identică genetic cu persoana care a donat ADN-ul. După ce un embrion este clonat în laborator, acesta trebuie implantat în uterul unei mame-surogat care a donat ovulul. Acest subiect a ridicat o mulţime de considerente morale şi legale. Până acum, nici o fiinţă umană nu a fost clonată cu succes. De fapt, embrionii umani clonaţi nu au reuşit să treacă de stadiul de câteva celule.

Mulţi oameni de ştiinţă s-au opus clonării reproductive datorită pericolelor pe care le presupune, dovedite de clonarea la animale. Pentru fiecare 100 de încercări de clonare la animale, doar trei, cel mult, produc acum urmaşi, şi chiar supravieţuirea după naştere este improbabilă. În cazul în care copiii clonaţi supravieţuiesc la naştere, este probabil ca mulţi dintre ei să aibă malformaţii congenitale grave, funcţionare deficitară a multor sisteme ale organismului şi moarte prematură. Nu multe persoane vor să plătească acest preţ pentru capacitatea de a crea o clonă umană, lăsând la o parte ceea ce simt ele despre aspectele morale.

O altă formă de clonare umană, care interesează în mod special oamenii de ştiinţă, este clonarea terapeutică. Scopul acestui tip de clonare este de a obţine o sursă de celule stem embrionare compatibile genetic cu o persoană cu o afecţiune gravă. Celulele stem embrionare sunt celule nespecializate produse în stadiile embrionare foarte timpurii. Aceste celule au potenţialul de a se transforma în orice tip de celulă a organismului. Când sunt transplantate la o persoană cu o anumită afecţiune, ele pot înlocui ţesuturile sau organele afectate cu noi celule sănătoase. Acest tip de clonare nu a fost încă efectuată cu succes.

Clonarea umană este un subiect intens dezbătut astăzi. Pe de-o parte, majoritatea persoanelor văd în ea o metodă majoră din punct de vedere tehnologic şi medical pentru tratamentul unor boli incurabile. Pe de altă parte, există oameni care văd în clonare o metodă de folosire şi manipulare iresponsabilă a vieţii omului. Unele state, de exemplu, Marea Britanie, au autorizat clonarea umană terapeutică. În alte ţări, cum ar fi Japonia, este considerată o crimă (şi pedepsită în consecinţă) crearea oricărui tip de clonă umană.

Guvernul SUA dezbate legislaţia privind clonarea umană pe teritoriul Statelor Unite.

Terapia liniei germinative nu este aprobată de *National Institutes of Health* din Statele Unite, dar ea poate inițial exista, și de aceea multe persoane sunt îngrijorate. Sucursala din Statele Unite a Proiectului Genomului Uman are alocată o sumă specifică din bugetul său pentru studiul considerentelor morale, legale și sociale ale acestui proiect, cu scopul de a fi bine pregătiți pentru alte considerente complexe care pot apărea în viitor.

Viitorul

Capacitatea terapiei genice de a modifica modul în care este practicată medicina este enormă. La fel ca cele mai grozave inovații, are potențialul de a face mult bine, dar și mult rău. Este posibil ca bolile care sunt astăzi comune, să devină într-o zi doar subiect al cărților de istorie. Totuși, trebuie discutat despre menținerea respectului față de ciclul vieții și evitarea situațiilor care încep să semene cu reproducerea selectivă.

În același timp, este mai bine să învățăm și să înțelegem despre gene și rolul pe care acestea îl joacă în viața noastră. ■

CAPITOLUL **19** PARTEA a V-a

Cancerul

Mulţi oameni au frică de cancer, probabil pentru că-l văd ca pe o boală incurabilă. Dar adevărul este că, deşi cancerul rămâne o boală serioasă, nu mai este o condamnare la moarte aşa cum era pe vremuri. Mai degrabă a devenit tot mai mult o poveste spusă de supravieţuitori.

Se estimează că aproximativ 22 milioane de oameni pe glob au supravieţuit până în prezent cancerului. Mai bine de 8 milioane de americani în viaţă au un istoric de cancer. În SUA 2 milioane de femei au supravieţuit cancerului de sân şi 1 milion de bărbaţi cancerului de prostată. De fapt, rata mortalităţii în cancer este în continuă scădere, ca şi incidenţa noilor cazuri de cancer.

Dar bătălia împotriva cancerului nu s-a terminat. Anual, sunt diagnosticaţi cu cancer (excluzând cancerul de piele non-melanomic) aproape 1,3 milioane de americani. În SUA cancerul produce mai mult de 500 000 de decese – aproximativ un deces din patru.

Există cel puţin 200 de tipuri diferite de cancer. Unele cancere afectează doar un organ, altele sunt mai generalizate. Dar caracteristica de bază a tuturor cancerelor este aceeaşi – creşterea necontrolată şi răspândirea celulelor anormale (maligne).

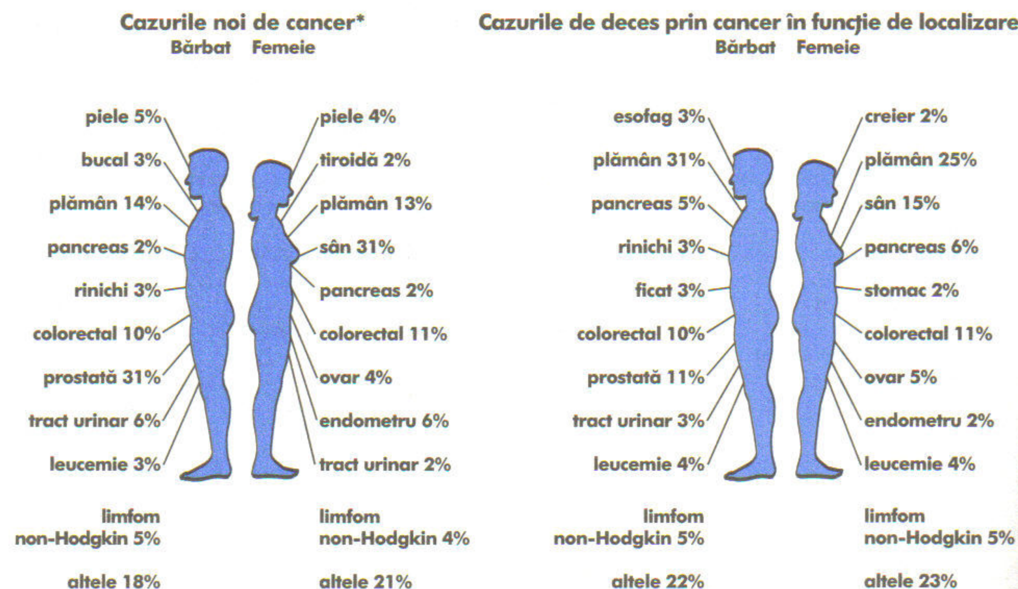
De ce cancerul apare la unele persoane şi la altele nu, nu este pe deplin înţeles. Dar specialiştii din domeniul medical au aflat tot mai multe despre factorii care contribuie la apariţia cancerului. Aceşti factori îi includ şi pe cei care pot fi controlaţi sau eliminaţi, cum ar fi anumite obiceiuri alimentare şi fumatul.

Cercetătorii cunosc şi faptul că majoritatea cancerelor se dezvoltă lent. Se poate să nu depistaţi boala timp de 5-40 de ani de la expunerea la agentul determinant. Cancerul de plămân, de exemplu, poate să nu apară mai devreme de 25 de ani de la expunerea susţinută la fum de ţigară. Această lungă perioadă între expunere şi apariţia bolii poate explica în parte de ce mulţi oameni ignoră avertismentele legate de fumat.

Capitolul oferă o vedere de ansamblu asupra cancerului: ce este, cum se dezvoltă şi cum este depistat şi tratat. De asemenea, oferă anumite indicaţii cu privire la modalităţile de a preveni cancerul, ca şi la ceea ce este de făcut dacă aveţi cancer. Alte capitole din cartea aceasta prezintă informaţii mai detaliate despre anumite tipuri de cancer. Cancerele sunt denumite, în general, în funcţie de sistemul din corp sau de organul pe care-l afectează iniţial.

Următoarea listă vă arată unde să găsiţi informaţii specifice cu privire la cele mai cunoscute tipuri de cancer.

Cazurile noi de cancer şi decesele prin cancer în funcţie de localizare şi de sex – 2001



*Excluzând cancerele cu celule bazale şi scuamoase, şi carcinoamele in situ, excepţie făcând cancerul de vezică urinară.
Sursa: Societatea Americană de Cancer

Cancerul de vezică urinară, vezi pag. 933.
Cancerul de sân, vezi pag. 838.
Cancerul de col uterin, vezi pag. 1098.
Cancerul colorectal, vezi pag. 887.
Cancerul endometrial, vezi pag. 1097.
Cancerul renal, vezi pag. 932.
Cancerul pulmonar, vezi pag. 817.
Cancerul bucal, vezi pag. 721.
Cancerul de prostată, vezi pag. 1124.
Cancerul de piele, vezi pag. 1200.
Cancerul testicular, vezi pag. 1119.
Cancerul laringian, vezi pag. 695.

Ce este cancerul?

Corpul dumnevoastră este alcătuit din trilioane de celule. El creşte şi se dezvoltă ca urmare a creşterii numărului de celule noi care devin noi ţesuturi.

Celulele noi sunt create printr-un proces de diviziune celulară numit mitoză. Celulele dobândesc funcţii specializate printr-un proces asociat numit de diferenţiere celulară.

În primii ani de dezvoltare ai dumneavoastră, celulele se divid rapid pentru a aduce corpul şi toate organele sale la deplină creştere şi maturizare. O dată atins stadiul de adult, cele mai multe celule ale dumneavoastră trec într-o etapă de menţinere, divizându-se numai ca să înlocuiască celulele care sunt lezate sau moarte. Funcţionarea celulară normală şi, în consecinţă, starea generală de sănătate a corpului dumneavoastră depind în mare măsură de echilibrul delicat între creşterea celulară şi procesul de moarte celulară programată numit apoptoză.

Spre deosebire de celulele normale, celulele canceroase fie nu au capacitatea de a-şi opri creşterea, fie pe aceea de a realiza apoptoza, fie ambele. Ele se divid nelimitat, aglomerându-se în preajma celulelor normale. În plus, ele afectează funcţionarea şi creşterea celulelor normale concurând cu ele pentru substanţele nutritive necesare.

Celulele crescute necontrolat se pot acumula într-o masă numită tumoră care poate invada şi distruge ţesutul normal din vecinătate. Celulele canceroase pot şi să se răspândească în alte părţi ale corpului pe calea fluxului sangvin sau prin sistemul limfatic printr-un proces numit metastazare.

Nu toate celulele care manifestă capacitate de creştere rapidă sau necontrolată sunt celule canceroase. Celulele se pot acumula sub formă de tumori benigne, care adesea nu afectează ţesuturile din preajmă. Tumorile benigne cresc doar local şi, în mod specific, nu sunt ameninţătoare de viaţă, decât dacă se află într-un spaţiu bine delimitat, cum este craniul.

Celulele canceroase, pe de altă parte, în general se răspândesc de la locul lor de origine şi, dacă nu sunt depistate din timp, pot ameninţa viaţa. Cancerul se poate manifesta în mai multe forme.

Carcinoamele

Cancerele care au originea pe suprafaţele externe sau interne ale corpului, cum ar fi cancerele de piele sau de colon, sunt numite carcinoame. Acestea sunt cele mai frecvente tipuri din SUA.

Sarcoamele

Sarcoamele se dezvoltă în ţesuturile de susţinere ale corpului, cum ar fi oasele şi muşchii.

Limfoamele

Limfoamele au originea în ganglionii limfatici şi în sistemul imunitar.

Leucemiile

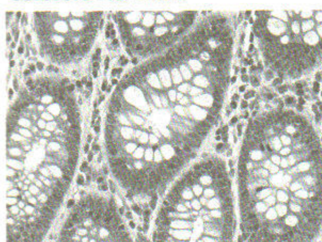
Leucemiile au originea în măduva osoasă şi se manifestă în circuitul sangvin.

Modificările ADN

Ce se perturbă astfel ca să apară celulele canceroase?Aceasta este întrebarea de bază căreia oamenii de ştiinţă încă mai încearcă să-i răspundă. Deşi mai au de înţeles procesele exacte prin care celulele cresc, se divid, conlucrează şi se diferenţiază, ei au aflat multe despre ceea ce se petrece într-o celulă ca să se activeze sau ce modifică anumite celule normale ca să devină canceroase.

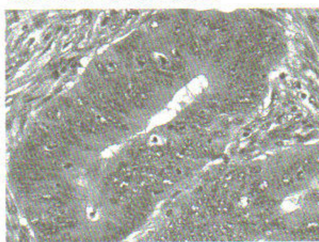
Corpul dumneavoastră conţine aproximativ 100 de trilioane de celule. În centrul (nucleul) fiecărei celule există 23 de perechi (46 în total) de structuri numite cromozomi – jumătate dinte ei moşteniţi de la fiecare părinte. Fiecare cromozom este compus dintr-o secvenţă lungă, dublă de material numit acid dezoxiribonucleic (ADN), dispus ca o spirală dublă.

Celulele normale



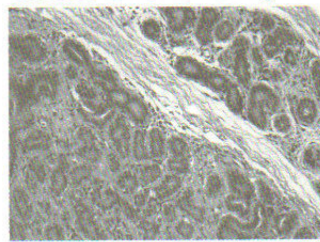
Această imagine arată celulele dintr-un ţesut normal. Celulele sunt ovale, toate arătând la fel. Sunt foarte bine organizate într-un singur strat de celule.

Celulele canceroase



Această imagine prezintă celulele canceroase. Celulele canceroase sunt aglomerate şi foarte dezorganizate. De asemenea, ele arată foarte diferit între ele.

Celulele tumorilor benigne



Această imagine arată o tumoră benignă (fibroadenom). Spre deosebire de cancer, celulele sunt bine formate. Tumorile benigne, de asemenea, nu invadează ţesuturile normale din vecinătate.

Fiecare cromozom este alcătuit din unităţi mai mici numite gene. Fiecare genă constă într-o anumită secţiune de ADN. În ADN este codificat un set de date care determină aproape totul la dumnevoastră, de la culoarea ochilor la susceptibilitatea la numite boli.

Codul folosit în aceste date este alcătuit din 4 componente chimice: adenină (A), timină (T), guanină (G) şi citozină (C). Diferite secvenţe ale acestor molecule din interiorul genei sunt translatate sau exprimate sub forma diverselor proteine, substanţe care, de fapt, alcătuiesc orice parte a corpului dumneavoastră şi joacă un rol în aproape întreaga activitate a corpului dumneavoastră (vezi cap. 18, „Genetica şi boala"). Fiecare celulă conţine 30000-40000 de gene, formând setul complet al organismului uman.

Nu toate genele sunt active tot timpul. Celulele îşi schimbă selectiv genele ca răspuns la stres, traume, hormoni, factori de creştere şi alţi stimuli externi. Unele gene acţionează ca nişte controlori (reglatori) de gene. Unele gene de control pot determina alte gene să fabrice continuu proteine, cum ar fi enzimele necesare celulelor pentru a transforma susbstanţele nutritive în energie. Altele pot regla producţia genelor ca reacţie la o anumită necesitate particulară a organismului, cum ar fi insulina, care este un hormon necesar pentru a controla nivelul zahărului din sânge. Altele pot regla diviziunea şi diferenţierea celulară.

Când programarea genetică a celulelor normale este întreruptă sau modificată, pot rezulta perturbări serioase, de multe ori manifestate ca boală. Genele care au capacitatea de a iniţia cancerul sunt cunoscute ca protooncogene.

Progresele în cercetarea cancerului



În ultimii 30 de ani, s-au făcut mari progrese în înţelegerea modului în care genele se activează şi se inactivează. Aceste progrese se datorează în mare parte dezvoltării tehnologiei de recombinare a ADN-ului, o procedură de laborator care permite informaţiei genetice conţinute în ADN-ul dintr-un anumit organism să fie îmbinat (manipulat).

Tehnologia permite cercetătorilor să izoleze şi să observe acţiunea genelor în parte. De exemplu, o genă suspectată de a produce o anumită boală la oameni este inserată într-un ADN de şoarece. Cercetătorii observă apoi ce se petrece cu şoarecele, ca urmare a ADN-ului său recombinat.

Tehnologia recombinării ADN a făcut posibilă pentru oamenii de ştiinţă să arate că în activarea genelor producătoare de cancer (oncogene) sunt implicate multiple mecanisme (multipli agenţi). Cromozomii modificaţi au fost bănuiţi de multă vreme a juca un rol în apariţia tumorilor. Cercetările realizate asupra unei familii de virusuri producătoare de tumori (retrovirusuri) i-au condus pe investigatori la genele specifice asociate cancerului uman şi la explorarea rearanjărilor cromozomiale ca una dintre modalităţile de activare a protooncogenelor, precursoarele oncogenelor.

Asemenea descoperiri au fost posibile în parte din cauza dezvoltării PCR (pollymerase chain reaction), un procedeu de laborator prin care un mic fragment de ADN poate fi reprodus de milioane de ori, făcându-l mai uşor de studiat. PCR a condus la identificarea primului marker genetic pentru fibroză chistică şi ajută acum oamenii de ştiinţă în cercetarea genelor specifice cancerului.

Cercetătorii au mai descoperit un set de gene care joacă un rol important în protecţia împotriva cancerului, mai ales în cazul cancerului moştenit. Cunoscute sub denumirea de gene supresoare pentru tumori, aceste gene acţionează pentru a împiedica o creştere neregulată de celule canceroase şi efectul inductor al oncogenelor activate. Dacă una dintre aceste gene supresoare de tumori este absentă sau proteinele produse de ea nu sunt capabile de o funcţionare normală, activitatea de declanşare a cancerului a oncogenelor nu poate fi supresată complet şi tumora poate apărea.

Cercetările continuă investigarea modului în care celulele tranformate sau modificate sunt capabile să ocolească reacţia imună a organismului pentru a evita să fie recunoscute drept susbstanţe străine şi atacate. O teorie sugerează că proteinele produse de oncogene determină celulele anormale să trimită mesaje care modifică şi evită răspunsul imun al organismului.

Prin intermediul ingineriei genetice – un proces prin care genele individuale pot fi izolate şi modificate – oamenii de ştiinţă au produs modificatori de răspuns biologic (BRM), substanţe naturale care conlucrează cu reacţiile imune proprii ale organismului împotriva cancerului. BRM dau speranţa că noile tratamente contra cancerului pot acţiona prin ajutarea sistemului propriu al organismului de a controla cancerul.

Rămâne deschisă calea pentru găsirea unei modalităţi de a furniza anticorpi sistemului imunitar sau medicamente anticanceroase la locul cancerului. O încercare o constituie anticorpii monoclonali, agenţi artificiali produşi pentru a se ataşa de celulele canceroase şi a livra anticorpi artificiali sau medicamente cu acţiune ţintită. Capacitatea acestor „gloanţe" imunologice de a localiza şi trata cancerul constituie o perspectivă incitantă (vezi pag. 468.).

Strategiile pentru învingerea cancerului evoluează. Ipoteza oncogenă, descoperirea supresoarelor de tumori şi aplicarea tehnologiei ADN-ului recombinat sunt câteva progrese care revoluţionează acum înţelegerea noastră şi tratamentul cancerului. Există perspective de a aplica asemenea noi informaţii în diagnosticarea, tratarea şi, în final, prevenirea acestei boli complexe.

În mod normal, aceste gene îndeplinesc funcţii utile, ca reglarea diviziunii celulare şi reparaţia tisulară. Dar când ADN-ul unei gene este rupt sau modificat, aceste funcţii pot fi alterate. Protooncogenele pot deveni gene producătoare de cancer numite oncogene (rădăcina cuvântului „oncos" vine din grecescul „masă" sau „tumoră"). Oncogenele convertesc celulele normale în celule canceroase.

Modificările ADN-ului pot rezulta dintr-o varietate de factori ambientali, cum ar fi chimicalele, radiaţiile, fumatul şi virusurile. Modificările pot surveni şi din cauza unor factori din interiorul corpului dumneavoastră, ca funcţionarea hormonală anormală, tulburările imune şi metabolice, şi mutaţiile genetice moştenite. Unii factori pot fi evitaţi, alţii nu.

Foarte puţine cancere se moştenesc direct. 80 - 90% dintre persoanele care au cancer nu au istoric familial de cancer. Oamenii de ştiinţă au identificat, totuşi, mulţi factori controlabili care cresc riscul unei persoane de a avea cancer (vezi pag. 479). Cei mai mulţi cercetători cred că o creştere a celulelor canceroase este susţinută de un amestec complex de factori, care acţionează asociat sau secvenţial.

Diagnosticarea cancerului

Pe lângă prevenire, una dintre cele mai bune metode de a lupta cu cancerul este diagostiçarea precoce. De cele mai multe ori, cu cât un cancer este depistat mai devreme, cu atât sunt mai mari şansele de a fi tratat, înainte de a se propaga la alte ţesuturi sau organe. Prin procedeele de investigare existente astăzi, multe cancere pot fi detectate destul de precoce pentru a fi vindecate. Orice diagnostic de cancer caută să identifice tipul şi localizarea cancerului.

Fiecare tip are propriul ritm specific de creştere, o anumită tendinţă de a se extinde şi o gamă particulară de ţesuturi sau organe în care se poate propaga. Identificarea tipului de cancer pe care îl aveţi permite medicului să-i anticipeze evoluţia. Aceasta vă dă posibilitatea dumneavoastră şi medicului să puneţi la punct un plan cu privire la procedurile adecvate.

Dacă medicul suspectează un cancer pe baza semnelor sau simptomelor ori rezultatelor unei proceduri de investigare a cancerului, trebuie făcută o biopsie. Biopsia implică luarea unei probe de ţesut afectat în vederea unei examinări la microscop. Probele de ţesut pot fi extrase prin chirurgie sau cu ajutorul unui ac. Biopsia poate ajuta în a determina dacă tumora este benignă sau malignă. Biopsiile se mai folosesc ca metode de investigare pentru a identifica anomaliile celulare (modificările precanceroase) care survin adesea înaintea apariţiei cancerului.

Gradarea

Examinarea microscopică a unei probe de ţesut poate, de asemenea, furniza indicii cu modul în care tumora va răspunde la tratament. Cu cât apar mai multe celule normale şi mai puţine diviziuni celulare, cu atât este mai mare probabilitatea ca acel cancer să crească mai lent şi să răspundă mai bine la tratament. Pe baza aspectului celular al probei de ţesut, se atribuie un anumit grad tumorii, de obicei de la I la IV. Un grad mai mic, în general, indică mai puţine anomalii celulare. Gradele mai mari arată mai multe anomalii.

Stadializarea

Dacă tumora este benignă, medicul vă poate recomanda înlăturarea ei pentru a elimina posibilitatea de a deveni canceroasă. Dacă tumora este canceroasă, medicul va dori să determine dacă sau cât de mult s-a extins cancerul, procedură numită stadializare.

Stadializarea se stabileşte prin anumite etape. Începe cu un istoric amănunţit şi cu o examinare fizică şi continuă cu teste de diagnostic, care pot fi tomografia computerizată (CT) sau rezonanţa magnetică nucleară (RMN), cu scanări la nivel osos, radiografii, examene de sânge sau alte procedee de laborator. Stadializarea diferă în funcţie de tipul de cancer. Informaţiile obţinute prin aceste teste sunt folosite pentru a clasifica stadiile cancerului. Sunt multe moduri de clasificare a cancerelor. Cea mai cunoscută metodă este sistemul TNM. Acest sistem evaluează 3 componente – tumora primară (T), ganglionii (N) şi metastazele (M) – răspunzând la următoarele întrebări cheie:

- T – Cât de mare este tumora şi dacă acel cancer este extins local?
- N – Celulele canceroase au migrat în ganglionii limfatici din apropiere?
- M - Cancerul s-a extins (a metastazat) în alte zone ale corpului, mai departate?

Fiecare dintre aceste categorii primeşte numere, care indică gradul în care tumora a crescut sau s-a extins. O dată stabilită stadializarea TNM, medicul poate determina stadiul în care se află cancerul dumneavoastră. Ca şi la gradarea cancerului, un număr mai mic indică faptul că acel cancer se află încă într-un stadiu incipient, iar un număr mai mare arată un cancer mai avansat.

Dacă celulele canceroase sunt prezente într-un anumit loc, dar nu au început să invadeze ţesuturile din vecinătate, stadiul poate fi considerat „in situ" – un termen latin care înseamnă „pe loc". Acesta este un stadiu foarte de început în dezvoltarea cancerului şi, în general, are prognostic foarte bun. Dacă a invadat deja ţesuturile din apropiere, cancerul este numit invaziv. Dacă s-a propagat într-o altă parte a corpului, este cunoscut sub denumirea de cancer metastatic.

Estimarea ratei de supravieţuire

Medicii utilizează adesea statistici pentru a estima prognosticul, care înseamnă prevederea cursului şi efectelor bolii, precum şi probabilitatea de vindecare. O statistică frecvent folosită în studiul cancerului este rata de supravieţuire la

5 ani. Această rată se referă la persoanele care au supravieţuit cancerului pe o perioadă de 5 ani, indiferent că acel cancer este în retragere (remisiune), vindecat sau sub tratament. Statistica aceasta face doar o estimare generală a evoluţiei persoanelor care au un anumit tip de cancer. Situaţia dumneavoastră poate fi cu totul alta.

Evaluarea rezultatelor

Toate aceste instrumente de diagnosticare – testele de laborator, imagistica, clasificările pe bază de gradaţie şi stadializare, estimările statistice – pot orienta medicul spre un anumit tip de tratament potrivit cancerului pe care-l aveţi. Diagnosticarea şi stadializarea cancerului pot dura câteva zile sau săptămâni. Tratamentul dumneavoastră depinde de o evaluare minuţioasă şi plină de acurateţe.

Investigarea cancerului

Pentru investigarea cancerului sunt necesare anumite teste. Ele au complexitate şi costuri diferite. Cea mai mare parte a testelor utilizate sunt desemnate să descopere cele mai frecvente tipuri de cancer la oamenii cu risc crescut şi la care o diagnosticare precoce poate permite un tratament mai eficient şi şanse mai mari de supravieţuire.

Deoarece fiecare este în felul lui, metodele de investigare pe care dumneavoastră şi medicul dumneavoastră le alegeţi se adresează circumstanţelor specifice şi tipului de cancer la care aveţi cel mai mare risc. La modul ideal, un test ar trebui să depisteze un cancer suficient de precoce pentru ca şansele de vindecare completă să fie cât mai mari.

Siguranţa este şi ea importantă. Testul nu ar trebui să constituie o ameninţare serioasă pentru sănătate. Procedeul utilizat acum 20 de ani pentru a depista cancerul de sân (mamografia) expune la radiaţii destul de mari, ceea ce putea fi un factor de dezvoltare a unui viitor cancer. Astăzi, mamografia expune femeile la radiaţii foarte mici, astfel că examinarea este mult mai sigură.

Testele de investigare nu au valoare preventivă egală în toate cazurile şi în toate tipurile de cancer. În cancerul pulmonar, de exemplu, examenul de spută sau radiografiile repetate nu depistează cancerul în fazele incipiente. Doar 15% din cancerele pulmonare sunt depistate suficient de precoce pentru a creşte rata de supravieţuire în mod semnificativ. Alte cancere sunt mai uşor de depistat în stadiile de început, cum ar fi cancerul cervical printr-un test de rutină Papanicolaou.

Testele de investigare pentru cancer şi procedurile descrise fac parte din programul de prevenire a cancerului recomandat de Societatea Americană de Cancer (ACS).

Cancerul de sân

Semnale de alarmă: o anomalie la mamografie, orice nodul sau întărire în sân, sângerare sau secreţie din mamelon.

Factori de risc: cancerul de sân survine cel mai frecvent la femeile care:

- au mai mult de 50 de ani;
- nu au născut niciodată;
- au avut primul copil după vârsta de 30 de ani;
- nu au alăptat niciodată;
- depăşesc cu mai mult de 40% greutatea ideală;
- au atins maturitatea sexuală prea devreme sau au avut o menopauză târzie;
- au istoric familial de cancer de sân înainte de menopauză, de cancer în ambii sâni sau de cancer ovarian.

Controale periodice: se recomandă ca fiecare femeie să-şi examineze cu atenţie sânii o dată pe lună (vezi pag. 836), iar femeile între 20 şi 39 de ani să meargă la medic pentru o examinare a sânilor la fiecare 3 ani.

Medicii nu sunt de aceeaşi părere cu privire la cât de des ar trebui să-şi facă femeile mamografia şi există studii contradictorii referitoare la beneficiile unei mamografii anuale. ACS recomandă femeilor de 40 de ani sau mai mult să facă un consult medical al sânilor şi o mamografie anual. Unii medici şi anumite organizaţii consideră mai adecvată o mamografie anuală după vârsta de 50 de ani. Dumneavoastră şi medicul veţi decide în final, în funcţie de situaţia individuală.

Cancerul de col uterin

Semnale de alarmă: sângerare vaginală anormală.

Factori de risc: cancerul de col se asociază cu:

- herpesul genital sau condiloamele genitale;
- începutul activităţii sexuale la puţin timp după pubertate;
- parteneri sexuali multipli;
- fumat.

Controale periodice: dacă sunteţi o femeie activă sexual sau cu vârstă peste 18 ani, se recomandă să faceţi un test Papanicolaou (vezi pag. 1100) şi o examinare pelvină în fiecare an. După 3 sau mai multe examinări anuale succesive normale, medicul poate decide dacă testul Papanicolaou poate fi făcut mai rar.

Cancerul colorectal

Semnale de alarmă: sângerare rectală sau modificări de durată ale tranzitului intestinal

Factori de risc: cancerul colorectal se asociază cu:

- istoric de polipi rectali
- istoric familial de cancer de colon şi rect sau de boală inflamatorie intestinală
- fumat
- lipsa mişcării fizice
- dietă bogată în grăsimi
- dietă săracă în fibre
- dietă săracă în fructe şi legume
- consum de alcool

Controale periodice: dacă sunteţi un adult de 50 de ani sau mai mult, care are risc crescut de cancer de colon şi rect, se recomandă să faceţi una sau mai multe dintre următoarele investigaţii:

- un test anual de sângerare ocultă în scaun;
- o sigmoidoscopie flexibilă la fiecare 5 ani;
- un test de sângerare ocultă în scaun anual şi o sigmoidoscopie flexibilă la fiecare 5 ani;

- un tranzit baritat la fiecare 5 ani;
- o colonoscopie la fiecare 10 ani.

Un tuşeu rectal ar trebui făcut de fiecare dată când se practică sigmoidoscopia, colonoscopia sau tranzitul baritat.

Dintre cele 3 variante amintite, Societatea Americană de Cancer o preferă pe ultima. Specialiştii în cancer de la Clinica Mayo recomandă evaluări periodice ale întregului colon, fie prin tranzit baritat, fie prin colonoscopie. Dacă aveţi risc crescut de acest tip de cancer, medicul vă poate recomanda investigări mult mai frecvente.

Cancerul endometrial

Semnale de alarmă: sângerare vaginală anormală.

Factori de risc:cancerul endometrial se asociază cu:

- istoric de infertilitate sau de lipsă a ovulaţiei;
- debut târziu al menopauzei sau terapie îndelungată cu estrogeni sau Tamoxifen după menopauză;
- obezitate;
- diabet;
- litiază veziculară;
- hipertensiune arterială;
- cancer ereditar de colon şi rect nonpolipos (HNPCC).

Controale periodice: majoritatea cancerelor endometriale sunt depistate din timp din cauza sângerării de după menopauză. Dacă sunteţi o femeie cu istoric personal sau familial de HNPCC, ar fi bine să vă faceţi, după vârsta de 35 de ani, o biopsie endometrială anuală.

Cancerul pulmonar

Semnale de alarmă: tuse persistentă, sânge în tuse, bronşită, dureri toracice şi pneumonii repetate în aceeaşi zonă

Factori de risc: cancerul pulmonar se asociază cu:

- fumat;
- fumat pasiv;
- expunere la poluanţi de mediu ca azbest sau arsenic;
- expunere la radon sau radiaţii;
- tuberculoză.

Controale periodice: dacă aveţi mai mult de 40 de ani, faceţi-vă o radiografie de torace de faţă. Alte radiografii de torace pot fi făcute la recomandarea medicului. Tomografiile computerizate de frecvenţă joasă (CT) şi determinarea markerilor în spută pot fi utile în depistarea precoce a cancerului.

Cancerul bucal

Semnale de alarmă: o schimbare de culoare în interiorul gurii, o nodozitate sau o întărire în gură sau o leziune în gură care nu se vindecă.

Factori de risc: cancerul bucal se asociază cu:

- sexul masculin sau cu o vârstă de minim 40 de ani;
- mestecarea de tutun;
- fumatul îndelungat;
- consumul excesiv de alcool.

Controale periodice: consultaţi un medic sau un dentist dacă aveţi o leziune în gură care nu trece sau dacă observaţi o nodozitate în gură.

Cancerul de prostată

Semnale de alarmă: adesea nici unul. Unii bărbaţi pot avea dificultăţi la urinat. Sânge în urină sau dureri persistente în spate, pelvis sau în partea de sus a coapselor.

Factori de risc: cancerul de prostată survine adesea la bărbaţi care:

- au peste 65 de ani;
- sunt de culoare;
- au istoric familial de această boală.

Controale periodice: dacă aveţi mai mult de 40 de ani, se recomandă să faceţi tuşeu rectal o dată cu un examen fizic anual. Pe la 50 de ani – sau chiar mai devreme dacă sunteţi de culoare sau aveţi un istoric familial de cancer de prostată – discutaţi cu medicul despre posibilitatea de a investiga regulat antigenul specific pentru prostată (PSA) în sânge.

Acurateţea testului PSA este controversată şi unii specialişti consideră că este o procedură inutilă şi costisitoare. Urologii de la Clinica Mayo acceptă faptul că nu este un test ideal, dar îl susţin ca fiind cel mai bun test existent în prezent pentru identificarea cancerului de prostată. Ca şi ACS şi Societatea Americană de Urologie (AUA), urologii de la Clinica Mayo recomandă un test PSA anual începând cu vârsta de 50 de ani. După 75 de ani, urologii de la Mayo cred că este de ajuns un tuşeu rectal anual, deşi ACS şi AUA recomandă testul pe toată durata vieţii. Pentru mai multe informaţii despre testul PSA vezi pag. 1125.

Cancerul de piele

Semnale de alarmă: cancerul de piele poate apărea în mai multe moduri:

- o mică leziune cu o margine neregulată;
- o protuberanţă fermă, un nodul tare sau o leziune dură – cu o culoare de la sidefiu la negru – oriunde pe piele;
- leziuni închise la culoare pe palme, tălpi sau degetele de la mâini sau de la picioare;
- o proeminenţă lucioasă, strălucitoare, de culoare sidefie pe faţă, urechi sau gât;
- un nodul ferm, roşu sau o leziune plată cu o suprafaţă crustoasă sau cojită;
- o modificare a unei aluniţe;
- o rană care nu se vindecă.

Factori de risc: cancerul de piele se asociază cu:

- piele deschisă la culoare;
- ochi albaştri;
- păr roşu;
- arsuri solare severe în copilărie;
- istoric familial de semne din naştere sau aluniţe;
- expunere la cărbune, gudron, smoală, creozot, compuşi cu arsenic sau radiu.

Controale periodice: dacă aveţi o leziune pe piele care seamănă cu cele amintite în lista de semnale de alarmă de mai sus, apelaţi la un medic.

Cancerul testicular

Semnale de alarmă: orice nodozitate pe testicul, o schimbare a dimensiunilor lui sau o senzaţie de plinătate.

Factori de risc: cancerul testicular apare la bărbaţii mai tineri şi este mai rar după vârsta de 40 de ani. Un factor de risc cunoscut îl constituie testiculele necoborâte – unul sau ambele – la naştere.

Controalele periodice: spre sfârşitul adolescenţei se recomandă o examinare lunară a testiculelor (vezi pag. 1119).

Cancerul de laringe

Semnale de alarmă: răguşeala.

Factori de risc: fumatul îndelungat, mai ales dacă se asociază cu consumul excesiv de alcool.

Controalele periodice: dacă sunteţi un vechi fumător sau dacă aveţi o tuse inexplicabilă sau o schimbare în voce de durată mai mare de câteva săptămâni faceţi-vă o examinare anuală a gâtului.

Cancerul de tract urinar şi de vezică urinară

Semnale de alarmă: sânge în urină, durere de spate, pierderea apetitului şi scăderea în greutate, febră persistentă şi anemie.

Factori de risc: cancerul de tract urinar şi de vezică urinară se asociază cu:

- sexul maculin şi vârsta de minim 50 de ani;
- fumatul;
- istoric de infecţii cronice de tract urinar.

Controale periodice: un examen de rutină al urinei la controlul fizic anual poate arăta sânge în urină (hematurie), cel mai frecvent semnal de alarmă.

Tratamentul cancerului

Mai mult decât altădată, multe cancere pot fi tratate cu succes. Probabilitatea de vindecare completă sau de supravieţuire lungă a crescut continuu din cauza lărgirii cunoaşterii şi înţelegerii asupra cancerului. Ca urmare, s-au dezvoltat noi terapii de distrugere selectivă a celulelor canceroase. Asemenea terapii nu numai că sunt mai eficiente, dar sunt şi mai sigure. În plus, ameliorarea durerilor din cancer a ajuns până acolo încât cei mai mulţi oameni care au cancer pot trăi şi munci confortabil în timp ce continuă să se trateze.

Schema de tratare a cancerului se bazează pe necesităţile individului şi depinde de tipul de cancer pe care-l are. Dar opţiunile terapeutice principale ale celor mai mulţi oameni cu cancer sunt similare. Cât de adecvat este un anumit tip de tratament faţă de altul depinde de o varietate de factori, cum ar fi diagnosticul, vârsta individului, sexul şi starea generală a sănătăţii, precum şi de alegerea individuală. La femei, perioada de menopauză poate fi şi ea un factor în alegerea tratamentului.

În timpul fazei de diagnosticare, medicul poate stabili dacă o formă de tratament local, cum ar fi chirurgia sau radioterapia, poate trata cancerul pe care-l aveţi sau dacă o formă de tratament care implică întergul corp (sistemic), cum este chimioterapia, este necesară, deoarece celulele canceroase au migrat în altă parte a corpului.

Tratament chirurgical

Chirurgia este de mult timp baza tratamentului în cancer. Scopul unei operaţii diferă – poate fi acela de a determina dacă proliferarea este malignă, de a o îndepărta din corp sau de a afla dacă celulele maligne au migrat în altă parte a corpului. Uneori, chirurgia este practicată în primul rând pentru a rezolva o obstrucţie, de exemplu, înlăturarea unei mase care blochează conductele biliare. Alteori, când nu se pot îndepărta toate masele canceroase, chirurgul are de extras cât de mult se poate (rezecţie parţială) pentru a face chimioterapia şi radioterapia să acţioneze mai eficient.

Chirurgia este mai eficientă dacă localizarea cancerului este singulară (localizat). Uneori, totuşi, celulele canceroase migrează de la locul în care a apărut cancerul iniţial (tumora primară) şi circulă prin fluxul sangvin sau limfatic în alte zone ale corpului, formând tumori secundare (metastaze). Dacă celulele migrează înainte ca tumora primară să fi fost eliminată, cancerul poate apărea în alte părţi, chiar dacă tumora primară a fost îndepărtată în întregime.

Tumorile metastatice sunt denumite în raport cu localizarea primară a cancerului. De exemplu, cancerul de sân care a metastazat în plămâni este numit metastaze de cancer de sân şi nu cancer pulmonar.

Dacă extinderea cancerului este mare, operaţia rareori poate

„Cancere în ciorchine" în rândul populaţiei

Datele furnizate de oficialităţile din domeniul sănătăţii publice arată o creştere a frecvenţei de apariţie a anumitor tipuri de cancer sau grup de cancere într-o regiune sau o comunitate. Această creştere este cunoscută sub denumirea de „cancere în ciorchine".

Cercetările ulterioare au arătat că asemenea „ciorchini" se explică prin calculul probabilităţilor sau prin anumite schimbări în standardele medicale.

Calculul probabilităţilor arată că cea mai mare parte a comunităţilor şi grupurilor populaţionale cu vârste şi predispoziţii similare vor avea aceeaşi frecvenţă de diverse boli. De asemenea, sugerează că, din când în când, va exista o frecvenţă neobişnuită a uneia sau alteia dintre boli în cadrul anumitor grupuri de oameni.

Fenomenul statistic ar putea fi comparat cu jocul de cărţi. De obicei, cărţile trase sunt cam din toate cele patru tipuri, dar vă puteţi aştepta ca, la un anumit moment, să aveţi în mână doar cărţi de acelaşi fel. Matematicienii pot chiar calcula probabilitatea cu care se poate produce un astfel de eveniment.

Este important să facem distincţia între „cancerele în ciorchine", care sunt de obicei la întâmplare, de cancerele produse de factorii de mediu. Dovedirea ştiinţifică a faptului că aşa-numitele „cancere în ciorchine" sunt o consecinţă a expunerii la substanţe cu potenţail toxic presupune o evaluare minuţioasă.

vindeca. Uneori, poate apărea o singură tumoră metastatică după îndepărtarea cancerului primar şi, în anumite cazuri, îndepărtarea chirurgicală a acestei singure metastaze poate duce la o vindecare completă. Această situaţie poate fi întâlnită la persoanele cu cancer de colon sau de testicul, de exemplu. Tumorile metastatice, în cele mai multe cazuri, se localizează în plămân, ficat sau creier.

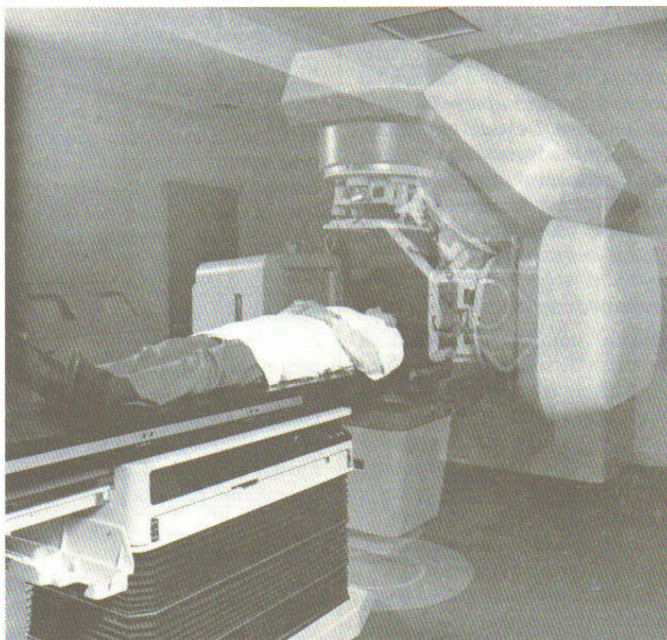
Radioterapia

Radioterapia este o altă opţiune pentru distrugerea celulelor canceroase. Radioterapia – cunoscută şi ca terapia cu radiaţii, terapia cu raze X, cobaltoterapia sau iradierea – poate fi o parte a schemei de tratament sau un tratament în sine. Radiaţiile afectează doar celulele canceroase localizate într-o anumită zonă a corpului (câmp) care este supusă iradierii.

Iradierea este uneori utilizată înaintea chirurgiei pentru a reduce tumora canceroasă, după chirurgie, pentru a distruge eventuale celule canceroase care au mai rămas, în combinaţie cu medicamente anticanceroase sau singură. Iradierea este deosebit de eficientă în anumite tipuri de cancere localizate, cum ar fi tumorile maligne ale ganglionilor limfatici sau ale corzilor vocale.

Ca şi chirurgia, iradierea nu are valoare curativă dacă celulele canceroase au migrat în tot corpul sau în afara câmpului iradiat. Poate fi, totuşi, folosită,chiar dacă nu este posibilă o vindecare completă, pentru că diminuează tumorile, reducând semnele şi simptomele de cancer, ca presiunea, durerea sau sângerarea.

În general, radiaţiile produc afectări fizice mai puţine decât chirurgia radicală, dar poate avea efecte adverse supărătoare, cum ar fi iritarea sau îngroşarea pielii, dificultăti la înghiţire, gură uscată, greaţă, diaree, căderea părului sau oboseală. Cât de grave şi cât durează aceste efecte adverse depind de locul unde sunt aplicate şi de cantitate.



Radioterapia poate distruge eficient celulele canceroase. În timpul tratamentului, această sursă de radiaţii se roteşte lent pentru a genera radiaţii în mod eficient.

Chimioterapia

Chimioterapia este o utilizare sistemică a medicamentelor care tratează cancerul. Medicaţia se administrează, în general, intramuscular sau intravenos. În anumite tipuri de malignităţi cum ar fi boala Hodgkin, leucemia şi cancerul testicular, poate produce o vindecare completă, chiar şi atunci când cancerul este diseminat.

Chimioterapia se administrează mai frecvent după o operaţie de îndepărtare a tumorii, chiar şi atunci când nu există indicii clare de diseminare a cancerului. Aceasta se numeşte chimioterapie adjuvantă. În unele cancere, mai ales de sân şi colorectal, chimioterapia adjuvantă a scăzut riscul de reapariţie a cancerului. Iar persoanele cărora li se administrează această terapie trăiesc, în general, mai mult decât cei care nu fac tratamentul.

Chimioterapia poate fi, de asemenea, folosită înainte de operaţie pentru a reduce tumora şi a face operaţia mai uşoară şi mai eficientă. Aceasta se numeşte chimioterapie neoadjuvantă şi se practică în cancerele de cap, gât şi sân. În cazurile în care cancerul nu este vindecabil, chimioterapia poate ameliora simptomele şi creşte calitatea vieţii. Acesta este numit tratament paliativ.

Chimioterapia poate implica mai multe medicamente. Combinaţia chimioterapică se referă la un grup de medicamente care conlucrează pentru distrugerea celulelor canceroase. Pe de altă parte, chimioterapicele adesea afectează şi celulele normale, pe lângă cele canceroase.

Celulele normale cel mai frecvent afectate par a fi cele care se divid rapid, cum sunt cele din măduva osoasă, din mucoasa gastrică, din aparatul reproducător şi din foliculii de piloşi. După terminarea tratamentului, aceste celule, de obicei, îşi revin.

În funcţie de medicamentele folosite, chimioterapia poate avea diverse efecte adverse. Acestea pot fi căderea părului, leziuni în gură, dificultăţi de a înghiţi, uscăciunea gurii, greaţă, vărsături, diaree, sângerări şi infecţie.

Mai puţin frecvente sunt afectarea inimii, ficatului, plămânilor, rinichilor sau nervilor. Tulburările nervilor, de regulă, au ca rezultat amorţeli sau furnicături în mâini sau picioare. De cele mai multe ori, reacţiile adverse dispar o dată ce tratamentul s-a încheiat. Specialiştii din domeniul sănătăţii urmăresc să reducă şi chiar să elimine aceste reacţii adverse.

Imunoterapia

Sistemul imunitar acţionează ca un sistem de supraveghere pentru a proteja de ceea ce consideră a fi substanţe străine. De exemplu, când sistemul dumneavoastră imunitar detectează o bacterie periculoasă sau un virus în corp, el reacţionează prin producerea de proteine specifice (anticorpi) care atacă şi distrug invadatorii.

Sistemul imunitar consideră şi celulele canceroase ca pe nişte invadatori. Dar, adesea, din cauza unei afectări a acestui sistem, nu recunoaşte celulele canceroase. De mulţi ani cercetătorii au încercat să găsească metode de a stimula reacţia naturală imunitară a corpului la celulele canceroase.

Folosirea sistemului imunitar pentru atacarea şi distrugerea celulelor canceroase se numeşte imunoterapie. Alte denumiri pentru această metodă sunt: terapie biologică, bioterapie sau terapie de modificare a răspunsului biologic. Imunoterapia poate fi prescrisă singură sau în combinaţie cu alte tratamente pentru cancer.

O variantă de imunoterapie este administrarea de substanţe care stimulează sistemul imunitar – agenţi imunomodulatori nonspecifici. Doi asemenea agenţi sunt utilizaţi în combinaţie cu chirurgia în cancerul de vezică urinară şi în cancerul avansat de colon.

O altă variantă este de a produce proteinele sistemului imunitar (citokine) în laborator şi apoi utilizarea lor în tratament. Aceste proteine – numite modificatori de răspuns biologic (BRM) – reprezintă majoritatea agenţilor imunoterapici folosiţi în mod curent sau studiaţi. BRM includ:

Interferonii

Interferonii sunt citokine care sunt produse în mod normal în organism. Există mai multe tipuri de interferoni. Cel mai cunoscut tip folosit în tratamentul cancerului este numit interferonul alpha. Interferonii pot inhiba direct celulele canceroase sau pot stimula alte celule ale sistemului imunitar în această bătălie.

Interferonii sunt utilizaţi în tratamentul multor afecţiuni cum ar fi leucemia cu celule păroase, melanomul, leucemia mieloidă cronică şi sarcomul Kaposi corelat cu SIDA. De asemenea, se studiază eventualitatea folosirii lor în tratamentul cancerul renal metastatic şi în limfomul non-Hodgkin.

Interleukinele

Ca şi interferonii, interleukinele sunt un tip de citokine. Interleukina-2, cea mai studiată interleukină, acţionează stimulând alte celule ale sistemului imunitar care distrug celulele canceroase. A fost acceptată pentru tratamentul cancerului renal metastatic, al melanomului metastatic şi este în studiu pentru tratamentul altor cancere severe.

Factorii stimulatori ai coloniilor

În loc de a acţiona direct cu celulele canceroase, factorii stimulatori ai coloniilor (CSF) stimulează producţia de leucocite. Chimioterapia are tendinţa de a afecta activitatea măduvei osoase, inclusiv producţia de leucocite, trombocite şi de hematii. Scăderea numărului acestor celule vă poate face mai vulnerabil la infecţie. CSF vă pot permite să suportaţi mai bine chimioterapia cu un risc mai mic de a face o infecţie sau cu mai puţină oboseală din cauza anemiei induse de chimioterapie.

Anticorpii monoclonali

Anticorpii monoclonali sunt proiectaţi şi produşi în laborator pentru anumite tipuri de cancer. Ataşându-se de celulele tumorale, fie pot interacţiona cu acestea, fie pot fi folosite pentru a livra medicamente anticanceroase sau radiaţii. *Food and Drug Administration* (SUA) a aprobat 2 anticorpi monoclonali – Rituximab (Rituxan), pentru tratamentul celulelor B recurente din limfomul non-Hodgkin, şi Trastuzumab (Herceptin), pentru folosirea contra cancerului de sân metastatic care produce cantităţi prea mari de proteină numită HER-2. S-au inventat şi studiat anticorpi monoclonali adiţionali pentru utilizarea în alte tipuri de cancer. Aceste cancere sunt alte limfoame, leucemii, tumori ale creierului, ca şi cancer de plămâni, de colon, de rect şi de prostată.

Vaccinurile

Cercetătorii lucrează la producerea unor vaccinuri care să ajute sistemul imunitar să recunoască celulele canceroase. Spre deosebire de vaccinurile pentru diferite boli infecţioase, care se administrează pentru a preveni boala, vaccinurile pentru cancer se folosesc doar după ce tumora a început să se dezvolte. Vaccinul ar avea ca scop să vă ajute corpul să elimine tumora şi să prevină reapariţia cancerului.

Reacţii adverse

Reacţiile adverse ale BRM pot fi iritaţia sau umflarea la locul injectării, simptome asemănătoare gripei şi oboseala. CSF pot produce dureri osoase, oboseală, febră şi pierderea apetitului. Durerile musculare şi febra pot apărea după un vaccin pentru cancer.

Unele BRM pot produce reacţii alergice. Reacţiile adverse pot fi severe uneori, aşa că este important să vorbiţi cu medicul despre posibilele reacţii adverse specifice tratamentului cancerului.

Pe măsură ce oamenii de ştiinţă află mai multe despre felul în care sistemul imunitar recunoaşte şi atacă celulele maligne, studiile lor pot duce la descoperirea de tehnici eficiente de imunoterapie împotriva multor tipuri de cancer.

Terapia hipertermică

Terapia hipertermică presupune expunerea ţesutului din corp la temperaturi înalte – de peste 41 C –

pentru afectarea unor tumori prin distrugerea de celule sau privarea lor de substanţe nutritive. Această terapie poate fi aplicată pe suprafeţe mici, de exemplu pe un membru sau pe un organ, sau asupra întregului corp în caz de cancer metastatic. Tratamentul poate fi greu de suportat şi poate produce băşici dacă este aplicat direct pe piele, chiar dacă acestea se vindecă repede.

Cercetătorii au considerat că hipertemia se poate aplica împreună cu iradierea şi chimioterapia pentru tratamentul cancerului de sân, de ganglioni limfatici, de piele, de ochi şi de cervix. Beneficiile ei sunt încă în studiu.

Crioterapia

Crioterapia este opusul hipertermiei. Foloseşte temperaturi foarte mici pentru a distruge celulele canceroase. Crioterapia constă în aplicarea de azot lichid pe o tumoră. Se foloseşte mai mult pentru a trata cancerele incipiente de piele şi stările precanceroase ale pielii, ca şi cancerul de retină (retinoblastom). Cercetătorii studiază crioterapia ca posibil tratament al unor cancere interne, cum ar fi cel de prostată sau de ficat. Pentru aceste cancere, azotul lichid ajunge la tumoră printr-un dispozitiv numit criosondă.

Transplantul de celule stem

Transplantul de celule stem este utilizat pentru a înlocui celulele din măduva osoasă care au fost distruse prin radio- sau chimioterapie. În timpul acestei proceduri, primiţi o cantitate de celule stem – celule imature care nu s-au diferenţiat încă în diversele tipuri de celule sangvine. Puteţi primi propriile celule stem (transplant autolog), celule stem de la un geamăn identic dacă aveţi (transplant sinergic) sau celule stem de la un frate, părinte sau un alt donor compatibil (transplant alogenic). Dacă medicul ştie că există o rezervă de celule stem sănătoase pentru dumneavoastră, poate utiliza doze crescute de chimio- sau radioterapie. Acest transplant este utilizat mai ales ca tratament în leucemie şi limfom.

Inhibitorii angiogenezei

Toate tumorile au nevoie de apariţia de noi vase de sânge pentru furnizarea de oxigen şi substanţe nutritive celulelor lor ca să poată creşte. Formarea de noi vase de sânge se numeşte angiogeneză. Oamenii de ştiinţă studiază folosirea de inhibitori atât naturali cât şi sintetici ai angiogenezei pentru a scădea tumorile şi a împiedica creşterea lor prin stoparea formării de noi vase de sânge.

A face faţă reacţiilor adverse

Uneori efectele colaterale ale tratamentului cancerului sunt chiar mai deranjante decât cancerul însuşi. Atât radioterapia cât şi chimioterapia au reacţii adverse

Terapiile noi

Tratamentul cancerului este în continuă evoluţie. Unele dintre metodele descrise anterior sunt acceptate acum ca terapie, iar altele sunt încă în studiu şi au rămas la nivel experimental. Medicii combină adesea aceste metode cu chimioterapia şi radioterapia.

Terapia genică

Tumorile cresc deoarece genele normale au fost afectate, ceea ce determină celulele normale să devină canceroase. Genele care supresează cancerul pot şi ele să nu mai funcţioneze corect. Scopul terapiei genetice este de a înlocui genele defecte şi de a creşte producerea celor sănătoase.

Terapia dirijată molecular

FDA a aprobat utilizarea de Imatinib mesylate (Gleevec, STI-571) pentru tratarea leucemiei mieloide cronice, o formă rară de cancer. Această leucemie este cauzată de o mutaţie genetică ce permite modificarea definitivă a unei enzime din celulele sângelui. Medicamentul acţionează prin inhibarea enzimei şi, astfel, a creşterii anormale a leucocitelor.

Trastuzumab (Herceptine) este un alt tratament ţintit pe o proteină specifică, numită HER-2-neu, care este produsă de o genă modificată. Proteina este prezentă la aproape 1 din 4 persoane cu cancer de sân. Herceptine este un anticorp monoclonal care se leagă de proteina modificată, ducând la diminuarea creşterii celulare şi chiar la distrugerea celulelor canceroase. Spre deosebire de majoritatea anticorpilor monoclonali, nu depinde de eficienţa sistemului imunitar de a lupta contra celulelor canceroase.

Chirurgia cu laser

Razele laser sunt instrumente puternice de realizare a unor proceduri chirurgicale de precizie. Chirurgia laser se utilizează frecvent în tratarea cancerelor de piele, plămân, coarde vocale, vagin, vulvă, col uterin şi penis. Căldura emisă de laser poate reduce tumorile, ameliorând simptomele cancerului.

Terapia fotodinamică

În timpul terapiei fotodinamice, celulele canceroase sunt tratate cu agenţi de fotosensibilizare şi apoi expuşi luminii laser. Lumina absorbită în celulele tumorale de către laser produce o reacţie chimică, distrugând celulele tumorale. Avantajul acestei terapii este că are foarte mare selectivitate, afectând doar celulele canceroase şi lăsând în pace celulele normale. Procedura foloseşte lumina laser care este capabilă să treacă doar printr-un strat subţire de ţesut, aşa încât este utilă în cancerele de suprafaţă, dar nu la fel de eficientă pentru cancerele localizate în interiorul unui organ. Cercetătorii urmăresc să îmbunătăţească acest aspect al terapiei fotodinamice.

ca oboseala, greaţa, căderea părului, probleme de piele, tulburări la nivelul gurii şi gâtului, diaree şi constipaţie. Imunoterapia poate determina şi ea oboseală.

Deşi oamenii de ştiinţă au făcut eforturi pentru a reduce severitatea acestor probleme, inclusiv prin medicamente care reduc greaţa în mod eficient, este probabil să aveţi parte de asemenea reacţii adverse în timpul tratamentului.

Mulţi oameni continuă să lucreze şi să studieze – poate după un program mai relaxat – şi să-şi vadă de treburile zilnice pe durata tratamentului pentru cancer. Puteţi face anumite lucruri pentru a reduce reacţiile adverse şi a vă îmbunătăţi calitatea vieţii în această perioadă.

Oboseala

Oamenii se simt mai obosiţi în timpul tratamentului pentru cancer. Gradul de oboseală poate varia – puteţi simţi o uşoară lipsă de energie sau puteţi să vă simţiţi epuizaţi. Oboseala dumneavoastră poate dura câteva luni după încheierea tratamentului.

Indiferent de cât de obosiţi aţi fi, luaţi în considerare aceasta. Încercaţi să vă odihniţi: dormiţi bine noaptea şi să vă odihniţi ori de câte ori aveţi nevoie în timpul zilei. Activitatea pe timp de zi este bună ca să vă menţineţi energia, dar lăsaţi-i pe alţii să vă ajute. Este, de asemenea important să mâncaţi bine şi să beţi suficiente lichide. Pentru mai multe informaţii despre cum să vă descurcaţi cu oboseala vezi pag. 476.

Greaţa

Medicamentele contra greţei ajută la prevenirea sau la scăderea în frecvenţă a vărsăturilor la multe persoane care urmează un tratament pentru cancer.

Pentru a preveni greaţa, mai încercaţi şi aceste metode:

- mâncaţi alimente simple, ca pâine prăjită şi biscuiţi;
- beţi des cantităţi mici de lichide clare;
- evitaţi hrana uscată dacă aveţi gura uscată sau leziuni ale gurii;
- mâncaţi alimente reci deoarece alimentele fierbinţi au un miros mai puternic;
- mâncaţi ce vă place;
- purtaţi haine uşoare;
- în timp ce mâncaţi relaxaţi-vă conversând, văzând un film sau practicând un hobby.

Căderea părului

Anumite medicamente chimioterapice şi radioterapia în zona capului pot produce căderea părului (alopecie). Părul tinde să cadă în smocuri, mai ales când este spălat sau pieptănat.

Medicul vă poate spune dinainte dacă una dintre reacţiile adverse ale tratamentului pe care îl faceţi va fi căderea părului. Dacă este aşa, puteţi procura o perucă sau o aplicaţie de păr care să se potrivească la culoarea şi la firul părului dumneavoastră. Unii aleg să poarte turbane sau eşarfe. Alţii îşi taie scurt părul înainte de a începe căderea lui, astfel încât să nu mai fie atât de evident.

Trataţi-vă părul cu blândeţe, folosind şampoane neiritative şi perii moi, şi evitând să-l uscaţi cu aer fierbinte. Utilizaţi creme pentru protecţie solară pentru a vă proteja scalpul de soare.

Problemele de piele

Pielea uscată poate fi o altă reacţie adversă a radioterapiei sau chimioterapiei. Următoarele metode vă pot ajuta să reduceţi urmările pielii uscate:

- evitaţi băile fierbinţi;
- folosiţi ulei de baie;

Centrele oncologice

Alegerea medicilor şi a spitalului pentru tratarea cancerului poate fi dificilă. Uneori procesul poate decurge automat. Medicul de familie vă recomandă un specialist oncolog. Alteori vă puteţi confrunta cu mai multe opţiuni. Înainte de a lua o decizie, cereţi sfatul medicului personal sau altui medic în care aveţi încredere. Această persoană vă poate ajuta să alegeţi spitalul şi să-l evaluaţi corespunzător.

Majoritatea centrelor medicale mari sunt echipate pentru a trata cazurile de cancer care nu presupun un înalt grad de specializare. Totuşi, dacă aveţi nevoie de un tratament complicat sau experimental, sau dacă medicii din spitalul local nu au experienţă în tratarea tipului de cancer pe care îl aveţi, puteţi lua în considerare internarea într-un centru oncologic specializat.

De obicei, un spital direct legat sau afiliat unei facultăţi de medicină oferă o paletă largă de opţiuni de tratament deoarece în acest tip de instituţii există clinicieni experimentaţi, cercetători şi cadre universitare. Spitalele şcoală – în care medicii învaţă dar nu sunt neapărat afiliate unei facultăţi de medicină – reprezintă de asemenea o bună opţiune.

În spitalele şcoală şi spitalele universitare se fac frecvent trialuri clinice în care sunt investigate noi metode de tratament. Dacă vi se oferă şansa de a intra într-un astfel de trial, asiguraţi-vă că aţi înţeles pe deplin posibilele riscuri şi beneficii. Deşi trialurile clinice sunt evident experimentale, terapiile investigate includ adesea unele dintre cele mai promiţătoare tratamente.

Institul Naţional pentru Cancer din SUA are în subordine mai mult de 40 de centre medicale pe tot teritoriul SUA. Aceste centre produc cercetători şi educatori de înaltă clasă în domeniul oncologic şi dezvoltă programe care implică cercetători şi medici din multe domenii. În general, aceste centre oncologice oferă cele mai eficiente tratamente ale cancerului existente în SUA. Pentru a afla mai multe informaţii despre aceste centre, vezi National Institute of Cancer, pag. 1385.

- nu faceţi baie mai mult de o dată pe zi;
- aplicaţi creme hidratante şi loţiuni cât pielea este încă umedă;
- evitaţi produsele cosmetice care conţin alcool.

Tuburările la nivelul gurii şi gâtului

Este important să păstraţi o bună igienă orală pe durata tratamentului pentru cancer, pentru că în urma chimioterapiei pot rezulta afecţiuni ale gingiilor, afte bucale şi uscăciunea gurii. Radioterapia aplicată asupra toracelui sau gâtului pot produce şi regurgitaţii, tuse sau dificultăţi de înghiţire. Reţineţi următoarele metode:

- spălaţi-vă dinţii şi gingiile după fiecare masă;
- folosiţi o periuţă moale pentru dinţi şi nu frecaţi prea tare;
- curăţaţi-vă frecvent limba cu apă caldă şi sărată;
- evitaţi apa de gură cu alcool;
- mâncaţi alimente moi, ca smântână, cartofi piure, iaurt sau macaroane cu brânză;
- păstraţi-vă buzele moi folosind un unguent special sau vaselină;
- evitaţi alimente condimentate sau acide ca roşii şi citrice;
- luaţi o sticlă de apă cu dumneavoastră şi beţi din când în când în timpul zilei.

Diareea

Tratamentul poate afecta celulele mucoasei intestinale, producând diaree. Următoarele obiceiuri pot ajuta tranzitul intestinal:

- beţi mult lapte, lichide clare, ca apa, bere de ghimbir, borş simplu, ceai slab sau băuturi energizante. Diareea poate produce deshidratare;
- în loc de 3 mese consistente pe zi, mâncaţi mai multe mese mai mici;
- mâncaţi alimente cu puţine fibre, ca orezul alb, tăiţei sau carne de pui;
- mâncaţi alimente bogate în potasiu, o substanţă vitală ce se pierde prin diaree. Alimentele cu mult potasiu sunt bananele, portocalele şi piersicile;
- evitaţi băuturile care conţin alcool sau cofeină, dulciurile, lactatele şi băuturile prea reci sau prea calde pentru că acestea pot agrava diareea.

Dacă aveţi diaree de mai bine de 24 de ore sau se asociază cu dureri abdominale ori crampe, contactaţi medicul.

Terapii complementare şi alternative



Când sunt diagnosticate cu cancer, multe persoane caută alte metode în afara celor medicale standard pentru a lupta contra cancerului sau pentru a face faţă cu reacţiile lui adverse. Deşi anumite terapii neconvenţionale pot fi folositoare, altele pot dăuna, mai ales dacă se practică în locul tratamentelor dovedite.

Metode complementare celor standard

Terapiile complementare şi alternative pentru cancer se folosesc adesea în asociere cu tratamentele medicale standard. Aceste terapii nu vă vor vindeca de cancer, dar vă pot creşte calitatea vieţii, reducând stresul, ameliorând reacţiile adverse ale tratamentului şi îmbunătăţind senzaţia generală de bunăstare. În plus, deoarece majoritatea metodelor complementare sunt aplicate individual, ele dau o stare de control asupra situaţiei.

Tipurile de terapii complementare care se pot asocia cu tratamentul pentru cancer sunt multe şi variate:

- Meditaţia
- Acupunctura şi acupresura
- Masajul terapeutic
- Muzică, mişcare şi terapie prin artă
- Rugăciunile şi alte practici spirituale
- Yoga
- Tai Chi
- Hipnoză

Pentru a vă îmbunătăţi senzaţia de bunăstare, nu este necesar să vă supuneţi unui program strict. A vă face timp să vă relaxaţi şi să vă bucuraţi de lucrurile mărunte din viaţă reprezintă o terapie complementară în sine.

Înlocuirea tratamentului standard

Unii oameni apelează la terapiile complementare şi alternative în dorinţa de a înlocui tratamentul standard. Dar siguranţa şi eficienţa acestor terapii alternative nu sunt dovedite şi unele dintre ele pot fi chiar dăunătoare. Institutul Naţional de Cancer din SUA a rezervat o secţiune pentru studiul eficienţei tratamentelor alternative. Unele terapii alternative populare includ dozele mari de vitamina C, clismele cu cafea şi ozonoterapia. Suplimentele din plante, pe care mulţi oameni le consideră „perfect naturale", nu sunt dozate ca alimentele sau medicamentele şi pot conţine multe substanţe contaminante.

O regulă de respectat cu privire la terapiile complementare şi alternative este de a discuta mai întâi cu medicul şi de a evita orice tratament care promite vindecarea, care vă sfătuieşte să renunţaţi la terapiile convenţionale sau vă impune să călătoriţi în altă ţară. Vezi cap. 43, „Medicina complementară şi alternativă" pentru mai multe informaţii.

Constipaţia

Anumite medicamente, slăbiciunea fizică, lipsa activităţii sau o dietă săracă în fibre şi lichide pot produce constipaţie. Dacă aveţi constipaţie de mai bine de 1 - 2 zile, medicul vă poate prescrie un laxativ. Încercaţi să respectaţi şi aceste lucruri:

- creşteţi cantitatea de alimente bogate în fibre din dieta dumneavoastră, cum ar fi pâinea integrală, fructele şi legumele proaspete, sucurile din fructe sau fructele uscate
- beţi suficiente lichide
- evitaţi alimentele care, în general, produc constipaţia, cum ar fi ciocolata, brânza şi ouăle.

Modificările apetitului şi ale greutăţii

Dacă aveţi o detă echilibrată, veţi fi în stare să suportaţi mai bine reacţiile adverse ale chimioterapiei, ale iradierii şi chirurgiei. Alimentaţia corectă, de asemenea, vă întăreşte funcţia imunitară şi senzaţia de bine.

Problemele frecvente şi dificile asociate cancerului sunt scăderea în greutate şi malnutriţia. Mulţi factori contribuie la scăderea în greutate. Cancerul sau tratamentul lui pot scădea apetitul şi cantitatea de alimente ingerate sau pot interfera cu consumul, digestia şi absorbţia hranei. În plus, multe persoane au modificări ale apetitului şi ale greutăţii înainte de a se pune diagnosticul de cancer.

Adesea o persoană cu cancer care are o scădere severă în greutate nu poate mânca, deşi înţelege importanţa hrănirii. Unii oameni nu pot gusta mâncarea şi, nu rareori, se pot simţi plini doar după câteva înghiţituri.

Radioterapia, chimioterapia şi chirurgia, de asemenea pot produce semne şi simptome – ca greaţă, alterarea simţului gustului sau mirosului, afte bucale, diaree, anorexie sau dificultăţi de înghiţire – care cresc riscul problemelor nutriţionale.

Dacă vă număraţi printre aceste persoane, puteţi aplica metode simple, constructive, de îmbunătăţire a apetitului în timpul tratamentului pentru cancer şi pentru a evita scăderea în greutate (vezi pag. 476). Diverse metode de hrănire, ca aceea prin intubare, alimentaţia intravenoasă sau suplimentele orale, de asemenea pot ajuta persoanele cu cancer – chiar şi pe acelea care au probleme complexe nutriţionale – să se hrănească adecvat.

Cercetările clinice au dovedit că medicamentul Megestrol (Megace), luat sub formă de pastile sau sirop de mai multe ori pe zi, creşte greutatea bolnavilor de cancer. Studiile clinice mai arată că o stare nutritivă bună poate creşte şansele de continuare cu succes a tratamentului şi de a suporta efectele cancerului. Dar nu s-a putut demonstra că o creştere sau o scădere a cantităţii din vreuna dintre substanţele nutritive ar avea un rol benefic în tratarea cancerului. Medicul sau un dietetician atestat pot să vă sfătuiască în ce fel să vă păstraţi o nutriţie adecvată.

Durerea

Cancerul nu produce totdeauna durere. Mai bine de 1/2 dintre persoanele cu cancer nu au dureri semnificative. Unii oameni, totuşi, au dureri severe. În general, cu cât cancerul este mai avansat, cu atât creşte probabilitatea durerilor severe.

Cauze

Durerea canceroasă poate fi grea, puternică, ascuţită, constantă, intermitentă, uşoară, moderată sau severă. Durerea poate fi produsă de distrugerea ţesuturilor normale din jurul tumorii primare sau din alte zone ale corpului în care s-a răspândit cancerul. Sau poate rezulta din presiunea asupra nervilor, oaselor ori altor organe pe măsură ce cancerul creşte.

Tratamentele pentru cancer sunt o altă sursă de durere. Chirurgia poate fi dureroasă. Radioterapia poate duce la reacţii la nivelul pielii sau la cicatrice posibil dureroase. Şi chimioterapia poate avea durerea ca reacţie adversă din cauza aftelor, diareei sau afecţiunilor nervilor. Răspunsurile emoţionale la cancer, ca anxietatea, depresia sau starea de neajutorare, pot creşte şi mai mult durerea.

Tratament

Ameliorarea durerii poate fi obţinută în mai multe moduri. Combinând medicamente care uşurează durerea cu alte forme de tratament, majoritatea oamenilor cu cancer nu au de ce să se plângă de dureri severe. Unul dintre obiectivele tratamentului pentru cancer este de a scădea durerea, cu cât mai puţine reacţii adverse.

Tratamentele pentru cancer

Modul ideal de a trata durerea din cancer, atunci când se poate, este de a înlătura sursa durerii prin chirurgie, chimioterapie sau radioterapie.

Tratament medicamentos

Medicamentele pentru durere (analgezicele) sunt o altă opţiune. Există multe medicamente pentru tratarea durerii din cancer, dar majoritatea se împart în 2 categorii: non-narcotice şi narcotice.

- *Non-narcoticele* includ acetaminophen şi medicamentele antiinflamatoare nesteroidiene (AINS). AINS sunt de folos şi dacă inflamaţia este o cauză de durere. Medicamentele antidepresive, anticonvulsivantele şi steroizii sunt alţi agenţi nonnarcotici care pot ajuta la controlarea durerilor din cancer.
- *Narcoticele*, cum ar fi morfina, codeina şi derivaţii lor, sunt cei mai puternici agenţi contra durerii, prescrişi, de obicei, în durerile moderate sau severe. Persoanele cu cancer se tem adesea să utililzeze narcotice din cauza eventualei dependenţe. Este adevărat că persoanele care folosesc narcotice în alt scop decât controlul durerii, cum ar fi atingerea unor stări alterate de conştiinţă, pot deveni dependente de ele. Dar atunci când sunt luate pentru durere şi sub supraveghere, narcoticele rareori dau dependenţă. Dacă un narcotic este

necesar pentru a ameliora durerea pe termen lung, avantajul pe care îl oferă adesea depăşeşte riscul dependenţei.

O reacţie adversă frecventă a narcoticelor este constipaţia. Ea poate fi tratată prin metode corecte prescrise de medic. Alte reacţii adverse pot fi confuzia, letargia şi somnolenţa. Acestea survin mai ales la începutul tratamentului, dar, odată acumulată o anumită cantitate de medicament în corp, reacţiile adverse, în general, dispar.

Uneori, se utilizează tranchilizante (sedative) în combinaţie cu analgezice.Tranchilizantele nu ameliorează durerea, dar vă ajută s-o suportaţi mai bine şi pot fi incluse în tratament. Tranchilizantele sau dozele mari de narcotice pot produce confuzie sau delir. Acestea pot limita utilizarea lor în anumite cazuri, dar asemenea reacţii adverse, de obicei, dispar printr-o dozare adecvată, constantă.

Cele mai multe medicamente contra durerii pot fi luate oral, aşa încât sunt uşor de folosit. Altele sunt administrate injectabil sau intravenos, prin introducera medicamentelor în sânge, într-un ritm controlat, printr-un ac inserat într-o venă a unui braţ. Unele medicamente contra durerii sunt disponibile sub formă de plasturi. Pentru unele persoane cu cancer, aceasta este o metodă convenabilă şi eficientă de ameliorare a durerii pe termen lung.

Alte terapii

Pe lângă medicamente, alte opţiuni de tratare a durerii sunt:

- *Blocurile nervoase.* În acest procedeu, căile nervoase care transportă impulsurile durerii la creier sunt blocate fie prin injectarea de substanţe în fibrele nervoase sau în jurul lor, fie prin chirurgie. Ele comportă un anumit risc, dar pot fi utile pentru persoanele care nu tolerează reacţiile adverse ale medicamentelor contra durerii. Se folosesc adesea în cancerul pancreatic şi în alte tipuri de cancer.
- *Terapii de modificare comportamentală.* Aceste terapii sunt folosite cel mai des în combinaţie cu alte tratamente pentru ameliorarea durerii. Ele ajută la scăderea anxietăţii şi pot creşte încrederea în capacitatea proprie de a face faţă durerii. Terapiile de modificare comportamentală includ hipnoza, exerciţiile de relaxare şi masajul. Pentru mai multe informaţii despre câteva dintre aceste procedee, vezi cap. 43, „Medicina complementară şi alternativă”.

Cancerul la copil

Anual în SUA sunt diagnosticate aproximativ 8 600 de cazuri de cancer la copii, făcând din cancer o afecţiune rară în rândul acestora. În plus, tratamentul modern a crescut rata de supravieţuire şi de vindecare în multe cazuri de cancere la copil – mai bine de 70% dintre copiii cu cancer din SUA sunt în viaţă acum.



Totuşi, cancerul este responsabil de mai multe decese decât orice altă boală a copiilor şcolari şi preşcolari. Doar accidentele curmă mai multe vieţi la aceste grupe de vârstă.

Cel mai frecvent cancer în copilărie este leucemia. Apare la aproape 1/3 din copiii cu cancer. Din cauza noilor tratamente, perspectivele copiilor cu această boală s-au ameliorat simţitor. Un alt cancer frecvent, răspunzător pentru aproximativ 20% dintre cancerele la copii este tumora malignă de creier. Mai puţin frecvente sunt tumora renală (tumora Wilms), cancerul de sistem nervos (neuroblastom), cancerul de ochi (retinoblastom) şi cancerul osos (osteosarcom). Cauzele acestor cancere rămân, în principiu, necunoscute.

Este important să vă gândiţi bine îniante de a alege unde să vă trataţi copilul de cancer. O echipă de specialişti în cancer la copii este în măsură, de obicei, să furnizeze cel mai bun tratament. Echipa poate include pediatri, chirurgi pediatri şi asistente de pediatrie.

Cu ajutorul medicului, căutaţi un centru medical în care personalul are experinţă cu privire la cele mai avansate metode de tratament. Centrul şi personalul său, de asemenea, trebuie să ofere susţinere emoţională întregii familii.

Cum să faceţi faţă cancerului copilului dumneavoastră

A avea un copil cu cancer este foarte stresant, chiar şi pentru cele mai puternice familii. Cea mai bună metodă este să fiţi sinceri cu copilul dumneavoastră cu privire la boala pe care o are şi să-l susţineţi. Atât dumnevoastră cât şi echipa care are grijă de sănătatea lui să pregătiţi cu grijă copilul pentru toate evenimentele la care-l va supune tratamentul. Asiguraţi-l pe copil că toţi încearcă să-l ajute să se însănătoşească. Cereţi medicului şi asistentelor să vă ajute să răspundeţi la întrebările copilului.

Scopul tratamentului în cancerul pediatric este nu numai de a scăpa de cancer, dar şi de a ajuta copilul să-şi continue dezvoltarea la nivelul adecvat vârstei pe care o are – fizică, psihică şi emoţională.

Deşi este important să vă susţineţi şi să vă consolaţi copilul, este crucial să menţineţi pe cât posibil normalitatea în viaţa lui. Respectarea regulilor, programului, activităţilor familiale şi promisiunilor transmite copilului un mesaj de încredere în capacitatea sa de a depăşi această problemă. De asemenea, este indicat, ca părinte, să-l pregătiţi pentru viitorul îndepărtat.

Pe durata primirii tratamentului de către copilul dumneavoastră, comunicaţi îndeaproape cu personalul şcolii pentru a stabili la ce vă puteţi aştepta ca şi comportament şi pregătire şcolară, de o manieră cât mai realistă. Majoritatea şcolilor sunt capabile să ofere instruire individualizată dacă este cerută de tratamentele intensive.

În plus, ele pot oferi programe de reşcolarizare pentru copiii care au lipsit o vreme de la şcoală. Pe lângă îngrijirea copilului dumneavoastră bolnav, este important să aveţi grijă şi de dumneavoastră, precum şi unul de celălalt. Fraţii pot fi de mare folos pentru fratele sau sora bolnavi, dar trebuie să ştie că au locul lor anume în cadrul familiei.

Stresul financiar nu este neobişnuit pentru familiile care au un copil grav bolnav. Povara cheltuielilor nu se referă doar la costul tratamentului, dar şi la acela al transportului, cazării şi plătirii îngrijitoarei. Veniturile dumneavoastră pot fi afectate şi de necesitatea de a lipsi uneori de la serviciu.

Multe centre pediatrice pentru cancer sunt dotate cu specialişti în probleme de dezvolatare a copilului, specialişti pe probleme mentale, asistenţi sociali şi clerici care sunt pregătiţi să ajute familiile cu situaţii şi emoţii dificile. În ciuda dificultăţilor, în multe familii, în final, apar relaţii mai strânse, mai încurajatoare şi mai pline de încredere.

A trăi cu cancer

Un diagnostic de cancer vă poate schimba viaţa. Această boală poate să vă domine gândurile şi acţiunile, şi să aibă efecte pe termen lung asupra rutinei cotidiene, asupra relaţiilor cu alţii şi asupra concepţiei dumneavoastră despre viaţă.

Dar aceste efecte nu trebuie să fie negative. Înarmaţi cu sfaturile specialiştilor din domeniul medical şi ale altor persoane care s-au confruntat cu cancerul, puteţi învăţa să faceţi faţă impactului acestei boli. A trăi cu cancer nu numai că este posibil, dar poate permite şi o viaţă împlinită.

Reabilitarea

Reabilitarea este o parte importantă a tratamentului în cancer. Indiferent ce formă de refacere abordaţi, scopul este acelaşi – să reveniţi la o viaţă pe cât posibil normală. Aceasta poate să însemne să urmaţi un program de mişcare, să învăţaţi să folosiţi o proteză după o amputare sau chiar să învăţaţi o altă meserie. O gamă atât de largă de scopuri şi sarcini de obicei reclamă ajutorul unei echipe. În funcţie de nevoile dumneavoastră, puteţi colabora cu un număr de specialişti din domeniul sănătăţii, inclusiv fizioterapeuţi, specialişti în terapia ocupaţională sau asistenţi sociali. Prima parte a reabilitării poate să aibă loc în spital sau întreaga reabilitare poate decurge acasă ori în centre speciale. Nu vă descurajaţi dacă găsiţi procesul dificil la început şi dacă primele rezultate vă dezamăgesc. Progresul poate fi lent, iar efortul poate fi intens. Dacă aveţi probleme, nu ezitaţi să le discutaţi cu terapeutul dumneavoastră, cu psihiatrul – un medic a cărui specializare include reabilitarea – sau cu un alt medic.

Pregătirea pentru următoarele consultaţii

Mersul la controale este unul dintre lucrurile de care se tem persoanele cu cancer. Cu câteva zile înaintea fiecărei consultaţii s-ar putea să vă îngrijoraţi, să vă temeţi că medicul va descoperi ceva îngrozitor în cazul dumneavoastră. Iar o dată intrat în cabinetul medicului, ceea ce vedeţi, auziţi sau mirosiţi vă poate răscoli amintiri pe care aţi fi preferat să le uitaţi. Este firesc. Dar încercaţi să echilibraţi aceste asocieri negative cu altele pozitive. Reţineţi că tratamentul medical pe care l-aţi primit şi pe care continuaţi să-l primiţi este bun. Vă ţine în viaţă. A pune multe întrebări la primele consultaţii poate, de asemenea, să vă ajute să nu mai fiţi îngrijorat la următoarele vizite. Înainte de a merge la un nou consult, scrieţi întrebările pe care le aveţi, ca să cereţi medicului să vă răspundă şi să vă sfătuiască. Institutul Naţional de Cancer din SUA a făcut o listă de întrebări pe care să le puteţi pune medicului dumneavoastră:

- Cât de des trebuie să vin la consultaţie?
- În ce vor consta controalele şi dacă vor fi la fel mereu?
- Care sunt semnele sau simptomele care arată revenirea sau progresul cancerului?
- Care este probabilitatea de apariţie a acestor semne şi simptome?
- Ce schimbări ar trebui să constat în bine, care nu sunt semnale de alarmă?
- Să-mi schimb dieta?
- Să-mi modific stilul de viaţă?
- Ce trebuie să fac dacă am dureri?
- Cum pot lua legătura cu dumneavoastră dacă am întrebări sau motive de îngrijorare?
- Cu cine pot vorbi dacă dumneavoastră nu sunteţi disponibil?

A face faţă impactului emoţional al cancerului

Nu există un anume mod în care trebuie să vă simţiţi sau să acţionaţi dacă aveţi cancer. Această boală, în general, produce un tăvălug de emoţii în orice individ. Important este să recunoaşteţi şi să acceptaţi acţiunile şi emoţiile dumneavoastră şi să găsiţi metode pozitive de a le face faţă. Iată câteva emoţii comune care se asociază cu cancerul:

Negarea

Când aflaţi că aveţi cancer, şocul poate fi prima stare pe care s-o resimţiţi. Nu credeţi că se petrece aşa ceva. S-ar putea ca o vreme să vă complaceţi într-o stare de semivisare, fără a vă putea concentra sau a lua o decizie.

Frica

Poate urma frica intensă care adesea însoţeşte tulburarea puternică. Nu vă puteţi gândi decât la cancer. Începeţi să vă imaginaţi tot soiul de lucruri teribile pe care vi le-ar

putea aduce cancerul. V-ar putea ucide. V-ar putea face să trăiţi restul vieţii în durere, fără demnitate şi fără capacitatea de a vă putea îngriji. V-ar putea împiedica să faceţi lucrurile care vă plac.

Furia

O dată ce realitatea cancerului se face simţită, s-ar putea să vă treziţi înfuriat de nedreptatea acestui fapt. E posibil ca uneori să orientaţi această mânie împotriva oamenilor care încearcă să vă ajute – familia, medicul, prietenii, colaboratorii – deoarece ei sunt cei mai aproape. Este desigur de înţeles furia dumneavoastră. Dar dacă vă lăsaţi stăpânit de mânie, vă poate distruge viaţa la fel ca şi cancerul.

Anxietatea

Dacă aveţi parte de reacţiile adverse ale tratamentului, cum ar fi căderea părului sau reacţii la nivelul pielii, vă puteţi simţi jenat, îngrijorat cu privire la ceea ce vor crede alţii şi să vă pierdeţi încrederea în dumneavoastră. Acestea vă pot face anxios. S-ar putea să vă izolaţi de ceilalţi şi să refuzaţi întrunirile sociale şi de afaceri. Aceste trăiri pot fi deosebit de dificile, mai ales dacă aţi fost dintotdeauna o persoană cu încredere în sine.

Strategii pentru a face faţă cancerului

S-ar putea să nu fiţi în stare să scăpaţi de trăirile chinuitoare, dar puteţi găsi metode pozitive de a le face faţă, astfel încât să nu vă copleşească. Următoarele strategii pot fi de folos ca să vă descurcaţi cu dificultăţile cancerului:

Fiţi pregătit

Puneţi-i medicului întrebări şi citiţi despre anumite tipuri de cancer şi despre efectele lor colaterale. Cu cât veţi avea mai puţine surprize, cu atât vă veţi adapta mai bine.

Respectaţi-vă programul

Nu lăsaţi cancerul sau reacţiile adverse ale tratamentului să vă ocupe toată ziua. Încercaţi să păstraţi măcar o parte din programul şi stilul de viaţă pe care le aveaţi înainte de afla că aveţi cancer. Mergeţi în continuare la lucru, faceţi excursii, vizitaţi-vă copiii sau nepoţii. Aveţi nevoie de activităţi care să vă dea sentimentul de utilitate, împlinire şi motivare. Dar realizaţi de la început că există anumite limitări. Începeţi încet şi gradat să vă construiţi puterea de a rezista.

Fixaţi-vă scopuri rezonabile

Stabilirea de scopuri vă ajută să vă simţiţi stăpân pe dumneavoastră şi poate da vieţii dumneavoastră un rost. Dar nu alegeţi scopuri pe care nu le puteţi atinge. S-ar putea să nu fiţi în stare să lucraţi 40 de ore pe săptămână, de exemplu, dar puteţi lucra măcar jumătate. De fapt, mulţi oameni consideră continuarea lucrului utilă.

Faceţi suficientă mişcare

Mişcarea ajută în lupta cu depresia şi este o metodă bună de a ameliora tensiunea şi agresiunea.

Urmăriţi să nu vă complaceţi în tristeţe

Căutaţi distracţii şi programaţi-vă măcar 2-3 evenimente plăcute pe săptămână. Acestea pot fi un hobby nou, jocul de golf sau mersul la un film. Faceţi ceva care vă place şi aşteptaţi cu nerăbdare să-l faceţi.

Asiguraţi-vă bună-dispoziţie şi râs

Găsiţi metode prin care să vă luminaţi viaţa cu râs, fie petrecâd timpul cu cineva care vă face să râdeţi, fie vizionând filme comice. Râsul vă ajută să vă distrageţi atenţia de la problemele de sănătate. Este un fel de analgezic – chiar aceasta face prin eliberarea de substanţe care ajută în învingerea durerii şi reducerea depresiei.

Faceţi-vă timp pentru dumneavoastră

Mâncatul bine, relaxarea şi odihna suficientă pot ajuta în combaterea stresului şi oboselii din cancer. Plănuiţi din timp când veţi avea nevoie să vă odihniţi mai mult sau când să vă opriţi din activitate.

Căutaţi metode compensatorii

Dacă aveţi tulburări alimentare, de exemplu, rezervaţi-vă perioadele de luat masa pantru când sunteţi acasă şi programaţi plimbări care nu sunt în preajma orelor de masă. Dacă aveţi frecvent nevoie de baie, aşezaţi-vă în spate la cinematograf sau în sălile de întrunire pentru a nu vă face remarcat când aveţi nevoie să ieşiţi.

Vorbiţi cu un prieten, cu membrii familiei sau cu un specialist în consiliere

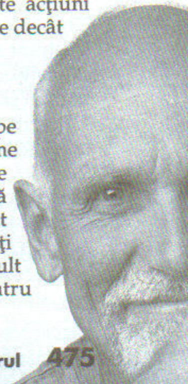
Uneori ajută să vorbiţi cu cineva despre sentiemntele şi fricile dumneavoastră. Mintea şi corpul dumneavoastră nu sunt separate. Cu cât vă veţi simţi mai bine din punct de vedere emoţional, cu atât veţi putea face mai bine faţă din punct de vedere fizic bolii.

Nu renunţaţi la contactul sexual

Oamenii cu cancer simt uneori că nu mai fac faţă din punct de vedere sexual. Nu vă lăsaţi dominat de această senzaţie. Vă puteţi exprima sexualitatea în mai multe moduri. Atingerea, îmbrăţişarea, ţinutul în braţe şi mângâierea pot deveni mult mai importante pentru dumneavoastră şi partenerul dumneavoastră. De fapt, apropierea care rezultă din aceste acţiuni poate produce o intimitate sexuală mai mare decât aţi avut vreodată.

Gândiţi pozitiv

Cancerul nu este neapărat ceva negativ pe de-a-ntregul. Este posibil să iasă şi ceva bine din el. Confruntarea cu cancerul vă poate ajuta să creşteţi emoţional şi spiritual, să descoperiţi ceea ce este cu adevărat important pentru dumneavoastră, să puneţi capăt vechilor certuri şi să petreceţi mai mult timp cu persoanele care contează pentru dumneavoastră.



Senzaţia de gol

Dacă aţi fost supus unor intervenţii chirurgicale pentru a înlătura o parte din corpul dumneavoastră, puteţi simţi o stare de gol greu de explicat. Femeile se pot simţi mai puţin feminine după histerectomie sau după extirparea sânului. Bărbaţii se pot simţi mai puţin bărbaţi după extragerea prostatei.

Depresia

Depresia este frecventă la persoanele cu cancer. Puteţi deveni tot mai trist şi mai descurajat cu privire la ceea ce s-a produs. Puteţi deveni pesimist cu privire la viitor. Asemenea trăiri pot dura puţin sau se pot întinde pe săptămâni sau luni.

Depresia care tenează poate afecta capacitatea de a vă descurca în viaţă. Poate grăbi un declin care să vă facă să vă simţiţi din ce în ce mai rău. Din cauză că sunteţi deprimat puteţi să nu vă simţiţi motivat să faceţi faţă problemelor cotidiene. Când problemele se agravează, la fel face şi depresia. Pentru a descoperi semnalele de alarmă ale depresiei, vezi pag. 1221.

Dacă simţiţi că sunteţi deprimat, vorbiţi cu un medic sau cu un terapeut. Cu un tratament care constă în consiliere sau luarea de medicamente antidepresive sau în ambele, majoritatea oamenilor care suferă de depresie dau semne de ameliorare.

Refacerea forţelor

Oboseala este un efect colateral al cancerului şi al tratamentului. Corpul dumneavoastră este ocupat cu multe provocări fizice şi efortul investit pentru a le face faţă este adesea epuizant şi stresant. Oboseala poate fi un obstacol frustrant atunci când vă străduiţi să menţineţi un program de viaţă normal şi o calitate bună a vieţii.

Pentru a reduce oboseala, luaţi în considerare aceşti paşi:

Vorbiţi cu medicul

Nu vă ascundeţi şi nu ignoraţi oboseala. Vorbiţi-i medicului despre ea deoarece poate avea o cauză fizică tratabilă, ca anemia.

Odihna

Nu vă luptaţi cu oboseala. Dacă aveţi nevoie de scurte perioade de somn după-amiaza, dormiţi.

Fiţi îngăduitor cu dumneavoastră

Luaţi lucrurile pas cu pas şi încercaţi să nu supralicitaţi. Dar nici să nu abandonaţi şi să nu faceţi nimic. Şi inactivitatea produce oboseală.

Delegaţi treburile

S-ar putea să aveţi nevoie să le cereţi altora să facă lucruri pe care în mod obişnuit le făceaţi dumneavoastră, cum ar fi tunsul ierbii sau curăţatul zăpezii.

Practicaţi tehnici de relaxare

Lupta cu emoţii puternice, cum ar fi anxietatea şi frica, poate contribui la oboseală. Vorbiţi cu medicul, cu asistenta medicală sau cu specialistul în consiliere despre metode de reducere a stresului şi care dintre ele ar fi cele mai potrivite pentru dumneavoastră.

Încercaţi să dormiţi bine noaptea

Respectarea unei rutine nocturne de relaxare, cum ar fi cititul unei cărţi sau o baie caldă, poate să vă ajute să adormiţi mai uşor. Evitarea cafelei, puţină mişcare în timpul zilei şi menţinerea unei temperaturi confortabile în dormitor sunt, de asemenea, factori pentru inducerea somnului.

Mâncaţi mai bine ca să vă simţiţi mai bine

O dietă hrănitoare furnizează combustibilul care permite corpului dumneavoastră să-şi menţină forţa şi puterea de a acţiona la parametrii maximi. De aceea, o dietă hrănitoare este deosebit de importantă dacă aveţi cancer. Dacă nu mâncaţi suficient sau nu mâncaţi ce trebuie, corpul dumneavoastră va apela la depozitele nutritive pe care le are. Aceasta va slăbi mecanismele dumneavoastră de apărare contra infecţiei, o ameninţare majoră la persoanele care au cancer. În plus, cu cât mâncaţi mai bine, cu atât veţi fi mai capabil să faceţi faţă unui tratament cum ar fi radioterapia, care, în schimb, vă va creşte şansele de a distruge cancerul.

Dacă aveţi cancer, ceea ce trebuie să mâncaţi şi cât de des diferă faţă de perioada în care eraţi sănătos. În mod normal, recomandările nutriţionale pun accent pe consumul de multe fructe, legume şi cereale, şi renunţarea la grăsimi, zahăr şi sare. Dar, dacă aveţi probleme în menţinerea greutăţii din cauza tratamentului pentru cancer, hrănirea adecvată va presupune să mâncaţi mai multe alimente bogate în calorii, care să furnizeze forţă şi energie, şi să mâncaţi mai multe alimente bogate în proteine. Proteinele ajută la repararea ţesuturilor corpului.

Următoarele recomandări pot ajuta la creşterea caloriilor şi proteinelor în dieta dumneavoastră:

- *Creşteţi cantitatea de lactate.* Laptele, smântâna, brânza şi iaurtul sunt surse importante de calorii şi proteine.
- *Mâncaţi mult unt de arahide.* Întindeţi-l pe pâine, pe felii de fructe, pe biscuiţi sau pe ţelină. Untul de arahide conţine multe calorii şi proteine.
- *Alegeţi carne friptă sau la cuptor.* Carnea de vită, de pui şi de peşte preparată în acest fel conţine mai multe calorii. Carnea este, de asemenea, o sursă importantă de proteine.
- *Adăugaţi ingrediente bogate în calorii.* Turnaţi peste cereale zahăr ars, mierea sau smântână. Puneţi peste plăcintă, prăjitură, budincă şi gelatină nişte îngheţată sau frişcă. Presăraţi peste fructe zahăr sau smântână.
- *Consumaţi băuturi bogate în calorii.* O alegere bună sunt laptele, sucul de fructe, limonada, băuturile cu arome de fructe, malţurile, băuturile răcoritoare, cacaoa şi lichiorul din ou. Apa, cafeaua neagră şi ceaiul nu au calorii.
- *Aprovizionaţi-vă cu băuturi bogate în calorii.* Aceste produse, disponibile sub formă lichidă sau de pulbere, se vând sub denumirea de Ensure, Sustacal, Boost şi Carnation Instant Breakfast (SUA). Băuturile sunt bogate atât în calorii cât şi în proteine, şi au un adaos de vitamine şi de minerale.



Dacă nu aveţi poftă de mâncare, băuturile nutritive pot fi folosite ca gustări sau substituenţi ai meselor. Unii oameni consideră că produsele nutritive sunt dificil de băut din cauza aromei şi consistenţei lor. Dacă este şi cazul dumneavoastră, puteţi încerca această reţetă: amestecaţi o cutie de băutură cu o bucată dintr-un fruct sau cu îngheţată sau cu ambele. Puneţi amestecul într-un recipient şi serviţi-l rece. Dacă nu sunteţi sigur că aveţi voie să consumaţi băuturi nutritive, vorbiţi cu medicul sau cu un dietetician avizat.

Stimularea apetitului

Pierderea apetitului este obişnuită când sunteţi bolnav sau vă refaceţi după o boală. Greaţa, vărsăturile, depresia şi oboseala care se asociază adesea cancerului pot face mâncarea nedorită. Încercaţi următoarele metode pentru a vă îmbunătăţi dieta şi a vă stimula petitul:

- *Mâncaţi ori de câte ori vă este foame.* Dacă apetitul şi papilele dumneavoastră gustative nu par în regulă, luarea de mese mici în timpul zilei poate fi mai avantajoasă decât încercarea de a mânca 3 mese mari pe zi. Câteva înghiţituri de mâncare adecvată sau băutul a câtorva guri de băutură nutritivă la câteva ore pot fi foarte folositoare.
- *Pregătiţi şi congelaţi hrana din timp.* În felul acesta nu va trebui să gătiţi atunci când nu aveţi chef.
- *Alegeţi alimente care miros şi arată bine.* Tratamentul pentru cancer poate altera simţul gustului şi mirosului. Dacă nu vă place carnea roşie, încercaţi alte surse de proteine: pui, peşte sau lactate. Cele mai multe persoane cu cancer consideră că supele şi mâncărurile moi, ca pastele sau cartofii piure, sunt mai uşor de mâncat şi de digerat. Dacă mâncarea preferată nu vă mai stârneşte apetitul, nu vă forţaţi s-o mâncaţi.
- *Sporiţi aromele.* Mâncarea poate să vi se pară fără gust. Încercaţi mici cantităţi din cărnuri şi legume condimentate sau marinate cu multe arome.
- *Beţi mai puţin la masă.* Deşi ar fi de dorit că beţi 6-8 pahare de lichid pe zi, limitaţi consumul de lichide la masă deoarece vă pot face să vă simţiţi plin şi vă vor împiedica să mâncaţi suficientă mâncare. Beţi după masă.
- *Schimbaţi ambientul.* Mâncatul în diverse locuri vă poate stimula apetitul. Invitaţi prieteni la masă, cântaţi, aprindeţi câteva lumânări sau priviţi la un video sau la un program TV.

Dacă tot mai aveţi probleme cu mâncatul la câteva săptămâni după tratament, luaţi legătura cu medicul. Probabil vă va cere să contactaţi un dietetician avizat. Unii dieteticieni sunt specializaţi în ajutorarea persoanelor cu cancer şi vă pot fi de folos în punerea la punct a unei strategii alimentare care să vină în întâmpinarea necesităţilor dumneavoastră.

Întoarcerea la serviciu

Munca este o parte importantă a vieţii, care conferă împlinire personală, venituri şi bucurii. Dacă aveţi cancer, munca poate fi, de asemenea, un factor de reabilitare şi de dinamizare. Mulţi oameni cu cancer consideră că întoarcere la serviciu îi ajută să recapete un sens al normalităţii şi al controlului asupra vieţii proprii.

Dacă sunteţi angajat, faptul că aveţi cancer nu înseamnă că vi s-a ruinat cariera sau că nu veţi mai putea avea importanţă la locul de muncă. În realitate, 8 din 10 angajaţi cu cancer se întorc la serviciu. Şi statisticile arată că

Cum să-i spuneţi copilului dumneavoastră că aveţi cancer



Dacă aţi fost diagnosticat cu cancer şi aveţi copii, perspectiva de a le spune că aveţi cancer poate fi covârşitoare. Este bine să păstraţi secretul o vreme înainte de a li-l comunica. Dar, la un anumit moment, trebuie să le spuneţi copiilor. Reţineţi, de asemenea, că mai ales copiii mici nu înţeleg cancerul în acelaşi mod ca adulţii, aşa că adesea ei nu manifestă şocul, anxietatea sau frica pe care părinţii le-ar aştepta din partea lor. Iată câteva sugestii cu privire la felul în care le-aţi putea explica despre cancerul dumneavoastră:

- Fiţi sincer cu copiii dumneavoastră în privinţa diagnosticului, a ceea ce urmează şi la ce se pot aştepta în diverse etape ale bolii şi tratamentului.
- Încurajaţi-vă copiii să pună întrebări, să-şi împărtăşească sentimentele şi să ajute pe lângă casă sau în îngrijirea dumneavoastră.
- Asiguraţi-vă copilul că nimic din ceea ce au făcut sau au gândit nu a cauzat cancerul dumneavoastră, că nu este contagios şi că ei vor fi iubiţi şi îngrijiţi în continuare, indiferent de ceea ce aţi păţi dumneavoastră.
- Permiteţi-le copiilor să trăiască după un program cât se poate de normal – şi asiguraţi-i că este bine să facă astfel.
- Anunţaţi-i pe profesorii şi îngrijitorii copilului dumneavoastră de această situaţie.
- Dacă aveţi nevoie, cereţi ajutor medicilor, asistentelor medicale, infirmierelor, asistenţilor sociali, specialiştilor în consiliere, grupurilor de ajutorare, psihologilor şi psihiatrilor.
- Continuaţi să vă educaţi copilul aproape ca în condiţii normale.
- Daţi răspunsuri sincere, dar pline de speranţe. Copiii simt când ceva nu este în regulă şi-şi pot imagina ce e mai rău.
- Nu-i încărcaţi cu prea multe responsabilităţi pe copiii dumneavoastră. Este normal să ajute, dar nu trebuie să devină adulţi în casă.
- Dacă se poate, evitaţi să trimiteţi copiii la un prieten sau la o rudă. Dacă sunt îndepărtaţi, copiii au un sentiment şi mai puternic de abandonare.

angajaţii care au avut cancer sunt la fel de productivi ca şi alţii şi se pare că nu-şi mai iau zile de concediu medical.

La început va fi nevoie să faceţi anumite modificări, cum ar fi să lucraţi mai puţine ore. Dar mai târziu veţi fi capabil să vă reluaţi programul obişnuit şi activităţile. Înainte de a vă întoarce la serviciu:

- Vorbiţi cu medicul despre cât de mult puteţi munci. Adesea este mai bine să vă uşuraţi programul de muncă.
- Vorbiţi încă de când vă întoarceţi cu şeful dumneavoastră despre reducerea numărului de ore de lucru sau a îndatoririlor.
- Gândiţi-vă cum să răspundeţi colegilor de serviciu dacă vă întreabă despre cancer şi despre cum vă simţiţi. Dacă vă pregătiţi din timp ce să spuneţi vă veţi putea acomoda mai bine.

Comunicarea cu familia şi prietenii

Cancerul are un mod anume de înăbuşire a comunicării exact atunci când aveţi mai mare nevoie de ea. Membrii familiei pot găsi dificil să se împace cu boala dumneavoastră, aşa încât nu sunt în stare să vorbească cu dumneavoastră despre o problemă atât de importantă. Iar prietenii de bună credinţă – pentru că nu ştiu ce să spună sau să facă şi fiindcă nu vor să vă supere – pot evita o discuţie despre sănătatea dumneavoastră.

Iată câteva moduri în care puteţi să faceţi mai uşor pentru familie şi pentru prieteni să vă acorde ajutorul de care aveţi nevoie:

Aşteptaţi

S-ar putea să vreţi să vorbiţi despre probleme importante legate de sănătatea dumneavoastră înainte ca familia dumneavoastră şi prietenii să fie pregătiţi. Interpretaţi limbajul corpului lor, cum ar fi dacă evită contactul vizual. Dacă nu sunt încă pregătiţi să discute, lăsaţi-le puţin timp să se obişnuiască.

La fel, dacă vreuna dintre fiinţele dragi vrea să vă vorbească înainte ca dumneavoastră să fiţi pregătit, apreciaţi-i intenţia, dar spuneţi-i că nu sunteţi gata încă să vorbiţi despre aceasta.

Nu toate familiile sunt deschise şi gata să-şi împărtăşească trăirile. Uneori este mai uşor să vă confesaţi unei persoane din afara sau din apropierea familiei ori prietenilor, cum ar fi unui specialist în consiliere sau altcuiva care a avut cancer.

Întindeţi o mână familiei şi prietenilor

Întindeţi o mână persoanelor la care ţineţi. S-ar putea să credeţi că ar trebui să fie invers. Şi în cazul unora dintre cei mai apropiaţi membri ai familiei sau prietenilor, chiar aşa va fi. Ei vor fi cei care vor veni către dumneavoastră. Dar încercaţi să vă amintiţi câte persoane bolnave cunoaşteţi şi cât de greu v-a fost ca să vă gândiţi ce să le spuneţi sau să faceţi ca să le ajutaţi.

Gândiţi-vă la modalităţile de a face familia şi prietenii să se simtă în largul lor. Întrebaţi un prieten ocupat ce proiecte are. Invitaţi un prieten care nu prea vrea să vorbească să vă ajute la o treabă casnică, de exemplu curăţatul unui garaj. Pe prietenii care au destule probleme de-ale lor întrebaţi-i cum le merge.

Acceptaţi ajutor

Nu vă temeţi să cereţi ajutor. De multe ori familia şi prietenii aşteaptă să le daţi un semn despre cum vă pot ajuta. Când ei vă zic „Spune-mi cum pot să te ajut", răspundeţi-le. Cei mai mulţi membri ai familiei şi prieteni vă vor fi recunoscători că le daţi ocazia să vă arate, în mod concret, că le pasă.

Contactarea unui grup de ajutorare

Nu toate persoanele cu cancer au nevoie de un grup de ajutorare. A avea familie şi prieteni poate asigura tot sprijinul de care aveţi nevoie. Dar unii oameni găsesc util să aibă persoane la care să apeleze, din afara cercului lor de cunoştinţe.

În general, grupurile de ajutorare se împart în 2 categorii: cele care sunt conduse de specialişti în domeniul sănătăţii, cum ar fi psihologi sau asistente medicale, şi cele conduse de membri ai grupului. Unele sunt mai instructive şi structurate, şi pot avea discuţii despre noile tratamente. Altele pun accentul pe susţinerea emoţională şi pe împărtăşirea experienţelor.

În plus, Internetul oferă acum grupuri de sprijin on-line în cadrul cărora puteţi conversa cu alţii prin intermediul calculatorului. Dar aveţi grijă cu privire la siguranţa informaţiilor despre terapiile sau tratamentele pe care le găsiţi on-line.Vorbiţi cu medicul pentru a vă asigura că sunt corecte şi, mai important, nepericuloase.

Dacă sunteţi de părere că aţi vrea să contactaţi un grup de ajutorare, informaţi-vă la medic, la spital sau la serviciile sociale. Există o mare varietate de grupuri de susţinere, care vă pot ajuta în această perioadă de tranziţie din viaţa dumneavoastră.



Îngrijirea terminală

Termenul american „hospice" derivă din cuvântul latin „oaspete". Este rădăcina cuvintelor „spital", „spitalizare" şi „cămin"(„hostel").

În Evul Mediu, un „hospice" era un loc de cazare pentru călători. Astăzi termenul are altă semnificaţie. Înseamnă un program care oferă îngrijire coordonată, interdisciplinară şi servicii pentru persoanele în ultima fază de boală şi pentru familiile lor. Programul poate fi aplicat într-un centru medical, în casa persoanei bolnave sau în locuri speciale.

Îngrijirea terminală nu grăbeşte moartea şi nici nu o amână. În schimb, programul pune accent pe creşterea calităţii vieţii, concentrându-se pe controlul reacţiilor adverse şi pe consilierea psihosocială, nu pe tratarea bolii.

Scopul programului de îngrijire terminală este de a permite oamenilor să se pregătească adecvat pentru moarte şi să-şi trăiască ultimele zile cât mai confortabil cu putinţă. Pentru mai multe informaţii despre îngrijirea terminală vezi pag. 317.

Prevenirea cancerului

Oamenii de ştiinţă şi medicii nu înţeleg multe dintre cauzele pentru care oamenii fac cancer, dar sunt destule lucruri pe care le puteţi face pentru a scădea riscul acestei boli. Fumatul produce aproximativ 30% din decesele prin cancer. Statisticile arată că o altă treime din decesele prin cancer se datorează factorilor alimentari. Dacă americanii ar aplica în viaţa lor tot ce se ştie despre prevenirea cancerului, frecvenţa cancerului s-ar reduce semnificativ.

Prevenirea cancerului poate fi făcută sub forma luării câtorva decizii simple în viaţa de zi cu zi. Nu contează ce vârstă aveţi, niciodată nu este prea târziu să adoptaţi o atitudine prin care să puteţi evita cancerul. Iată câteva strategii prin care să începeţi un stil de viaţă mai sănătos.

Fumatul

Dacă fumaţi, se poate să consideraţi aceasta un obicei plăcut. Probabil fumaţi ca să vă calmaţi sau să vă tăiaţi pofta de mâncare. Oamenii fumează dintr-o mulţime de motive. Adăugaţi la acestea dependenţa pe care o dă nicotina şi perspectiva renunţării la fumat devine neatrăgătoare şi adesea dificilă.

Dar nu există dubii cu privire la aceasta. A nu fuma sau renunţarea la fumat – fie că este vorba despre ţigări, mestecarea de tutun, fumarea de pipă sau de trabuc – este una dintre cele mai importante decizii pentru sănătate pe care le puteţi lua.

Probabil că aţi auzit aceasta de sute de ori, dar este adevărat. Fumatul poate fi fatal pe termen lung. Dacă fumaţi ţigări, inhalaţi aer care conţine aproximativ 43 de substanţe ce pot determina celulele să devină canecerigene (carcinogene). Gudronul din fumul de ţigară, de asemenea, face un strat lipicios maroniu pe mucoasa plămânilor şi a căilor dumneavoastră respiratorii.

Fumatul este răspunzător de 85–90% din totalul cancerelor pulmonare. Fumatul, de asemenea, creşte riscul de cancer esofagian, laringian, de vezică urinară şi rinichi. În plus, tutunul este corelat cu emfizemul pulmonar, bronşita, bolile cardiovasculare şi accidentul vascular cerebral. Mestecarea de tutun nu este nici ea lipsită de pericol. Statisticile arată că mestecarea tutunului creşte riscul de cancer bucal.

Dieta sănătoasă

Dieta este un alt factor de risc important pentru cancer – al doilea după fumat – pe care îl puteţi controla.

Metode de a vă lăsa de fumat

Persoanele care renunţă la fumat, indiferent de vârstă, trăiesc mai mult decât cele care continuă să fumeze. Lăsându-vă de fumat, scădeţi la mai mult de jumătate riscul de a face cancer, aşa cum reduceţi riscul altor cancere şi boli. Există numeroase metode ca să scăpaţi de nicotină. Acestea se referă la următoarele produse şi medicamente:

Plasturi cu nicotină

Acum disponibil fără prescripţie medicală, plasturele cu nicotină se pune pe piele unde începe să elibereze lent nicotină în corpul dumneavoastră. Aceasta ajută în lupta cu dependenţa de nicotină, prin reducerea dorinţei de a fuma atunci când reduceţi numărul de ţigări sau renunţaţi la fumat. În cele din urmă veţi renunţa şi la plasturi.

Guma de mestecat cu nicotină

De asemenea, puteţi cumpăra, fără prescripţie medicală, gumă de mestecat cu nicotină. Când mestecaţi guma, ea descarcă nicotină în corpul dumnevoastră. Mucoasa dumneavoastră bucală absoarbe nicotina. După ce aţi avut parte de primul efect al nicotinei, puteţi plasa guma de mestecat pe partea interioară a unui obraz până când veţi simţi din nou dorinţa de nicotină.

Spray-ul nazal cu nicotină

Nasul dumneavoastră este o altă cale prin care nicotina poate intra în corp. Un spray nazal cu nicotină, disponibil fără prescripţie medicală, poate introduce nicotina în corpul dumneavoastră mai repede decât guma sau plasturii, deoarece se absoarbe prin mucoasa nazală.

Inhalantul cu nicotină

Un inhalant cu nicotină, eliberat fără prescripţie medicală, arată ca o ţigară din plastic. Un capăt are un vârf din plastic ca acela folosit la unele ţigări. Când introduceţi în gură acest capăt şi inhalaţi ca atunci când fumaţi o ţigară, se eliberează vaporii de nicotină în gura dumneavoastră, unde sunt absorbiţi.

Medicamente fără nicotină

Bupropion (Zyban) este un medicament antidepresiv care s-a dovedit de ajutor în combaterea dependenţei de nicotină. Este primul medicament fără nicotină aprobat de FDAca un ajutor pentru renunţarea la fumat.

Se eliberează numai cu prescripţie medicală.

Puteţi încerca să vă lăsaţi de fumat şi singur, sau puteţi urma un program de renunţare la fumat sau să contactaţi un grup de ajutorare pentru aceasta. Medicul vă poate recomanda produse eficiente de înlocuire a consumului de nicotină sau un program de renunţare la fumat. Aceste programe sunt disponibile în spitale şi clinici sau în sediile locale ale departamentelor de sănătate publică. Organizaţii naţionale de sănătate, ca Societatea Americană de Cancer şi Societatea Americană pentru Plămâni sunt surse excelente de informare şi pot pune la dispoziţie sfaturi şi strategii pentru a vă ajuta să renunţaţi la fumat.

Reduceţi riscurile

Iată felul în care sănătatea dumneavoastră se îmbunătăţeşte după oprirea fumatului:

Imediat	Atmosfera în jurul dumneavoastră nu mai este periculoasă pentru copii şi alţi adulţi.
20 de minute	Tensiunea dumneavoastră arterială revine la normal. Frecvenţa pulsului revine la normal. Temperatura mâinilor şi picioarelor se normalizează.
8 ore	Nivelul de monoxid de carbon în sânge revine la normal. Concentraţia oxigenului în sângele dumneavoastră se normalizează.
24 de ore	Scade riscul de a avea un atac de cord.
48 de ore	Simţul mirosului şi al gustului se ameliorează.
2-12 săptămâni	Circulaţia se îmbunătăţeşte. Respiraţia se ameliorează. Mergeţi mai uşor.
1-9 luni	Tusea şi congestia nazală scad. Respiraţia devine mai amplă. Nivelul global de energie creşte. Capacitatea plămânilor de a se curăţa şi de a lupta cu infecţiile creşte.
1 an	Dacă sunteţi bărbat, riscul de a muri prematur din cauza unei boli de inimă scade la jumătate faţă de un fumător.
5 ani	Riscul de accident vascular cerebral este comparabil cu al unui nefumător.
10 ani	Speranţa de viaţă este comparabilă cu a unui nefumător. Riscul de deces prin cancer pulmonar este aproape jumătate din cel al unui fumător. Riscul de cancer bucal, laringian, de esofag, vezică urinară, rinichi şi pancreas scade.
15 ani	Ponderea celorlalţi factori fiind aceeaşi, riscul de boală cardiacă pentru dumneavoastră este acelaşi cu al unui nefumător.
Înainte de 50 de ani	Riscul dumneavoastră de a muri în următorii 15 ani a scăzut cu 50% faţă de cei care continuă să fumeze.

Chiar dacă alegerea alimentelor sănătoase nu garantează că nu veţi avea cancer, poate reduce riscul acesta. Societatea Americană de Cancer face următoarele recomandări:

Mâncaţi alimente de origine vegetală

Fie că este vorba despre conopidă sau merişor, consumul de mai multe fructe şi legume poate avea un rol important în prevenirea multor cancere. Acelaşi lucru este valabil pentru hrana alcătuită din cereale integrale, ca anumite tipuri de pâine sau cereale pur şi simplu.

Alimentele vegetale conţin mai bine de 100 de vitamine, minerale, fibre şi alte substanţe benefice. Fructele, legumele şi cerealele integrale sunt surse excelente de fibre, care pot scădea riscul de cancer de colon şi rect. Legumele verzi şi galbene, produsele din soia şi legumele cum ar fi conopida şi broccoli pot juca un rol în reducerea riscului de cancer de colon, de rect şi de stomac.

Majoritatea americanilor mănâncă mai puţine alimente vegetale decât ar trebui. Pentru a scădea riscul de cancer, încercaţi să mâncaţi cel puţin 5 porţii de fructe şi legume şi 6-11 porţii de cereale pe zi.

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Nu există alimente miraculoase de prevenire a cancerului. Mâncaţi ca şi cum dieta dumneavoastră ar fi o investiţie. Diversificaţi-vă alimentaţia atât cât vă permite buzunarul. Consumul unei varietăţi de alimente furnizează diverse substanţe nutritive care asigură sănătatea.



Întrebare şi răspuns

Consumul de produse din soia reduce riscul de cancer?

Unele studii sugerează că substanţele din soia pot produce modificări la nivel celular care să împiedice dezvolatarea şi creşterea celulelor. În plus, unele tipuri de cancer se dezvoltă mai greu în zone ale lumii în care soia este unul dintre alimentele de bază, cum ar fi unele ţări din Asia. Deşi nu s-a dovedit că soia ar ajuta în prevenirea cancerului, ea este o sursă excelentă de proteine şi o bună alternativă pentru carne în dieta dumneavoastră.



Consumaţi mai puţine alimente bogate în grăsimi

Studiile arată că persoanele care au diete bogate în grăsimi, cu multă carne grasă, prezintă risc crescut de cancer de prostată, de colon, de rect, de uter şi de sân. Ar trebui ca mai puţin de 30% din totalul de calorii pe care le consumaţi zilnic să provină din grăsimi. Citiţi cu atenţie etichetele produselor alimentare. De obicei ele arată câte grame de grăsime există la 100 de grame de produs. La o medie de 2 000 de calorii pe zi în dietă, este de dorit să reduceţi grăsimile la cel mult 65 g/zi.

Activitatea fizică şi greutatea

Activitatea fizică regulată joacă un rol important în a vă ajuta să vă menţineţi sănătatea şi să vă controlaţi greutatea. Dacă aveţi o greutate normală, aveţi risc mai mic pentru diferite cancere.

Studiile arată că obezitatea este un factor de risc pentru cancerul de prostată, de colon, de rect, de uter, iar, la femeile înaintea menopauzei, de cancer de sân. Ce înseamnă greutatea normală pentru dumneavoastră? Vezi cap. 3, „Menţinerea unei greutăţi normale".

În ciuda avantajelor exerciţiilor, mulţi oameni le evită. Aproape 70% dintre adulţii vârstnici – grupa de vârstă cu cel mai mare risc de cancer – sunt inactivi.

Un motiv ar fi acela că mulţi oamerni consideră că mişcarea trebuie să fie tensionantă, chiar dureroasă, pentru a fi benefică. Adevărul este că frecvenţa şi durata activităţii fizice sunt mult mai importante decât intensitatea ei.

Experţii recomandă să faceţi 30 de minute sau mai bine de activitate fizică mai multe zile pe săptămână. Poate suna înspăimântător, dar acele 30 de minute pot include activităţi ca plimbarea rapidă, greblatul curţii sau dansul.

Consumul de alcool

Riscul de cancer pentru dumneavoastră creşte cu cantitatea de alcool pe care o consumaţi şi cu durata de timp în care aţi consumat alcool în mod regulat. Chiar o cantitate mică de alcool – 2 păhărele pe zi, dacă sunteţi bărbat, şi unul pe zi, la femei – poate creşte riscul de cancer.

Aceasta este şi mai adevărat dacă fumaţi. Asocierea fumatului şi a consumului de alcool poate creşte semnificativ riscul de cancer bucal, de esofag şi de laringe. Unele studii sugerează că alcoolul vă poate creşte riscul de cancer de sân.

Protecţia pielii

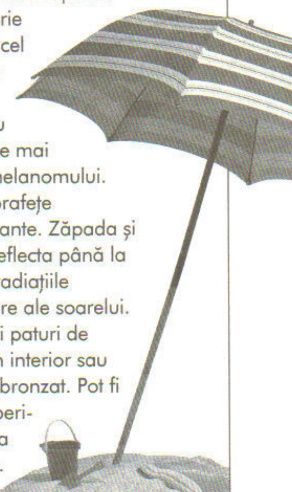
Cancerul de piele este una dintre cele mai cunoscute forme de cancer şi una dintre cele mai uşor de prevenit. Deşi expunerile repetate la raze X sau la contactul cu anumite substanţe chimice pot avea un rol în această boală, expunerea la soare este de departe cea frecventă cauză de cancer.

Aproximativ 90% dintre cancerele de piele apar pe părţile de obicei neacoperite ale corpului – faţă, mâini, antebraţe şi urechi.

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Multe cancere de piele sunt vindecabile dacă sunt depistate din timp. Dar este şi mai bine dacă le preveniţi. Aceasta înseamnă să aplicaţi metode de protecţie faţă de soare:

- Evitaţi orele de vârf ale radiaţiilor solare. Radiaţiile ultraviolete (UV) sunt maxime între orele 10 a.m. şi 3 p.m. Încercaţi să ieşiţi cât mai puţin afară în acest interval de timp sau deloc.
- Staţi la umbră. Dacă trebuie să ieşiţi afară, reduceţi expunerea la soare stând la umbră.
- Purtaţi haine care vă protejează de razele solare. O pălărie cu borul mare vă poate proteja faţa şi gâtul.
- Alegeţi o protecţie solară corectă. Asiguraţi-vă că are un factor de protecţie solară (SPF) de cel puţin 15 şi că este o substanţă de protecţie cu spectru mare, adică opreşte atât radiaţiile UVA cât şi UVB – două tipuri de ultraviolete care dăunează pielii dumneavoastră. Dacă înotaţi, asiguraţi-vă că protecţia dumneavoastră solară este impermeabilă. Pentru maximum de eficienţă, substanţele respective de protecţie solară trebuie aplicate pe piele cu 30 de minute înainte de a ieşi. Ungeţi-vă din plin şi repetaţi la fiecare 90 de minute.
- Protejaţi-vă copilul de arsuri solare. Arsurile solare repetate din copilărie constituie cel mai mare factor de risc pentru apariţia de mai târziu a melanomului.
- Evitaţi suprafeţe reflectorizante. Zăpada şi apa pot reflecta până la 85% din radiaţiile dăunătoare ale soarelui.
- Nu folosiţi paturi de bronzat în interior sau lămpi de bronzat. Pot fi la fel de periculoase ca şi soarele.



Semnale de alarmă pentru cancer

Societatea Americană de Cancer vă recomandă să vedeţi un medic de îndată ce aveţi vreunul dinte aceste 7 semnale de alarmă:

- Modificări inexplicabile ale scaunului sau urinei
- O rană care nu se vindecă
- Sângerări sau secreţii neobişnuite
- O întărire sau o nodozitate în sân sau în altă parte a corpului
- Indigestie sau înghiţit dificil
- O schimbare evidentă a unei aluniţe sau a unui neg
- O tuse persistentă sau răguşeală.

Semnalarea cancerului

Dacă vă determinaţi riscul pe care-l aveţi pentru cancer şi sunteţi atent la schimbările care apar în corpul dumneavoastră, puteţi preveni cancerul sau să-l ajutaţi pe medic să-l depisteze mai devreme şi, astfel, să vă creşteţi şansele de vindecare completă.

O metodă de evaluare a riscului de cancer pe care-l aveţi este de a vedea dacă familia dumneavoastră are istoric de cancer. Dacă este aşa, interesaţi-vă de ce tip de cancer este vorba şi la ce vârstă a fost diagnosticată persoana care l-a avut. În general, cu cât cancerul apare mai frecvent şi mai devreme la rude, cu atât sunteţi mai expus. Dar simplul fapt că în familia dumneavoastră are cineva cancer nu înseamnă că veţi avea şi dumneavoastră.

Dacă observaţi apariţia repetată de cancere la vârste tinere, ar fi bine să faceţi o vizită la medic. El va hotărî următorul pas pe care îl aveţi de făcut, care va fi contactarea unui specialist în genetică. Testele genetice vă pot ajuta să aflaţi dacă aţi moştenit un risc crescut de un anumit cancer. Pentru mai multe informaţii cu privire la testele genetice vezi cap. 18, „Genetica şi boala".

Va trebui, de asemenea, să fiţi atent la schimbările care apar în corpul dumneavoastră, care ar putea semnala cancerul. Dacă înregistraţi semnale de alarmă, vorbiţi cu medicul.

Controalele periodice

Puteţi discuta cu medicul ce teste de invetigare a cancerului sunt cele mai indicate pentru dumneavoastră, în funcţie de vârstă, ocupaţie, stil de viaţă, istoric familial şi preferinţe personale. Între două vizite la medic, examinaţi-vă singur acasă pentru depistarea modificărilor care pot semnala anumite tipuri de cancer, cum ar fi cancerul de sân, de piele şi de testicul. Dacă nu ştiţi când şi cum să faceţi asemenea autoexaminare, cereţi medicului să vă arate la următoarea vizită. Dacă deja v-aţi examinat singur, el poate verifica dacă procedaţi corect. ■

CAPITOLUL **20** PARTEA a V-a

Bolile infecţioase

Rolurile sistemului imunitar sunt de a ține departe de organismul dumneavoastră microorganismele infecțioase și de a le distruge pe acelea care reușesc să pătrundă în el.

Până acum mai puțin de 30 de ani, oamenii de știință cunoșteau doar o mică parte din informațiile cu privire la modul în care diversele celule care alcătuiesc sistemul dumneavoastră imunitar interacționează pentru a vă proteja contra bolilor. Dar, pe măsură ce știința a progresat, cercetătorii consideră acum că există mai bine de 100 de milioane de tipuri de celule imunitare. Pentru fiecare virus sau bacterie se pare că există o celulă imunitară care este special desemnată să o vâneze și să o distrugă.

Totuși, virusurile și bacteriile sunt adversari abili, care caută mereu noi căi de a sparge apărarea sistemului dumneavoastră imunitar. În plus, unele antibiotice folosite mult timp pentru a trata infecțiile au devenit mai puțin eficiente.

A înțelege sistemul imunitar

Sistemul dumneavoastră imunitar este un complex de organe, celule și molecule, distribuite în tot organismul. Fiecare parte a acestui sistem contribuie la creșterea, dezvoltarea sau activarea limfocitelor, globule albe complicate, care joacă un rol major în răspunsul imunitar al organismului dumneavoastră.

Leucocitele își au originea în măduva osoasă. Unele migrează apoi în timus, unde se dezvoltă ca tipuri specializate de celule imunitare. Unele dintre aceste celule din măduva osoasă și din timus se adună în ganglionii limfatici și în alte organe implicate în imunitate, ca splina, amigdalele, foliculii adenoidieni, apendicele și intestinul subțire. Alte leucocite circulă prin vasele sangvine și limfatice. Vasele limfatice conțin limfă, un fluid incolor, care transportă microorganisme și celule moarte rezultate în urma infecțiilor din diverse locuri la ganglionii limfatici, unde sunt distruse. Vasele limfatice transportă și leucocite la locurl infecției.

Celulele „soldați" ale armatei imunitare

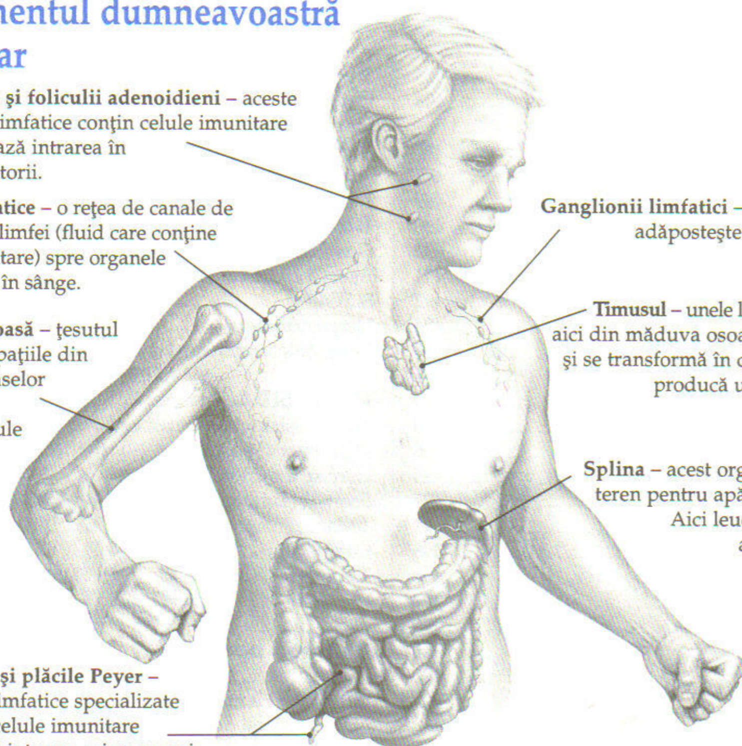
Cheia răspunsului dumnevoastră imunitar este un arsenal remarcabil de leucocite. „Soldații" de bază sunt celulele B, celulele T, fagocitele și ucigașii chimici.

Celulele B și T

Celulele B și T sunt leucocite care recunosc și apoi coordonează atacul contra invadatorilor străini, cunoscuți ca antigene.

Celulele B lucrează în principal pentru producerea de anticorpi, substanțe care se atașează de antigene și le distrug. Fiecare anticorp este desemnat să atace un antigen specific. Celulele T coordonează

Armamentul dumneavoastră imunitar



Amigdalele și foliculii adenoidieni – aceste formațiuni limfatice conțin celule imunitare care protejează intrarea în căile respiratorii.

Vasele limfatice – o rețea de canale de transport al limfei (fluid care conține celule imunitare) spre organele imunitare și în sânge.

Măduva osoasă – țesutul moale din spațiile din interiorul oaselor lungi, care produce celule imunitare.

Ganglionii limfatici – fiecare ganglion adăpostește celule imunitare (celule B și T).

Timusul – unele leucocite migrează aici din măduva osoasă, se multiplică și se transformă în celule capabile să producă un răspuns imun.

Splina – acest organ constituie un teren pentru apărarea imunitară. Aici leucocitele captează agenții infecțioși.

Apendicele și plăcile Peyer – formațiuni limfatice specializate care conțin celule imunitare ce împiedică intrarea microorganismelor infecțioase în sistemul digestiv.

apărarea imunitară şi distrug agenţii infecţioşi la contactul cu ei. Şi, în plus, secretă puternicele substanţe, numite limfokine, care sunt foarte pricepute în atacarea celulelor canceroase sau a celulelor infectate de virusuri.

Fagocitele

Fagocitele sunt un alt tip de leucocite. Principala funcţie a acestor „mâncători" celulari este de a îngloba orice lucru nedorit în organism, de la un fir de praf sau de polen la un virus. Macrofagul este un tip special de fagocit care are rol în iniţierea răspunsului imunitar.

Ucigaşii chimici

Anumite leucocite sunt ucigaşii chimici, cunoscuţi sub numele de neutrofile, eozinofile şi bazofile. Aceste celule, de asemenea, ingeră microorganismele nedorite şi eliberează substanţe chimice puternice, care ajută la distrugerea unor astfel de microorganisme.

Barierele de apărare

Atunci când antigenele încearcă să vă invadeze organismul, ei se confruntă cu bariere de apărare din ce în ce mai complicate.

Barierele fizice

Pielea vă apără corpul de invadatori, fie că sunt într-adevăr periculoşi sau nu. Aparatul respirator, de asemenea, ţine departe microorganismele. Mecanismele de apărare includ prinderea iritanţilor în perii nazali şi în mucus, plimbarea mucusului în sus şi în jos cu ajutorul prelungirilor subţiri ca firul de păr (cili) din mucoasa tractului respirator, tusea şi strănutul.

Pielea şi mucoasele tractului respirator şi gastrointestinal mai conţin macrofage şi anticorpi. Fluide ca saliva, transpiraţia şi lacrimile conţin enzime distructive. Acizii din stomac joacă şi ei un rol în uciderea microorganismelor ingerate prin alimente sau lichide.

Mecanismele generale de apărare

Substanţele străine care se strecoară prin barierele fizice sunt luate în primire de celulele „gunoieri" care circulă în vasele sangvine şi limfatice. Un mecanism de apărare generală este răspunsul inflamator. El opreşte microorganismele producătoare de boli în primele faze ale invaziei şi le limitează la o anumită zonă. Celulele imunitare determină vasele sangvine mici, din vecinătatea invaziei, să se dilate, producând înroşire şi căldură. Umflarea survine atunci când celulele imunitare fac vasele de sânge să piardă fluid în ţesuturile din jur. Apoi, ganglionii limfatici din vecinătate capteează microorganismele şi declanşează producţia de şi mai multe celule imunitare care ucid microorganismele şi limitează infecţia.

Sistemul complementului sangvin

Acesta presupune o serie complexă de proteine circulante care completează munca anticorpilor. Când o proteină complementară vine în contact cu un microorganism invadant, fiecare componentă a sistemului complement este activată. Rezultatul este o proteină complexă care se ataşează la suprafaţa microorganismului şi-l distruge prin înţeparea membranei celulare.

Apărarea prin anticorpi

Microorganismele nedorite care trec de primele linii de apărare se confruntă cu mecanisme şi mai sofisticate. De îndată ce identifică un antigen, celulele B produc anticorpi care se ataşează de antigen, neutralizându-l sau făcându-l inofensiv. Anticorpii sunt specifici: fiecare este eficient doar împotriva unui anumit antigen care a dus la apariţia lui.

Apărarea celulară

Celulele T se concentrează pe sarcini şi mai abile, cum ar fi găsirea microorganismelor care sunt ascunse în celule. Pentru găsirea duşmanului, macrofagele acţionează ca agenţi sub acoperire, plimbându-se printre celule, verificând dacă există substanţe străine.

Formarea rezistenţei

La naştere, sistemul dumneavoastră imunitar este relativ slab dezvoltat. El devine mai puternic pe măsură ce vă maturizaţi, vă expuneţi la agenţi infecţioşi şi faceţi vaccinuri. Aceasta este cunoscută drept imunitate post-expunere.

De fiecare dată când vă expuneţi la un invadator străin, sistemul dumneavoastră imunitar creează celule de memorie B şi T, specifice microorganismului invadator. După vindecare, sistemul imunitar păstrează o parte din celulele cu memorie. Data viitoare când veniţi în contact cu acelaşi tip de microorganism, celulele cu memorie se înmulţesc rapid, pentru a stopa infecţia.

Vaccinurile lucrează asemănător. Când sunteţi vaccinat, sunt injectate în corpul dumneavoastră un virus sau o bacterie ucise sau neutralizate. Deşi microorganismul injectat nu este suficient de puternic pentru a vă îmbolnăvi, el poate stimula un răspuns imunitar. Se formează celulele cu memorie, furnizând imunitate contra bolii timp de ani sau chiar toată viaţa.

Duşmanul

Substanţele care pot să vă invadeze organismul trăiesc pretutindeni – în aer, în hrană şi plante, pe şi în animale, în sol şi în apă, şi, posibil, pe orice altă suprafaţă. Ele variază de la organisme microscopice la paraziţi mai mari. Marea majoritate a acestor microorganisme nu produc boli deoarece sunt ţinute sub control de sistemul imunitar. Dar dacă acest sistem slăbeşte sau întâlniţi un microorganism faţă de care nu v-aţi format o rezistenţă, poate apărea boala. Multe tipuri de microorganisme pot produce boli infecţioase.

Bacteriile

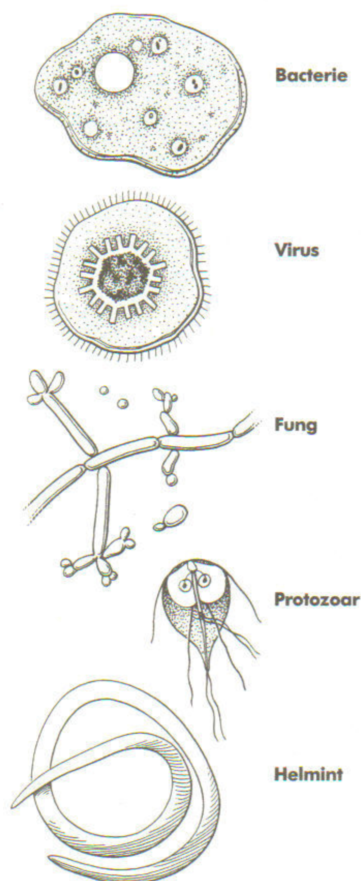
Bacteriile sunt organisme unicelulare vizibile doar la microscop. Ele arată ca baghete subţiri (bacili) sau celule rotunde (coci), sunt independente şi se pot înmulţi prin diviziune.

Când bacteriile reuşesc să intre în corpul dumneavoastră, cresc numeric şi pot produce substanţe puternice numite toxine, care afectează anumite celule din ţesuturile pe care le invadează, producând îmbolnăvirea.

Cele mai cunoscute tipuri de bacterii sunt stafilococii, *Escherichia* (în cadrul căreia cea mai cunoscută este *E. coli*), streptococii, *Chlamydia*, *Haemophilus*, gonococii şi rickettsiile.

Nu toate bacteriile sunt periculoase. Unele bacterii care trăiesc în organism (cele din gură sau tractul intestinal) sunt chiar benefice.

Agenţii infecţioşi



Virusurile

În varianta cea mai simplă, un virus este o capsulă care conţine material genetic, dar nu este capabil să se înmulţească singur. Când un virus invadează organismul, el intră în anumite celule şi se activează, instruind acele celule gazdă să fabrice ceea ce-i trebuie pentru a se înmulţi. În acest proces, celulele gazdă sunt eventual distruse. Poliomielita, SIDA şi răcelile comune sunt boli virale.

Fungii

Mucegaiurile, levurile şi ciupercile sunt toate tipuri de fungi. Desigur, ciupercile nu sunt infecţioase, dar anumite tipuri de levuri şi de mucegaiuri pot fi. Aceste organisme unicelulare sunt doar cu puţin mai mari decât bacteriile; *Candida* este un exemplu de levură care produce infecţii. Ea poate determina afte – o infecţie a gurii şi gâtului – la copii, la persoane care iau antibiotice şi la persoanele cu imunitate scăzută. De asemenea, este răspunzătoare de eritemul de scutec.

Protozoarele

Protozoarele sunt microorganisme unicelulare care trăiesc în organismul dumneavoastră ca paraziţi. Multe protozoare locuiesc în tractul intestinal şi nu sunt periculoase. Altele pot produce boli. Adesea, aceste microorganisme parcurg o parte din ciclul lor de viaţă în afara omului sau altor gazde, trăind în alimente, în sol, în apă sau în insecte. Boli ca malaria şi giardiază sunt produse de protozoare parazite.

Helminţii

Helminţii se numără printre cei mai mari paraziţi. Cuvântul „helmint" vine din grecescul „vierme". Dacă acest parazit sau ouăle lui intră în corpul dumneavoastră, ajung să locuiască în tractul dumneavoastră intestinal, în plămâni, ficat, piele sau creier, unde se hrănesc cu substanţele nutritive din organism. Cei mai cunoscuţi helminţi sunt viermii laţi şi rotunzi.

Tratarea infecţiilor

Există medicamente pentru lupta contra multor infecţii cărora sistemul dumneavoastră imunitar nu este capabil să le facă faţă. Multe infecţii bacteriene pot fi tratate cu antibiotice, substanţe produse de microorganisme care distrug alte bacterii. Unele antibiotice sunt produse din agenţi antibacterieni sintetici.

Din nefericire, antibioticele nu acţionează asupra virusurilor. S-au descoperit puţine medicamente care să ajute în controlul infecţiilor virale, dar acestea, de obicei, nu vindecă infecţiile. Totuşi, apariţia vaccinurilor care pot preveni anumite infecţii virale a dus la eradicarea unui număr de infecţii letale, ca varicela şi poliomielita. Unele vaccinuri sunt eficiente şi contra infecţiilor bacteriene, ca tetanosul şi difteria.

Infestările parazitare produse de protozoare şi helminţi pot fi adesea tratate cu succes cu medicamente adecvate. Malaria, o infestare cu protozoare, poate fi prevenită prin administrarea regulată a anumitor medicamente. Există medicamente antifungice pentru a trata infecţii ca piciorul de atlet şi dermatomicozele.

Antibioticele

Înainte de descoperirea penicilinei, existau puţine medicamente pentru combaterea infecţiilor bacteriene. Astăzi, antibioticele sunt ceva obişnuit şi se descoperă mereu altele noi.

Specificitatea

Fiecare antibiotic acţionează pe un anumit tip de bacterii. Unele distrug 1-2 tipuri de bacterii. Altele acţionează pe mai multe. Atunci când medicul bănuieşte că aveţi o boală infecţioasă, poate lua probe din sânge, din puroi, din scaun sau din spută pentru a creşte în laborator (în culturi) microorganismul care vă afectează.

Rezistenţa la antibiotice

Când bacteriile sunt expuse unui antibiotic, pot dezvolta o rezistenţă sau o intoleranţă la antibiotic. Aceasta se produce rapid sau lent. Din această cauză, unele antibiotice nu mai sunt astăzi la fel de utile ca în trecut. Noi şi noi antibiotice s-au descoperit. Totuşi, este probabil ca ele să devină mai puţin eficiente în următorii ani.

Pentru a evita apariţia rezistenţei la antibiotice este important să luaţi antibiotice numai când este necesar. Dacă luaţi un antibiotic inutil – cum ar fi într-o răceală, care este cauzată de un virus – veţi creşte riscul de a dezvolta bacterii rezistente la medicamente. Asemenea rezistenţă va face tratamentul viitor mai dificil.

Aceasta se face pentru a identifica microorganismul şi a determina cât de rezistent sau de susceptibil este faţă de diverse antibiotice. De obicei, durează 24 de ore pentru a obţine rezultatele acestor teste. De aceea, în funcţie de diagnostic, medicul vă poate prescrie la început un antibiotic care acţionează pe o gamă largă de bacterii (antibiotic cu spectru larg) şi, apoi, în funcţie de organismul identificat în culturile rezultate, îl poate schimba cu un antibiotic cu o specificitate mai mare.

Topice sau orale

În anumite infecţii localizate, cum ar fi cele oculare sau cutanate, antibioticele se pot aplica pe suprafaţă (topic) sub formă de soluţie sau de unguent. În cele mai multe cazuri, totuşi, antibioticele se administrează oral, intravenos sau intramuscular, dacă infecţia este gravă sau dacă medicamentul nu se absoarbe bine când este înghiţit.

Tipuri

O dată absorbit în fluxul sangvin, antibioticul circulă rapid în organism. Inimii îi trebuie cam 1 minut ca să circule tot sângele din corpul dumneavoastră. Totuşi, antibioticul acţionează doar acolo unde întâlneşte bacterii. În funcţie de tip şi de doză, antibioticul acţionează fie ucigând bacteria, fie împiedicând-o să se multiplice.

Antibiotice precum penicilina şi cefalosporinele ucid bacteriile interferând cu capacitatea acestora de a forma perete celular. Aceasta le produce, în final, moartea. Mulţi alţi agenţi antibacterieni, ca tetraciclinele, sulfonamidele, aminoglicozidele (Gentamicina, Streptomicina) şi macrolidele (Eritromicina), interferează cu proteinele şi substanţele de care are nevoie bacteria pentru a se înmulţi. Aceasta permite sistemului imunitar să preia controlul şi să elimine bacteriile.

Bolile infecţioase frecvente

Multe boli pot tulbura sistemul dumneavoastră imunitar. Unele par a apărea mai frecvent, altele cel mult o dată în viaţă. În cele ce urmează prezentăm cele mai frecvente boli infecţioase. Unele sunt discutate în alte capitole, mai ales cele care afectează predominant un organ sau un sistem al corpului. Lista care urmează arată unde puteţi găsi mai multe informaţii despre aceste boli.

Infecţii gastrointestinale, vezi pag. 866.
Infecţii ale cordului, vezi pag. 778-785.
Infecţii respiratorii, vezi pag. 797.
Infecţiile cutanate, vezi pag. 1188.
Infecţiile urinare, vezi pag. 940.

Răceala comună

Semne şi simptome

- Secreţie nazală apoasă, cu evoluţie spre congestie nazală
- Strănut
- Gât dureros şi răguşeală
- Ochi apoşi
- Tuse
- Febră uşoară care poate fi însoţită de dureri musculare şi de frisoane
- Durere de cap
- Stare generală proastă

Fiecare a avut o dată sau de mai multe ori o răceală. De fapt, probabil că 1/2 dintre bolile de scurtă durată sunt răceli sau alt tip de infecţii virale, cum ar fi crupul, faringita, laringita sau bronşita.

Răcelile sunt mai frecvente în copilărie. De obicei, copiii au prima lor răceală în primii ani de viaţă şi sunt extrem de susceptibili la aceasta până pe la 6 ani, când imunitatea lor pare a se stabiliza. Adulţii tind să fie mai puţin vulnerabili la răceli, dar statisticile arată că, în medie, o persoană răceşte de 3-4 ori pe an.

Răcelile sunt produse de virusuri. Mai bine de 200 de specii de virusuri pot produce boli respiratorii. Printre acestea se numără rhinovirusurile, grupul cel mai mult asociat cu aşa-numita răceală comună, care afectează în principal nasul şi gâtul.

Răcelile se răspândesc în principal pe 2 căi. Prima şi cea mai eficientă cale este contactul direct cu secreţiile infectate. Strânsul mâinii unei persoane care şi-a suflat nasul sau care a tuşit în mână este o metodă obişnuită de veni în contact cu virusul. A doua cale este strănutul sau tusea neprotejate. Aceste acţiuni împrăştie virusul în aerul care va fi inhalat de ceilalţi. Totuşi, este o cale de transmitere mai puţin eficientă.

Miturile şi credinţele populare despre cum răceşti abundă: dacă ieşi în ploaie sau ieşi afară cu părul ud, sigur vei răci. Dacă te expui la aer rece, vei face o răceală.

Oboseala şi lipsa somnului pot produce răceală. Dar nici unul dintre acestea nu s-a dovedit prin studii clinice a creşte riscul de a răci.

Totuşi, răcelile au un model sezonier. Cei mai mulţi oameni răcesc toamna, iarna şi primăvara decât vara.

Diagnostic

Semnele şi simptomele generale ale răcelii includ congestia nasului şi a capului, tuse, strănut, răguşeală şi ochi apoşi. Deoarece multe virusuri produc răceli, simptomele pot varia.

De obicei, simptomele se dezvoltă la 1-2 zile de la expunere şi pot fi anunţate la început de un gât cu mâncărimi sau cu dureri, de o congestie nazală crescută şi de uşoare dureri în corp sau de cap. Un nas apos, care curge, este, adesea, primul semn major. După puţin timp, secreţia devine groasă şi colorată în gălben-verzui.

O persoană cu sănătate normală nu are nevoie să consulte medicul pentru o răceală. Totuşi, dacă durează mai mult de 2 săptămâni, consultaţi un medic pentru a fi siguri că nu s-a instalat o infecţie secundară a plămânilor, laringelui, traheei, sinusurilor sau urechii. Dacă aveţi un istoric de vreuna dintre aceste infecţii, consultaţi imediat medicul.

Cât de gravă este răceala?

În general, răcelile sunt supărătoare, deoarece în cea mai mare parte trebuie doar să aşteptaţi să treacă. Uneori, o infecţie respiratorie secundară bacteriană mai serioasă poate urma după o răceală şi să necesite un tratament medical.

Tratament

Deoarece răceala este o infecţie virală, antibioticele nu sunt de folos. Ele acţionează în principal în infecţiile bacteriene. De obicei, o răceală durează 3-4 zile, dar poate ţine şi până la 10-14 zile. De aceea, a trata o răceală este, în general, o chestiune de răbdare.

Anumite acţiuni vă pot ajuta să vă simţiţi mai bine dacă sunteţi răcit. Odihniţi-vă bine. Statul în casă previne infectarea altora. Staţi într-o cameră caldă – nu fierbinte – în care aerul este umezit cu ajutorul unui umidificator sau al unui vaporizator. Beţi multe lichide pentru a înmuia mucusul. Adulţii pot lua aspirină pentru dureri. Copiii ar trebui să folosească acetaminophen (Tylenol etc.).

Tabletele de zinc sunt frecvent amintite ca tratament pentru răceli, dar nu s-a adus încă o dovadă care să arate că zincul este eficient. Dacă folosiţi zinc, luaţi-l în primele 24 de ore de la apariţia simptomelor, pentru a avea un beneficiu de pe urma lui.

Copiii, gravidele şi persoanele cu boli cronice ar trebui să evite zincul până nu se va demonstra că este sigur pentru ei. Tabletele de zinc produc greaţă la unele persoane.



Temperatura şi termometrele

În mod normal, temperatura corpului dumneavoastră urmează un anumit tipar: este mai scăzută dimineaţă, creşte gradat în timpul zilei şi atinge maximul după-amiaza târziu sau seara. De obicei, temperatura corpului variază cu 1-2^{0}C în timpul zilei, dar nu depăşeşte în mod normal 37,7^{0}C.

De aceea, linia trasată cu roşu în dreptul valorii de 37^{0}C pe termometrul dumneavoastră este doar o indicaţia orientativă. O temperatură uşor peste 37^{0}C nu este anormală şi nu înseamnă neapărat boală. O temperatură crescută a corpului nu este considerată periculoasă până la valoarea de 40,5^{0}C.

Ce este febra?

În mod normal, corpul dumneavoastră îşi reglează temperatura între valorile de 36^{0}C în cursul dimineţii şi 37^{0}C seara. Când este prezentă febra, termometrul arată cu câteva grade mai mult. Această creştere a temperaturii este declanşată, de obicei, de un răspuns al sistemului imunitar la invadatorii străini. Când cauzele febrei dispar sau dacă luaţi medicamente pentru scăderea febrei, valorile revin la normal.

Cum vă măsuraţi temperatura?

Sunt câteve moduri de a vă lua temperatura. Termometrele vechi pentru temperatura orală şi rectală erau tuburi din sticlă care conţineau o coloană de mercur. Pe măsură ce mercurul se dilata, ca răspuns la căldura corpului dumneavoastră, deplasa coloana. Aceste tipuri de termometre, totuşi, aveau risc de contaminare cu mercur şi au fost înlocuite cu termometre care nu conţin mercur.

Alte tipuri de termometre sunt cele elctronice şi cele cu bandă. Acestea sunt, în general, mai sigure, deşi pot fi mai puţin precise decât vechile termometre cu mercur.

Când luaţi temperatura cuiva, urmaţi instrucţiunile scrise pe ambalajul termometrului. La adulţi şi la copiii peste 7 ani, puteţi lua temperatura orală punând sub limbă capătul bombat al termometrului şi rugând persoana să ţină gura închisă. După aproximativ un minut, puteţi scoate termometrul şi să-l citiţi. Unele termometre mai noi pot fi chiar mai rapide şi funcţionează în general prin introducerea uşoară a capătului dispozitivului în canalul auditiv.

Medicamentele pentru răceală eliberate fără prescripţie, decongestionantele şi siropurile pentru tuse pot ameliora unele simptome, dar aceste produse nu vă vor ajuta să vă vindecaţi mai repede. Aveţi grijă să nu folosiţi spray-uri sau picături nazale – exceptând picăturile cu ser fiziologic - la copiii mici.

Gargara cu apă caldă şi sărată, de câteva ori pe zi, poate ameliora un gât dureros. Un anestezic topic, eliberat fără prescripţie, poate şi el să uşureze disconfortul de la nivelul gâtului. Suptul de bomboane tari poate păstra gâtul lubrifiat.

Gripa

Semne şi simptome

- Febră şi frisoane
- Gât dureros
- Tuse
- Dureri musculare
- Oboseală şi slăbiciune
- Congestie nazală
- Faţă înroşită

Ca şi în cazul răcelii obişnuite, gripa se transmite la persoanele din incinte închise, mai ales din şcoli, creşe şi grădiniţe, precum şi din alte locuri unde există un număr mare de oameni. De obicei, epidemiile de gripă se manifestă iarna şi la începutul primăverii.

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Principala modalitate de prevenire a gripei este vaccinul antigripal, administrat în fiecare toamnă. Deoarece gripa poate da complicaţii, vaccinul se recomandă mai ales persoanelor cu risc crescut de a contracta boala. Pentru mai multe informaţii despre vaccinul antigripal, vezi pag. 13.
Amantadina şi rimantadină au eficienţă de 75-90% în prevenirea gripei A dacă se administrează în asociere cu un vaccin. Deşi zanamivirul şi oseltamivirul nu s-au dovedit că ar preveni gripa, studiile sugerează că şi ele sunt eficeinte în această privinţă.

Din nefericire, multe boli care nu sunt gripă sunt denumite astfel, ceea ce creează confuzie. Există 3 tipuri de virusuri gripale autentice: A, B şi C. Toate se transmit de la persoană la persoană prin contact direct, cum ar fi strânsul mâinii cuiva care a strănutat sau a tuşit în mână, sau prin inhalarea picăturilor infectante din aer.

Tipul A este, de obicei, răspunzător de epidemiile mari de gripă. În general, tipurile B şi C nu sunt prea extinse. Tipul B produce epidemii mai restrânse, mai localizate. Tipul C este cel mai cunoscut şi, de obicei, produce doar o boală uşoară.

Tipurile B şi C sunt virusuri stabile. Totuşi, tipul A de virus suferă frecvent mutaţii, apărând noi variante. Aceasta conduce la o nouă epidemie la fiecare câţiva ani. La fiecare 10-40 de ani, gripa devine pandemică, afectând oamenii din întreaga lume.

Diagnostic

De obicei, gripa începe cu febră, frisoane, dureri musculare, stare generală proastă, congestie nazală, faţă înroşită, tuse uscată şi gât dureros. Toate semnele şi simptomele sunt similare celor dintr-o răceală obişnuită, dar tind să fie mai severe.

Gripa se dezvoltă, de obicei, la 1-4 zile după contactul cu virusul. Febra poate dura 3-5 zile, deşi sunt cazuri în care ţine doar o zi sau se întinde pe o săptămână.

Diagnosticarea de certitudine a gripei necesită culturi de laborator. Ceea ce face dificil diagnosticul este similaritatea gripei cu multe alte boli.

Dacă medicul bănuieşte că aveţi gripă, poate izola virusul dintr-o spălătură esofagiană sau poate face teste de sânge pentru a depista anticorpii la virus. Aceste teste sunt valoroase mai ales pentru specialiştii din domeniul sănătăţii publice, care pot avertiza populaţia mai bine dacă ştiu specificul bolii şi extinderea ei în populaţie.

Cât de gravă este gripa?

Cazurile izolate de gripă durează, în general, câteva zile şi se rezolvă fără complicaţii. Totuşi, epidemiile de gripă sunt răspunzătoare de aproxiamtiv 20 000 de decese anual în SUA.

Boala poate da complicaţii ca bronşita, pneumonia şi agravarea unor boli cronice existente deja, cum ar fi bolile cardiace sau astmul bronşic. Complicaţiile gripei sunt mai frecvente la vârstnici şi la persoanele cu sistemul imunitar slăbit sau afecţiuni cronice.

Tratament

Odihna este principalul tratament al gripei. În unele cazuri, medicaţia poate scurta evoluţia bolii.

În SUA, au fost aprobate 4 medicamente antivirale : amantadină (Symmetrel), rimantadină (Flumadine), zanamivir (Relenza) şi oseltamivir (Tamiflu).

Amantadina şi rimandatina, ambele administrate oral, sunt eficiente doar contra virusului gripal A. Ele pot ameliora simptomele şi scurta boala. Reacţiile lor adverse pot fi insomnia, ameţeala sau dificultăţile de concentrare, mai ales la vârstnici

Zanamivir şi oseltamivir sunt folosite pentru tratarea atât a gripei A cât şi a gripei B, şi pot scurta durata bolii la 1-2 zile. Medicamentele fac parte dintr-o clasă de noi agenţi antivirali numiţi inhibitori de neuraminidază. Ele acţionează prin inhibarea unei enzime numite neuraminidază, care joacă un rol important în răspândirea şi creşterea virusurilor din celulele infectate.

Zanamivir, care este inhalat, este recomandat persoanelor peste 13 ani. Oseltamivir, un medicament oral, se recomadă persoanelor de peste 18 ani.

Pneumonia

Semne şi simptome

- Tuse
- Scurtarea respiraţiei
- Dureri toracice (pleurezie)
- Frisoane
- Febră

Pneumonia este o inflamaţie a ţesutului pulmonar. Deşi pare a fi o infecţie specifică, ceea ce medicul dumneavoastră numeşte pneumonie poate avea, de fapt, mai bine de 50 de cauze diferite. Manifestările variază de la o stare uşoară, care se asociază cu o răceală, la o boală ameninţătoare pentru viaţă.

Pneumonia poate fi produsă de bacterii, ca pneumococi sau streptococi, de un virus, ca cel gripal, sau de un iritant chimic. Pentru a înţelege mai bine pneumonia, tipurile au fost clasificate în numeroase subtipuri.

Pneumonia comunitară

Pneumonia comunitară şi-a primit numele de la modalitatea de transmitere – mai degrabă în comunităţi decât în spitale. Agenţii cauzali sunt pneumococii şi mycoplasmele. Virusul gripal, de asemenea, poate produce pneumonie.

Pneumonia de spital

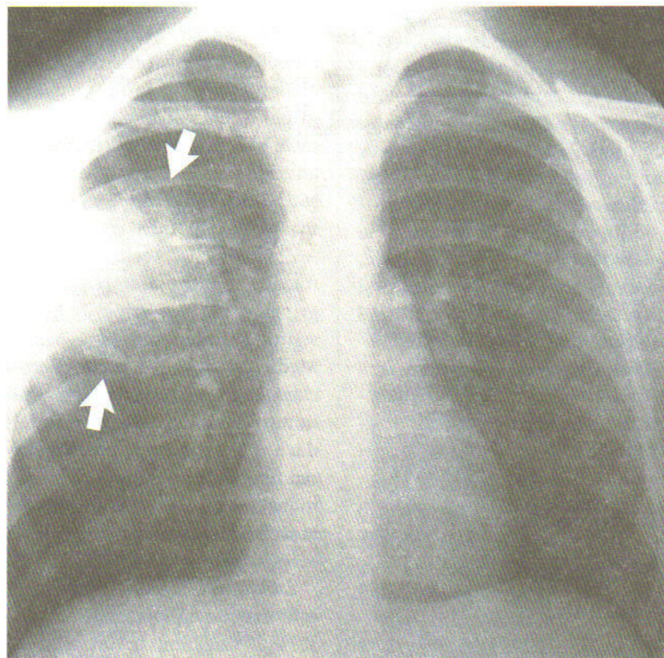
Acest tip de pneumonie este contractat în spital. Numărul eventualilor agenţi infectanţi este mult mai mare decât în cazul pneumoniei comunitare. De asemenea, aceşti agenţi tind să producă boli mai grave.

Pneumonia de aspiraţie

Pneumonia de aspiraţie este rezultatul bacteriilor inspirate în plămâni. De obicei, aceasta se produce atunci când conţinutul stomacului dumneavoastră intră în plămân după ce aţi vărsat. Mai poate apărea în bolile care interferează cu înghiţitul.

Pneumonia produsă de microorganisme oportuniste

Pneumonia are probabilitate mai mare de a afecta persoanele cu sistem imunitar slăbit. Microorganisme inofensive la persoanele sănătoase pot deveni foarte periculoase pentru cei bolnavi de SIDA, drepanocitoză şi alte afecţiuni care afectează sistemul imunitar. Medicamentele care produc supresia sistemului imunitar, cum ar fi corticosteroizii sau anumite tipuri de chimioterapice, de asemenea pot să crească riscul pentru infecţii oportuniste.



Această radiografie toracică arată pneumonia lobului superior al plămânului (vezi săgeţile).

Diagnostic

Semnele şi simptomele pneumoniei variază în funcţie de tipul infecţiei şi de extinderea ei. La început, pneumonia poate părea o răceală sau se poate dezvolta ca o complicaţie a unei răceli. În cele mai multe cazuri se asociază febra şi tuse. Tusea poate fi uscată sau poate produce spută colorată sau sângerie. Dacă inflamaţia se extinde pe întreaga suprafaţă a plămânilor (pleură), puteţi prezenta o durere ascuţită, care se agravează atunci când respiraţi (pleurezie).

Cu ajutorul unui stetoscop, medicul poate depista distorsiunile sonore ale respiraţiei dumneavoastră, care să sugereze prezenţa infecţiei. Radiografiile de torace, de asemenea, pot fi de folos în localizarea şi în extinderea infecţiei. O probă de spută poate fi testată (culturi) pentru identificarea agentului infecţios.

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Puteţi reduce riscul de a face un anumit tip de pneumonie cu ajutorul vaccinului pneumococic. Vaccinul protejează contra unei forme comune de boală dintre cele care sunt produse de bacteriile pneumococice. Se recomandă la adulţii sănătoşi de 65 de ani sau mai mult şi la persoanele cu un sistem imunitar slăbit din cauza unei boli cronice, cum ar fi o boală cardiovasculară, pulmonară sau din cauza alcoolismului. Vaccinul se mai recomandă persoanelor cărora li s-a scos splina. Pentru mai multe informaţii despre vaccinul pneumococic, vezi pag. 15.

Cât de gravă este pneumonia?

Pneumonia este frecventă, apărând la mai bine de 1 din 100 de persoane anual. Gravitatea acestei afecțiuni depinde în mare măsură de cauză și de starea generală a sănătății.

O persoană sănătoasă are mecanisme de apărare suficiente pentru a putea rezista la sau pentru a controla microorganismul care o invadează. La tineri, pneumonia este adesea un disconfort trecător care rămâne nediagnosticat și este considerat o simplă răceală.

Susceptibilitatea la pneumonie este crescută la persoanele ale căror mecanisme de apărare sunt afectate din cauza vârstei, unei boli cronice, alcoolismului sau folosirii de medicamente imunosupresoare. La vârstnici și la persoanele slăbite de o anumită boală, pneumonia poate fi fatală. Îngrijirea medicală adecvată, odihna potrivită și monitorizarea făcută cu grijă sunt esențiale.

Tratament

Tratamentul recomandat de medic depinde de cauza pneumoniei (dacă este bacterie, virus sau alt agent) și de severitatea simptomelor. Dacă este de cauză bacteriană, puteți primi un antibiotic.

Alegerea antibioticului este determinată de o serie de factori, inclusiv de bacteriile specifice care produc infecția. În cazurile severe poate fi necesară spitalizarea.

Roșul în gât

Semne și simptome

- Gât dureros
- Amigdale roșii, umflate
- Ganglioni limfatici umflați în partea anterioară a gâtului
- Febră
- Durere de cap
- Dureri musculare
- Dureri abdominale și posibile vărsături

Roșul în gât apare mai frecvent între 6 și 12 ani. Este produs de bacteria *Streptococcus pyogenes* (grupa A de streptococ betahemolitic). Bacteriile se transmit prin picăturile din aer sau prin



contact direct, cum ar fi prin intermediul tocului contaminat al ușii sau prin alte suprafețe.

Diagnostic

Deoarece simptomele sunt similare celor ale altor boli, inclusiv răceli, probabil că medicul va face o cultură din gât pentru infecția streptococică. Pentru acest test, se atinge cu un tampon de vată partea din spate a gâtului, iar secrețiile de pe el sunt duse la laborator pentru analize.

De curând, este disponibil un test rapid care dă diagnosticul în decurs de o oră. Totuși, prin acest test se pierd cam 30% din cazurile de roșu în gât, ceea ce impune apelarea la vechiul examen. Mai recent, Clinica Mayo a descoperit un test nou de diagnostic care furnizează un rezultat final, confirmat, în 8 ore, comparativ cu cele 1-2 zile cât dureaza metoda obișnuită de cultivare.

Cât de grav este roșul în gât?

Deși roșul în gât, de obicei, nu este periculos, poate conduce la complicații dacă nu este tratat. Acestea pot fi scarlatina, infecțiile sinusurilor și ale urechii, ca și complicații tardive, cum ar fi afectarea renală (nefrită) și reumatismul articular acut.

Tratament

Deoarece este o infecție bacteriană, se tratează, de obicei, cu antibiotice. O dată tratamentul început, simptomele se ameliorează în 1-2 zile. Chiar dacă vă simțiți mai bine, este important să faceți tot tratamentul. Oprirea mai devreme a medicației poate duce la apariția de tulpini noi de bacterii care sunt rezistente la antibiotice. De asemenea, poate conduce la alte cazuri de roșu în gât și la alte complicații, cum ar fi reumatismul articular acut.

Prevenire

Când copilul dumneavoastră are roșu în gât, aveți grijă ca nimeni altcineva să nu folosească paharul sau tacâmurile lui. Spălați-le cu grijă în apă fierbinte, cu săpun sau cu detergent de vase. În plus, ar fi bine să-i luați copilului o periuță de dinți nouă.

Crupul

Semne și simptome

- Tuse sonoră, metalică
- Respirație dificilă

Semne și simptome de alarmă

- Salivație excesivă sau dificultăți de înghițire
- Incapacitatea de a întinde gâtul către în față
- Buze albastre sau negricioase
- Tuse care se agravează
- Respirație tot mai dificilă
- Tahicardie (peste 160 de bătăi pe minut)
- Stare de inconștiență

Crupul este o infecție a laringelui, traheei și bronhiilor, produsă de un virus. Apare mai frecvent la vârste cuprinse între 3 luni și 5 ani. Băieții sunt afectați mai des decât fetele. De obicei, crupul este precedat de o infecție de căi respiratorii superioare cu durată de câteva zile.

Îngustarea căilor respiratorii care apare în crup produce o tuse puternică, metalică, asemănătoare cu sunetul produs de o focă. Când copilul dumneavoastră are crup, vocea lui va fi răgușită și va avea dificultăți în a trage aerul în piept.

Aspirina şi copiii

Aspirina este un medicament eficient pentru tratarea unei game de simptome şi de tulburări la adult. În general, este considerată blândă şi inofensivă, dar în anumite cazuri poate fi periculoasă, mai ales când este administrată copiilor. Folosirea aspirinei este corelată cu o boală a copilăriei numită sindromul Reye (vezi pag. 579). Nu daţi aspirină copilului decât dacă este prescrisă de medic.

În locul ei, încercaţi acetaminofen, care ajută la ameliorarea durerilor uşoare şi este disponibil fără prescripţie medicală sub diverse denumiri, cum ar fi Tylenol, Panadol, Liquiprin şi Tempra. Acetaminofenul poate exista în diverse forme: picături, soluţie sau tablete. Fiecare formă are forţă diferită, aşa că e bine să citiţi prospectul şi să urmaţi cu grijă instrucţiunile, fiind atent la dozajul în funcţie de vârstă şi de greutate.

Este posibil să se simtă mai bine în poziţie şezândă decât întins.

De obicei, crupul durează 3-4 zile. În acest timp, poate evolua de la forme uşoare la forme grave de mai multe ori. În mod obişnuit, starea se agravează noaptea şi se ameliorează dimineaţa.

Tratament

Deoarece crupul este produs de un virus, antibioticele nu sunt de folos. Antibioticele acţionează pe bacterii, nu pe virusuri.

Când copilul dumneavoastră are crup, aerul umed poate ameliora în parte tumefierea căilor respiratorii şi tusea. Lăsaţi să curgă apă fierbinte la duş timp de 10 minute, ţinând uşa de la baie închisă. Atunci când încăperea pare a fi ca o baie de aburi, ţineţi copilul acolo cel puţin 10 minute. O altă metodă de creştere a umidităţii este folosirea unui vaporizator în camera copilului. Puneţi copilul să stea cu faţa în ceaţa obţinută şi să respire profund pe gură. O cârpă umedă pusă în jurul nasului şi gurii poate, de asemenea, ajuta la ameliorarea simptomelor.

Un copil cu crup este adesea agitat şi plânge, făcând respiraţia şi mai dificilă, aşa că încercaţi să-l încurajaţi şi să-i distrageţi atenţia prin alintare, cu o carte sau cu un joc preferat. Daţi-i să bea apă, lichide calde, care fluidifică secreţiile îngroşate.

În timpul bolii, este bine să dormiţi în aceeaşi cameră cu copilul pentru a preîntâmpina agravare stării sale. Nu lăsaţi pe nimeni să fumeze în casă, deoarece fumul de ţigară agravează simptomele.

Dacă simptomele persistă mai mult de câteva zile sau se agravează, luaţi legătura cu medicul copilului. Uneori, crupul poate produce obstrucţia completă a căilor respiratorii. Aceasta este o situaţie de urgenţă care apare, de obicei, în câteva ore. Pentru a vă feri de această complicaţie periculoasă, fiţi atent la semne şi simptome, şi apelaţi la asistenţa medicală de urgenţă dacă apar.

Varicela (vărsatul de vânt)

Semne şi simptome

- Febră
- Stare de slăbiciune
- Erupţie roşie, pruriginoasă

Varicela, numită şi vărsat de vânt, apare mai ales la copii, deşi adulţii pot contracta şi ei boala dacă nu au avut-o sau nu au fost imunizaţi.

Se transmite prin inhalarea de picături respiratorii infectate sau prin contactul direct cu lichidul dintr-o veziculă atunci când se rupe. La persoanele care au avut varicelă, virusul se poate reactiva mai târziu şi produce herpes (vezi pag. 1192).

Diagnostic

Cel mai cunoscut simptom al varicelei este o erupţie pruriginoasă, roşie, precum şi mici vezicule, care se sparg, pe faţă, pe scalp, piept, spate şi, cu o extindere mai mică, pe braţe şi picioare (vezi ilustraţia color de la pag. 436). Erupţia apare, de obicei, la 2 săptămâni de la expunerea la virus şi începe sub formă de pete superficiale.

Veziculele se umplu repede cu un lichid clar, se rup şi apoi apar cruste. Se menţin 1-2 săptămâni. Erupţia continuă să erupă timp de 1-5 zile, aşa că există vezicule în diverse stadii de dezvoltare în acelaşi timp. Mai apar febră şi stare generală proastă, adesea uşoare la copii şi mai severe la adulţi.

Cât de gravă este varicela?

La copii, varicela este adesea o boală uşoară, dar la adulţi poate fi gravă. La aceştia poate apărea pneumonie. La persoanele cu sistem imunitar compromis, boala poate fi foarte gravă. Deşi rareori, poate apărea inflamaţia creierului (encefalita), dar cu vindecare completă.

Dacă o gravidă contractează varicelă în primul sau în al doilea trimestru de sarcină există un risc redus de naştere a unui copil cu o malformaţie congenitală. Când o gravidă contractează boala cu 5 zile înainte de naştere, există pericolul la copil de a prezenta o boală gravă. În general, nou-născutul ar trebui imunizat imediat cu imunoglobulină varicelo-zosteriană (VZIG).

Varicela durează cel puţin încă 2 săptămâni, de la apariţia primelor vezicule până la dispariţia ultimei; infecţia bacteriană secundară a veziculelor rupte poate produce febră şi cicatrice pe piele.

Tratament

Pentru a evita răspândirea bolii, izolaţi persoana cu varicelă până la vindecarea crustelor. Menţineţi pielea umezită prin îmbăiere frecventă sau, o dată febra dispărută, prin duşuri. Compresele reci, umede sau băile călduţe pot ajuta la ameliorarea pruritului.

Escherichia coli O157:H7

În anul 1982, 47 de oameni din 2 state americane s-au îmbolnăvit de o diaree apoasă, cu sânge, crampe severe şi dureri abdominale. Autorităţile din domeniul sănătăţii publice au fost puse în încurcătură. Deşi era evident că era vorba despre un fel de infecţie gastrointestinală, cum se puteau îmbolnăvi atât de mulţi oameni din 2 state în acelaşi timp şi cu aceleaşi simptome? Care era cauza?

După 3 luni de investigaţii, experţii medicali au găsit răspunsul. Toate persoanele afectate mâncaseră hamburgeri din acelaşi stoc de la un fast-food. Agentul infecţios din carne a fost o specie de bacterie care acum este cunoscută sub denumirea de *Escherichia coli* O157:H7. *E. coli* O157:H7 aderă de peretele intestinal după ingestie. O dată stabilită acolo, produce o toxină care determină diareea sangvinolentă.

De la apariţia ei s-au înregistrat multe alte cazuri. Potrivit Centrelor de Control şi Prevenire a Bolilor (CDC) din SUA, aproximativ 73 000 de cazuri de infecţii cu *E. coli* O157:H7 şi 61 de decese au survenit în fiecare an în SUA. CDC raportează că s-au înregistrat episoade similare în mai bine de 30 de ţări de pe 6 continente.

Ca urmare, Departamentul Agriculturii din SUA a schimbat regulamentele cu privire la manipularea cărnii. Se impun acum etichete de siguranţă pe carnea crudă şi pe produsele din carne de pui, şi s-a instituit un program de monitorizare pentru a testa aleator eşantioane de carne de vită. Se cer instalaţii speciale de prelucrare a cărnii pentru a împiedica o contaminare cu aceşti germeni patogeni sau cu alţii.

Transmiterea

Bacteriile pot trăi în intestinele vacilor sănătoase şi se găsesc în unele ferme de vaci. Consumul cărnii insuficient preparată termic, mai ales al cărnii de fermă, este cea mai des întâlnită metodă de a contracta o infecţie cu *E. coli* O157:H7. Bacteriile au mai fost depistate în laptele nepasteurizat şi în sucuri, precum şi în produse ca lăptucile şi în mugurii de lucernă.

În plus, vă puteţi infecta venind în contact cu fecale contaminate. Aceasta se produce mai ales al copiii mici, care încă mai trebuie învăţaţi la toaletă sau mai au de învăţat cum să se spele pe mâini în mod corect. Familiile şi persoanele care îngrijesc copii infectaţi sunt expuşi riscului acestei boli.

Tratament

La o zi până la 2 săptămâni de la expunerea la bacterii, puteţi prezenta o diaree apoasă şi crampe abdominale. La majoritatea persoanelor, aceasta evoluează eventual către diaree sangvinolentă. În general, simptomele se rezolvă în 1-9 zile.

În cazul diareei uşoare, beţi lichide suficiente pentru a evita deshidratarea. Aceasta este important mai ales la copii. Dacă începeţi să vă simţiţi mai bine, puteţi încerca să mâncaţi alimente semisolide şi cu conţinut scăzut în fibre, cum ar fi biscuiţi săraţi sau pâine prăjită. Diareea este modalitatea în care corpul dumneavoastră încearcă să scape de bacteriile agresive. Din acest motiv, nu se recomandă medicaţie antidiareică, pentru că ar putea contribui la păstrarea bacteriilor în loc să fie eliminate.

La un procent mic de persoane infectate cu *E. coli* O157:H7, mai ales la cele foarte tinere sau foarte vârstnice, poate apărea o complicaţie gravă numită sindromul hemolitic uremic (HUS). HUS distruge hematiile şi determină insuficinţă renală (vezi pag.923). Este nevoie de îngrijire atentă şi poate duce la complicaţii renale ulterioare şi, posibil, la necesitatea unei dialize renale. În cazuri rare, poate fi fatal. Antibioticele pot creşte riscul de apariţie a HUS.

Prevenire

În conformitate cu experţii din domeniul siguranţei alimentare, cea mai bună modalitate de a preveni o asemenea infecţie este de apela la bunul simţ. Evitaţi să puneţi în contact carnea crudă cu alte alimente. Preparaţi cu grijă carnea. Pentru hamburgeri, carnea trebuie să ajungă până la temperatura de 70^0C, iar pentru carnea friptă sau prăjită, la temperaturi de 60 - 70^0C.

În plus, este necesară spălarea corectă a mâinilor, a alimentelor şi a instrumentelor de gătit care intră în contact cu carnea crudă. Ţineţi carnea şi alte produse separat în frigider şi în timpul gătitului. Spălaţi minuţios legumele şi fructele, mai ales dacă sunt consumate crude. Nu beţi lapte nepasteurizat sau sucuri din fructe nepasteurizate.

A-i învăţa pe copiii dumneavoastră să se spele corect pe mâini poate asigura prevenirea pe termen lung a bolilor infecţioase.

Antihistaminicele pot ameliora pruritul. Acyclovirul poate fi folosit pentru tratarea complicaţiilor severe, cum ar fi penumonia sau encefalita. Administrarea de rutină a acyclovirului la persoanele cu varicelă nu este considerată ca fiind necesară.

În general, persoanele cu sistemul imunitar compromis care nu sunt imune la varicelă au nevoie de imunoglobulină varicelo-zosteriană (VZIG) după o expunere la varicelă.

Prevenire

Există un vaccin contra varicelei care ar putea fi de folos următoarelor categorii de persoane:

- copiii în vârstă de 12-18 luni;
- copiii sănătoşi în vârstă de peste 13 ani;
- adulţii care nu au avut varicelă şi nu au fost niciodată vaccinaţi contra bolii.

În cazul în care copilul dumneavoastră aparţine vreuneia dintre aceste categorii, întrebaţi medicul despre acest vaccin. Se administrează în 2 doze, la distanţă de 4-8 săptămâni.

Mononucleoza infecțioasă

Semne şi simptome

- Febră
- Dureri în gât
- Pierderea poftei de mâncare
- Oboseală şi slăbiciune
- Dureri musculare
- Umflarea ganglionilor limfatici
- Dureri în partea superioară stângă a abdomenului

Mononucleoza infecțioasă este produsă de virusul Epstein-Barr. Infecția apare mai des la persoane cu vârsta de 16-25 de ani. Se consideră că se răspândeşte prin salivă. Perioada de incubație a bolii este, de regulă, de 7-14 zile la copii şi adolescenți; este mai mare la adulți, uneori de 30-50 de zile.

Diagnostic

Mononucleoza infecțioasă produce o mare varietate de semne şi simptome, ca febră, dureri de gât, umflarea ganglionilor limfatici şi mărirea splinei. Pot să mai apară grețuri, icter, durere de cap, rigiditate, dureri toracice, tuse şi bătăi ale inimii rapide sau neregulate. Pierderea petitului, durerile musculare, oboseala şi slăbiciunea sunt prezente frecvent, iar la unele persoane apare o erupție roşie. Această mare varietate de semne şi simptome poate face diagnosticul dificil. Dacă medicul suspicionează boala, vă poate face un test de sânge numit test Monospot, care verifică existența virusului Epstein-Barr în sânge.

Cât de gravă este mononucleoza infecțioasă?

Mononucleoza infecțioasă nu este o boală gravă, exceptând cazurile rare în care splina se măreşte prea mult şi se rupe sau când alte organe vitale, ca ficatul sau inima, sunt infectate. Apelați la ajutor medical de urgență dacă aveți dureri brusc instalate în partea superioară stângă a abdomenului. Acestea pot să indice o mărire rapidă sau o ruptură de splină. Dacă se produce ruptura, poate fi necesară chirurgia de urgență pentru a controla sângerarea.

În majoritatea cazurilor, febra, umflarea ganglionilor limfatici şi mărirea splinei se ameliorează după 10 zile. Totuşi, sunt necesare 2-3 luni pentru a vă simți perfect normal. Chiar dacă majoritatea simptomelor nu sunt debilitante grav, boala poate produce oboseală şi slăbiciune de durată.

Tratament

Tratametnul pentru mononucleoză depinde, în general, de simptome şi de severitatea sa.

Tratament medicamentos

Nu există un tratament medicamentos specific pentru mononucleoză, dar durerea în gât este agravată de o infecție streptococică. Roşul în gât necesită tratament antibiotic. Uneori, medicul vă poate prescrie corticosteroizi pentru ameliorarea simptomelor.

Autoîngrijirea

Odihna este o parte importantă a tratamentului. Nu vă aşteptați să reveniți la activitățile obişnuite mai devreme de 2-3 săptămâni. Medicul vă poate cere să evitați sportul timp de câteva luni cât splina este mărită. Consumul de lichide poate ajuta la ameliorarea febrei şi a durerilor de gât, şi poate evita deshidratarea. Pentru dureri de gât, încercați gargara cu apă caldă şi sărată, de câteva ori pe zi.

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Spălarea corectă a mâinilor este cea mai bună modalitate de a preveni multe infecții. De aceea, este important să vă spălați regulat pe mâini şi să le arătați şi copiilor dumneavoastră cum să o facă. Centrele pentru Controlul şi Prevenirea Bolilor (SUA) recomandă următoarele:

- folosiți săpun şi apă care curge;
- frecați enegic mâinile atunci când le spălați;
- spălați toată suprafața lor, inclusiv dosul mâinilor, încheitura lor, spațiile dintre degete şi de sub unghii;
- clătiți bine şi lăsați apa să se scurgă cât timp vă ştergeți mâinile;
- ştergeți-vă mâinile pe un prosop personal;
- închideți robinetul folosind hârtie de toaletă.

Infecțiile gastrointestinale

Semne şi simptome

- Diaree apoasă
- Greață şi vărsături
- Crampe abdominale
- Dureri musculare ocazionale şi rare dureri de cap

Semne şi simptome de urgență

- Diaree abundentă, ce poate produce ameţeli
- Diaree cu sânge

Bacteriile, virusurile, fungii şi paraziții pot produce infecții gastrointestinale. Aceste infecții sunt cel mai frecvent contractate prin consumul de apă contaminată, de fructe şi legume nespălate sau de carne sau de peşte insuficient preparate.

Una dintre cele mai obişnuite infecții virale gastrointestinale este cea cu rotavirus. Această infecție apare mai ales la copii cu vârste între 6 şi 24 de luni. Alte tipuri de infecții gastrointestinale sunt cele cu *Campylobacter jejuni, Escherichia coli, Staphyolococcus aureus şi Salmonella.*

Diagnostic

Semnele şi simptomele infecțiilor gastrointestinale apar la 1-2 zile, în funcție de durata perioadei de incubație a agentului infecțios. Diareea este cel mai frecvent simptom al infecției gastrointestinale. Dacă mucoasa intestinală este afectată, scaunul poate fi cu sânge.

De asemenea, vărsăturile sunt frecvente. În unele cazuri mai apar febra, pierderea apetitului, crampele abdominale, greața şi scăderea în greutate.

Diareea şi vărsăturile care încep la câteva ore de la consumul alimentelor sugerează, în general, o toxiinfecţie alimentară datorată unei toxine preformate, mai degrabă decât unei toxine care este eliberată după ce bacteriile au stat o vreme în intestin. Pentru a determina cauza, medicul poate lua probe de sânge sau de scaun pentru a creşte germenii (culturi) şi a-i analiza în laborator.

Cât de grave sunt infecţiile gastrointestinale?

În SUA, infecţiile gastrointestinale nu sunt, în general, grave, deşi pot fi fatale la unii copii mici, la vârstnici sau la cei cu sistem imunitar compromis. În ţările în curs de dezvoltare, în care nivelul sanitar este adesea redus şi îngrijirea medicală este mai puţin adecvată de multe ori, bolile diareice sunt printre cauzele principale de îmbolnăvire şi deces.

Pierderea de lichide prin diaree poate determina deshidratare, o problemă serioasă la vârstnici şi la copiii mici. Din acest motiv, este important să beţi multe lichide în timpul bolii. Evitaţi alcoolul, cafeaua, cofeina şi produsele lactate.

Când copilul dumneavoastră prezintă semne de deshidratare – gură uscată, paliditate, ochi înfundaţi în orbite, cantitate redusă de urină – chemaţi medicul. Alte motive pentru a apela la medic mai sunt diareea prelungită sau vărsăturile, fie febra mare, fie scăderea bruscă a temperaturii corpului, conştienţă afectată, dureri abdominale severe sau scaune cu sânge.

Tratament

Cele mai multe infecţii gastrointestinale se ameliorează după câteva zile şi se vindecă în întregime fără tratament. În timpul bolii, hidrataţi-vă cu lichide fără alcool şi fără cofeină. Băuturile energizante şi apa, care conţin sodiu, potasiu şi alte substanţe nutritive, sunt, în general, cele mai bune. Dacă sunteţi foarte deshidratat, s-ar putea să aveţi nevoie de o soluţie electrolitică.

Dacă infecţia intestinală este produsă de bacterii, antibioticele pot scurta boala. Sau, în unele cazuri – cum ar fi diareea produsă de *E. coli* O157:H7 – pot apărea complicaţii foarte serioase. Semne şi simptome ca greaţă, vărsături, dureri abdominale şi diaree sunt câteva dintre posibilele reacţii adverse ale antibioticelor.

Prevenire

Igiena corectă este un element cheie în prevenirea infecţiilor gastrointestinale. Spălarea frecventă a mâinilor este una dintre cele mai eficiente căi de a scăpa de germeni. În plus, spălaţi orice suprafaţă care a venit în contact cu carnea crudă (mai ales cu cea de pui) cu apă fierbinte, cu săpun.

Asiguraţi-vă că toată carnea este preparată minuţios înainte de a o consuma. Dacă veţi călători în altă ţară, evitaţi să beţi apă din zonă sau să folosiţi cuburi de gheaţă, evitaţi locurile neigienice de servire a mesei, fructele şi legumele crude pe care nu le-aţi curăţat chiar dumneavoastră.

Alte infecţii

Multe alte boli infecţioase apar cu o frecvenţă mai mică decât a celor descrise anterior, dar ele pot produce îmbolnăviri foarte grave. Imunizarea permite acum evitarea multora dintre ele, dar nu a tuturor.

Tetanosul

Semne şi simptome

- Înţepenirea muşchilor maxilarelor, ai gâtului etc.
- Iritabilitate
- Spasme ale muşchilor maxilarelor şi ai gâtului
- Convulsii dureroase

Tetanosul este produs de bacteria *Clostridium tetani*, ai cărei spori se află în sol. Dacă sporii intră într-o rană adâncă, în care există un conţinut redus de oxigen, germinează şi produc o toxină (tetanospasmina) care interacţionează cu nervii ce vă controlează muşchii. Perioada de incubaţie (dintre momentul rănirii şi până la apariţia simptomelor) este de 5 zile - 3 săptămâni (de obicei 8-12 zile).

Diagnostic

Deşi unii oameni care au tetanos prezintă doar durere şi furnicături la locul rănii, precum şi unele spasme în muşchii din vecinătate, cea mai mare parte a lor au maxilarul şi gâtul rigide, dificultăţi de înghiţire şi iritabilitate. Spasmele muşchilor maxilarelor sau ale muşchilor faciali apar ulterior, evoluând către spasme şi rigiditatea gâtului, muşchilor abdominali şi ai spatelui. În final, convulsii dureroase cauzate de stimuli minori afectează muşchii respiratori, astfel că individul nu mai poate respira.

Cât de grav este tetanosul?

Dacă spasmele musculare apar timpuriu, şansele de vindecare sunt mici. Tetanosul este o boală gravă şi adesea fatală, mai ales la copiii mici şi vârstnici. Prevenirea este cel mai bun tratament.

Tratament

Consultaţi imediat medicul dacă aveţi o rană care ar putea fi contaminată cu pământ, mai ales dacă este adâncă. Dacă aţi făcut seriile iniţiale de vaccin antitetanic şi dacă au trecut mai mult de 5 ani de la ultimul vaccin, medicul vă poate face un rapel. Corpul dumneavoastră va fabrica rapid anticorpi pentru a vă proteja contra tetanosului.

Medicul v-ar mai putea prescrie antibiotice şi v-ar putea deschide rana pentru a o curăţa. Dacă faceţi tetanos, este necesară spitalizarea imediată.

Prevenire

Imunizarea este vitală pentru oricine. Vaccinul antitetanos se administrează, de obicei, copiilor ca parte a vaccinului diftero-tetano-pertussis (DTP), cu rapeluri la fiecare 10 ani, sau ori de câte ori apare o rană majoră, dacă au trecut mai mult de 5 ani

de la ultimul vaccin. Pentru mai multe informaţii despre vaccin vezi pag. 12.

Rujeola (pojarul)

Semne şi simptome

- Febră
- Tuse
- Strănut
- Ochi inflamaţi
- Dureri de gât
- Mici pete albe pe mucoasa obrajilor
- Erupţie

Rujeola (pojarul) era o boală frecventă a copilăriei înainte de utilizarea pe scară largă a vaccinului antirujeolic. Virusul care produce boala se transmite prin inhalarea de picături infectante din aer, transmise de exemplu prin strănut. Rujeola este cea mai contagioasă înainte de apariţia erupţiei, făcând dificilă evitarea bolii. Dacă aţi avut boala, veţi fi imun pentru totdeauna la ea.

Diagnostic

Rujeola începe cu febră, însoţită de tuse persistentă, ochi inflamaţi (conjunctivită) şi dureri de gât. După aproximativ 4 zile, apare pe faţă şi în spatele urechilor o erupţie roşie, pătată. Erupţia se extinde pe piept şi spate, şi, în final, pe braţe şi picioare. De obicei, când a ajuns pe braţe şi picioare, începe să pălească la nivelul feţei.

Simptomele apar, de regulă, la 10-14 zile de la expunerea la virus. Diagnosticul se pune, de obicei, pe baza caracterului erupţiei şi pe micile pete albe de pe mucoasa obrajilor.

Cât de grav este pojarul?

De obicei, durează 10-14 zile până la vindecarea completă. Într-un număr mic de cazuri, apar pneumonie sau alte infecţii bacteriene în cursul bolii, sau complicaţii ca encefalita, imediat după apariţia erupţiei. Encefalita poate produce vărsături, convulsii, comă şi afectarea creierului.

Tratament

Acetaminofenul (Tylenol etc.) poate ameliora febra, iar un antitusiv poate calma tusea. O persoană cu rujeolă ar trebui să stea izolată aproximativ o săptămână după dispariţia erupţiei şi ar trebui să stea la pat până când febra dispare. Simptomele severe pot beneficia de tratament suplimentar.

Prevenire

Vaccinul antirujeolic este eficient şi se administrează, de obicei, combinat, ca vaccin pentru rujeolă-oreion-rubeolă (MRR). Medicii recomandă MRR la copii de 12-15 luni şi, din nou, pe la 3-6 ani.

Rubeola (pojărelul)

Semne şi simptome

- Erupţie
- Febră uşoară

Rubeola (pojărelul saun pojarul german) este o infecţie moderată. Se transmite prin inhalarea de picături care transportă virusul. Perioada de incubaţie este de 2-3 săptămâni, iar persoana afectată este contagioasă cu o săptămână înainte de apariţia erupţiei.

Diagnostic

Simptomele sunt, de obicei, uşoare şi adesea trec aproape neobservate.

Vaccinuri mai sigure

În trecut, vaccinul diftero-tetano-pertussis (DTP) folosea întreaga celulă a bacteriei pertussis. Reacţiile adverse obişnuite ale DTP sunt febra şi inflamaţia la locul injectării. Alte reacţii adverse mai grave, cum ar fi convulsiile, sunt mult mai rare, dar încă mai neliniştesc autorităţile din domeniul sănătăţii. Noul vaccin DTaP foloseşte doar anumite părţi ale celulei bacteriene necesare pentru imunitate. Acesta este numit vaccin acelular, de aceea „a" precede „P". Vaccinul DTaP are mai puţine reacţii adverse decât vaccinul DTP. Vaccinul DTP nu mai este utilizat în SUA.

În anul 2001, Administraţia pentru Alimente şi Medicamente (FDA) a aprobat o nouă formulă de vaccin care nu conţine nici un alt conservant în afară de thimerosal şi are cu 95% mai puţin thimerosal decât cel anterior. Thimerosalul este un conservant pe bază de mercur, folosit în cantităţi mici în toate vaccinurile pentru a menţine vaccinul necontaminat de microorganisme. Deşi nu există nici o dovadă că thimerosalul din vaccin afectează copiii, specialiştii din domeniul sănătăţii se străduiesc să reducă nivelele de conservant din vaccinuri pentru a scădea cât mai mult posibil expunerea la mercur.

În urma avizului FDA de reformulare a vaccinului DTaP, toate vaccinurile pediatrice de rutină au fost modificate, astfel încât să conţină urme minime de thimerosal sau deloc.



Pot include febră uşoară, ganglioni limfatici măriţi şi o erupţie fină, roz, care apare pe faţă, pe trunchi şi apoi pe braţe şi picioare. Erupţia dispare, de obicei, în 3-5 zile, fără a dura mai mult deo zi pe fiecare porţiune a corpului. În multe cazuri, erupţia nu apare. Medicul vă poate lua o probă de sânge ca să verifice anticorpii la virus.

Cât de gravă este rubeola?

Este o infecţie uşoară. O dată ce aţi contractat boala, rămâneţi imun la ea pentru totdeauna. Totuşi, dacă o femeie face rubeolă în perioada sarcinii, consecinţele asupra fătului pot fi grave. Copilul poate prezenta întârziere în creştere, cataractă, surditate, erupţii, malformaţii cardiace şi afecţiuni ale altor organe. Cel mai mare risc pentru făt este în primul trimestru, dar şi rubeola din al doilea trimestru de sarcină este periculoasă.

Tratament

Tratamentul standard pentru rubeolă este lăsarea infecţiei să-şi urmeze cursul. Acetaminofenul (Tylenol etc.) poate ameliora simptomele. Dacă sunteţi expusă la rubeolă când sunteţi gravidă, contactaţi imediat medicul.

Prevenire

Există un vaccin contra rubeolei. Este, de obicei, o parte dintr-o combinaţie pentru rujeolă-oreion-rubeolă (MRR) (vezi pag. 8). Dacă unei femei i se administrează vaccinul, trebuie să aibă grijă să nu rămână gravidă cel puţin 3 luni după vaccinare.

Roseola

Semne şi simptome

- Febră mare
- Umflarea ganglionilor limfatici ai gâtului
- O erupţie pe trunchi şi pe gât

Roseola este produsă de herpes virus uman 6. Calea de transmitere se consideră a fi sistemul respirator. Această infecţie virală afectează copiii cu vârste între 6 luni şi 3 ani, dar poate apărea şi la adulţi. Infecţia clasică nu este gravă, dar uneori pot apărea complicaţii.

Diagnostic

Primul semn al roseolei este o febră bruscă, mare, care apare, în general, la un copil de 6 luni-3 ani. Copilul poate deveni iritabil şi ganglionii lui limfatici să se umfle. După dispariţia febrei, apare o erupţie pe trunchi şi pe gât, care durează de la câteva ore la câteva zile. Diagnosticul de roseola se pune, de obicei, pe semnele şi simptomele caracteristice şi poate fi confirmată printr-un test de sânge pentru anticorpi.

Tratament

Tratamentul constă în administrarea de acetaminofen (Tylenol etc.) şi aplicarea de bureţi răcoroşi sau de cârpe umede pentru scăderea febrei. În anumite cazuri, febra mare poate produce convulsii (febrile). Dacă se petrece aşa ceva, contactaţi imediat medicul.

Tusea convulsivă (pertussis)

Semne şi simptome

- Tuse aspră, adesea urmată de tuse explozivă care se termină într-un şuierat
- Strănut
- Congestie nazală
- Lăcrimare
- Pierderea apetitului
- Stare generală proastă, de disconfort

Semne şi simptome de urgenţă

- Dificultăţi de respiraţie

Pertussis vine de la cuvântul latinesc „tuse intensă". Starea este numită şi tuse convulsivă deoarece mişcările din timpul tusei se aseamănă cu acea afecţiune. Este produsă de bacteria *Bordetellla pertussis.*

Tusea convulsivă apare, în principal, la copii mai mici de 2 ani şi este contractată prin inhalarea picăturilor infectante din aer, adesea de la un adult cu o formă uşoară de boală. Această boală este contagioasă mai mult timp, dar se poate transmite până când infecţia este complet vindecată.

Diagnostic

Diagnosticarea tusei convulsive în stadiile incipiente poate fi dificilă, deoarece simptomele seamănă cu acelea ale unei răceli. După 10 zile – 2 săptămâni, tusea caracteristică poate apărea atunci când persoana are spasme consecutive de tuse rapidă, urmate de o inhalare grăbită, forţată, profundă, cu un sunet şuierător.

Crizele de tuse pot fi declanşate de strănut, plâns, furie sau frică. Persoana poate scuipa mari cantităţi de spută. Vărsăturile sunt frecvente. După 4 săptămâni de la începerea crizelor, simptomele dispar gradat.

Tusea convulsivă este mai rar întâlnită acum în SUA decât în deceniile anterioare din cauza utilizării pe scară largă a vaccinului la copii. Totuşi, a devenit ceva mai frecventă la adulţi şi la adolescenţi. Apoape 25% dintre cazurile de tuse convulsivă apar acum la adulţi şi la adolescenţi. În ţările în care imunizarea contra tusei convulsive este deficitară, consecinţele au fost dezastruoase, cu decese care s-au produs din cauza reapariţiei bolii.

Cât de gravă este tusea convulsivă?

Cu o îngrijire adecvată, cei mai mulţi oameni se vindecă fără nici o problemă. Totuşi, ea poate duce la pneumonie cu afectarea ulterioară a plămânilor. În cazuri foarte grave, lipsa oxigenului (asfixia) poate afecta creierul. Dacă buzele bolnavului devin cianotice, aceasta înseamnă că are dificultăţi mari de respiraţie şi necesită îngrijire medicală de urgenţă.

Tratament

Medicul s-ar putea să vă prescrie un antibiotic. În cazurile mai grave, se pot folosi şi corticosteroizi.

Beţi suficiente lichide şi mâncaţi mese mai mici şi mai dese. Medicamentele pentru tuse nu sunt prea eficiente.

Prevenire

Vaccinarea pentru tusea convulsivă se administrează, în general, ca parte a vaccinului combinat diftero-tetano-pertussis (DTaP), în copilărie.

Oreionul

Semne şi simptome

- Glande salivare umflate, dureroase
- Febră
- Oboseală şi slăbiciune
- Inflamaţia pancreasului, testiculelor, ovarelor sau a creierului

Oreionul este mai degrabă o boală a copilăriei, dar poate apărea şi la adulţi. Termenul medical pentru boală este *parotidita epidemică*.

Este produsă de un virus care se transmite prin inhalarea de picături infectate din aer. Persoana afectată devine contagioasă cu o zi înainte de apariţia simptomelor, este foarte contagioasă alte 3 zile şi apoi din ce în ce mai puţin pe măsură ce tumefacţia se retrage.

Diagnostic

Semnele şi simptomele oreionului apar, de obicei, la 2-3 săptămâni după debutul infecţiei. Principalul – şi cel mai cunoscut – semn îl constituie glandele salivare parotide umflate, dureroase, care determină ridicarea obrajilor. La copiii mici, febra este, de obicei, uşoară.

Uneori, boala poate da semne şi simptome mult mai serioase. Dacă persoana are dureri de cap şi devine letargică, se poate să existe o inflamaţie a creierului şi a meningelor (meningoencefalită).

Durerile în abdomenul superior, greaţa şi vărsăturile pot indica inflamaţia pancreasului. Durerile din abdomenul inferior la femei pot să arate inflamaţia ovarelor. Aceasta este adesea dificil de diagnosticat.

Aproape 1/4 dintre băieţii de vârstă adolescentă şi adulţii bărbaţi care contractează oreion pot face o inflamaţie a testiculelor (orhită).

Medicul dumneavoastră poate confirma diagnosticul de oreion prin identificarea virusului în salivă sau prin descoperirea unei creşteri a anticorpilor pentru oreion în sânge. Totuşi, aceste teste sunt rareori necesare.

Cât de grav este oreionul?

De obicei, oreionul nu este o boală gravă şi rareori durează mai mult de 2 săptămâni. Encefalita, o complicaţie rară, dar serioasă a bolii, poate produce simptome neurologice şi, în cazuri rare, este fatală. Orhita este supărătoare şi, uneori, poate produce infertilitate.

Tratament

Nu există un tratament specific pentru oreion. Medicul vă poate sfătui să staţi la pat până când dispare febra. Izolarea pentru prevenirea răspândirii bolii este uneori adecvată. În cazul majorităţii complicaţiilor care pot surveni, tratamentul depinde de simptome.

Prevenire

Vaccinul contra oreionului este sigur şi ar trebui administrat tuturor copiilor peste 1 an. Se poate administra singur sau împreună cu alte vaccinuri. Folosirea acestui vaccin a scăzut incidenţa oreionului în SUA.

Febra de origine necunoscută

Febra este cea mai comună reacţie la o infecţie. Dar febra nu semnalează întotdeauna faptul că aveţi o infecţie. Ea poate fi semnul unei boli neinfecţioase sau rezultatul unui medicament. Uneori, cauza nu este evidentă. Dacă aveţi în mod repetat temperaturi mai mari de 38⁰C timp de mai mult de 3 săptămâni şi nu există o cauză evidentă nici măcar după o examinare amănunţită, diagnosticul poate fi „febră de origine necunoscută". Totuşi, dacă se insistă, cauza poate fi, de obicei, identificată.

Unele teste pe care medicul le poate folosi pentru a încerca să determine cauza febrei sunt testele de sânge, radiografiile, tomografia computerizată (CT) şi biopsiile din artere, ganglioni limfatici, măduvă osoasă, ficat sau muşchi.

Rabia

Semne şi simptome

- Durere, apoi furnicături, la locul muşcăturii
- Sensibilitate a pielii
- Salivaţie excesivă
- Incapacitatea de a înghiţi lichide
- Stări de furie alternând cu calm
- Convulsii şi paralizie care pot duce la deces

Rabia este produsă de un virus (din familia *Rhabdoviridae*), care afectează creierul. Se transmite la oameni prin salivă atunci când sunt muşcaţi sau linşi de un animal infectat. Pot fi fi infectaţi câinii, pisicile, liliecii, sconcşi şi vulpi; mai puţin probabil rozătoarele. Perioada de incubaţie de la momentul expunerii până la apariţia simptomelor este, în mod obişnuit, de 3-7 săptămâni, dar poate fi cuprinsă între 10 zile şi 2 ani.

Diagnostic

Rabia netratată începe cu durere, urmată de furnicături la locul unde aţi fost muşcat de un animal. Veţi deveni foarte sensibil la schimbările de temperatură şi la curenţii de aer, şi veţi avea tendinţa de a vă îneca ori de câte ori încercaţi să înghiţiţi lichide. Agitaţia, spasmele musculare, furia, excitabilitatea extremă şi salivaţia exagerată sunt şi ele prezente. În cele din urmă, apar convulsiile şi paralizia.

Cât de gravă este rabia?

Rabia este aproape întotdeauna fatală. Moartea, datorată insuficienţei respiratorii şi cardiace, precum şi

paraliziei, survin, de regulă, la 7-25 zile după apariţia simptomelor.

Tratament

Dacă sunteţi muşcat de un câine, de o pisică sau de un animal de fermă, acesta ar trebui prins, închis şi ţinut sub observaţie de un veterinar. Dacă sunteţi muşcat de un animal sălbatic, animalul ar trebui ucis, dacă este posibil, şi creierul lui să fie testat pentru rabie. Ratonii sălbatici, sconcşii, liliecii, coioţii, lupii şi vulpile se presupune, în general, că ar avea rabie.

Dacă vă treziţi şi găsiţi un liliac în camera copilului şi nu puteţi fi sigur că nu l-a muşcat, ucideţi liliacul şi stabiliţi cu medicul dumneavoastră să i se facă un test pentru rabie. Dacă liliacul a scăpat, este mai bine să plecaţi de la premisa că a avut loc un contact şi să faceţi un tratament.

Tratamentul constă în administrarea de anticorpi, care sunt injectaţi jumătate în rană şi cealaltă jumătate în muşchii din jur. De asemenea, veţi primi un vaccin, sub forma a 5 injecţii. Prima injecţie se administrează o dată cu anticorpii, iar celelalte, la 3, 7, 14 şi 28 de zile după prima injecţie.

Scarlatina

Semne şi simptome

- Dureri de gât
- Febră
- Frisoane
- Erupţie pe gât şi piept

Scarlatina era în trecut o boală frecventă, gravă a copilăriei, dar acum este rară. Produsă de o toxină a unui anumit tip de streptococ, scarlatina începe, de obicei, brusc, cu dureri de gât, febră şi frisoane. Bacteriile produc toxina eritrogenă, care determină erupţie. În decurs de 12-36 de ore, erupţia apare pe gât şi pe torace, nu şi pe faţă. Apoi se extinde pe tot corpul. Erupţia are consistenţă de glaspapir. Adesea, zona în care se extinde cel mai mult este mai sus de subsuoară şi de zona inghinală. Limba poate deveni umflată şi foarte roşie. De obicei, erupţia dispare după 3 zile. Limba poate rămâne mai multă vrme umflată, dar vindecarea este, de obicei, completă.

Tratament

Se administrează, de obicei, penicilină sau alt antibiotic timp de minim 10 zile. Repausul la pat şi consumul de lichide în cantitate mare sunt, de asemenea, importante.

Febra tifoidă

Semne şi simptome

- Febră
- Cefalee
- Stare de slăbiciune şi oboseală
- Dureri în gât
- Tuse
- Diaree

Semne şi simptome de alarmă

- Scăderea bruscă a temperaturii corpului
- Şoc, caracterizat prin scăderea cantităţii de urină, senzaţie de ameţeală, mai ales la statul în picioare, letargie şi modificări ale stării de conştienţă.

Febra tifoidă este produsă de bacteriile *Salmonella typhi* şi *S. paratyphi*. Se contractează prin consumul de alimente sau lichide contaminate. Este o boală rară în ţările industrializate şi mai frecventă în ţările în curs de dezvoltare. Bacteriile pătrund în peretele intestinului subţire şi determină inflamaţia ganglionilor limfatici şi a splinei. Purtătorii cronici sunt posibile surse de boală.

Purtătorul cronic este persoana care transportă bacterii tifoide în tractul său intestinal mai mulţi ani, dar fără simptome. În ţările în curs de dezvoltare, cu condiţii sanitare precare şi cu rezerve de apă nesigure, încă mai apar epidemii de febră tifoidă.

Diagnostic

Deşi apare brusc, cu frisoane şi febră, mai ales la copii, febra tifoidă, de obicei, evoluează lent. Începe cu cefalee, tuse, slăbiciune şi oboseală, dureri generalizate şi gât dureros. Mai sunt prezente şi vărsăturile, constipaţia sau diareea. De obicei, febra este mai mare seara.

Dacă boala nu este tratată, urmează a doua etapă, în care individul devine adesea foarte bolnav. Febra este continuă, iar persoana suferă de constipaţie severă sau diaree de consistenţa şi culoarea supei de mazăre. În cazuri severe, bolnavul poate prezenta o „stare tifică", zăcând nemişcată, cu ochii pe jumătate închişi şi părând epuizată şi slăbită. Cam după a doua săptămână, apare o erupţie pe piept şi pe spate. Aceasta dispare în mod obişnuit în 3-4 zile. Ameliorarea survine lent. Simptomele abdominale dispar gradat, iar febra scade, temperatura revenind la

Variola

Eradicarea variolei este un succea al medicinei moderne. Variola era în trecut o boală virală foarte infecţioasă, cu răspândire epidemică, producând decese în mai mult de 40% din cazuri. Această boală determina cefalee severă, febră şi o erupţie roşie, cu vezicule, care adesea lasă cicatrice. La sfârşitul secolului al XVIII-lea, Edward Jenner, un medic englez, a descoperit că inocularea virusului variolei bovine, inofensiv de regulă, prevenea apariţia variolei. În SUA şi în Europa s-au lansat campaniii de vaccinare a oamenilor contra variolei. Totuşi, nu mai târziu de anul 1967, când OMS a lansat o campanie globală de eliminare a acestei boli, în multe ţări mai existau epidemii.

După 10 ani de eforturi, această campanie internaţională a avut succes şi boala a fost eradicată. Vaccinarea contra variolei nu mai este necesară, iar în anul 1972 vaccinarea de rutină din SUA a fost oprită.

Eventuala folosire a variolei ca armă biologică a reînnoit interesul cu privire al această boală, impulsionând fabricarea vaccinului. Vaccinarea ar trebui instituită doar ca o apărare contra atacului biologic.

normal în 7-10 zile. Totuşi, simptomele pot apărea oricând în răstimpul de 2 săptămâni după dispariţia febrei.

Aproximativ 1/3 dintre persoanele cu febră tifoidă dezvoltă complicaţii. Hemoragia intestinală, de obicei apărută în a treia săptămână, se manifestă printr-o scădere bruscă a presiunii sangvine, creşterea pulsului şi prin semne de şoc urmate de scaune cu sânge. Tot în a treia săptămână poate apărea perforaţia intestinală. Aceasta produce dureri abdominale cu rigiditate şi usturime, precum şi o creştere a temperaturii corpului şi a pulsului. Alte complicaţii, mai rare, includ pneumonia, psihoza, meningita şi infecţia vezicii urinare, a rinichiului sau a coloanei vertebrale (osteomielită).

Pentru diagnosticarea febrei tifoide, medicul poate lua probe din sângele, urina şi scaunul dumneavoastră, pentru ca pe ele să se cultive *S. typhi*.

Cât de gravă este febra tifoidă?

Netratată, febra tifoidă este foarte gravă. Chiar şi tratată, sunt oameni care nu supravieţuiesc complicaţiilor bolii. Vârstnicii şi persoanele cu boli cronice sunt deosebit de vulnerabile. La copii, boala este, de obicei, mai uşoară. Puţine persoane devin purtători cronici.

Tratament

Există antibiotice pentru tratarea febrei tifoide. Alegerea lor depinde de tipul bacteriei. Alte metode de tratament constau în consumul de lichide pentru a evita deshidratarea şi într-o dietă hipercalorică, fără a fi greoaie, pentru a compensa substanţele nutritive care se pierd în timpul bolii. Uneori, este necesară administrarea de lichide intravenos. Deoarece bacteriile sunt prezente în scaun şi urină, spălarea corectă a mâinilor este importantă. De asemenea, evitaţi contactul cu haine şi aşternuturi contaminate.

Prevenire

În mod curent, sunt disponibile 2 tipuri de vaccinuri – o formă orală şi o alta injectabilă. Vaccinul oral se administrează în 4 capsule, câte una pe zi. Vaccinul injectabil se administrează într-o singură doză. Nici unul dintre vaccinuri nu are eficienţă 100%. Persoanele care intenţionează să trăiască sau să călătorească într-o zonă în care această boală este răspândită sau care ar putea fi expuse unei epidemii ar trebui imunizate. Purtătorii nu ar trebui să lucreze la manipularea alimentelor sau în centre de îngrijire a copiilor.

Difteria

Semne şi simptome

- Dureri de gât şi răguşeală
- Secreţii nazale
- Stare generală proastă
- O membrană gri care acoperă faringele şi amigdalele
- Puls rapid

Difteria este o infecţie acută produsă de bacteria *corynebacterium diphtheriae*. De obicei, afectează tractul respirator. Infecţia apare prin inhalarea picăturilor infectate expirate de o persoană bolnavă sau de un purtător care nu are simptome. Bacteria se poate localiza în rănile infectate din piele sau mucoase. Boala este acum rară în SUA.

Diagnostic

După o perioadă de incubaţie de 2 – 7 zile apar o durere uşoară de gât, febră şi o stare generală proastă. Medicul va căuta membrana gri care acoperă faringele şi amigdalele.

Cât de gravă este difteria?

Cu tratament adecvat şi fără complicaţii, prognosticul este bun. Totuşi, membrana gri difterică din căile aeriene superioare poate fi periculoasă deoarece poate obstrucţiona respiraţia. În plus, boala poate produce o infecţie serioasă a inimii, numită miocardită. Uneori, bacteriile afectează nervii cranieni, rezultând o vorbire nazonată, regurgitarea alimentelor şi incapacitatea de a înghiţi. Aceasta este rareori fatală, exceptând cazul în care se produce o paralizie a muşchilor respiratori. Dacă persoana supravieţuieşte acestor complicaţii, vindecare este lentă, dar completă.

Tratament

Dacă aveţi difterie, este esenţial să vi se administreze antitoxină difterică. Vi se pot da şi antibiotice pentru infecţie şi pentru prevenirea stării de purtător cronic. De asemenea, veţi avea nevoie de odihnă la pat şi de 10-14 zile de izolare.

Prevenire

Vaccinul difteric poate preveni boala. Acesta se administrează, de obicei, în copilărie, combinat cu acela pentru tuse convulsivă (pertussis) şi pentru tetanos (DtaP). Vaccinul este foarte eficient. Se face un rapel la fiecare 10 ani, mai ales când călătoriţi într-o zonă în care difteria este răspândită.

Rănile infectate

Semne şi simptome

- Umflarea, decolorarea şi distrugerea ţesuturilor din jur
- Piele fierbinte, inflamată în jurul rănii
- Temperatură ridicată
- Scăderea tensiunii arteriale
- Tahicardie

După ce un traumatism a produs o deschidere în pielea dumneavoastră sau după o intervenţie chirurgicală, rna se poate infecta. Infecţia poate varia de la minoră la gravă, depinzând de cauză şi de cât de repede este identificată şi tratată. Printre infecţiile severe ale rănilor se numără:

Infecţia subcutanată necrotizantă

Această infecţia este produsă de bacterii care infectează ţesutul rănit. Simptomele principale sunt tumefierea, decolorarea şi moartea ţesuturilor înconjurătoare. Pielea din jurul rănii devine fierbinte, inflamată, sensibilă şi roşie. Dacă infecţia se agravează,

pielea se decolorează şi poate apărea necroza. Uneori, o infecţie subcutanată necrotizantă se referă la infecţia cu „bacteria mâncătoare de carne".

Pentru a depista antibioticul adecvat infecţiei, medicul va lua o probă de puroi din rană pentru cultură ca să se identifice bacteriile prezente. Medicul trebuie să deschidă cu grijă rana, astfel încât toate ţesuturile infectate să poată fi îndepărtate. O singură intervenţie nu este, de obicei, suficientă pentru înlăturarea tuturor ţesuturilor moarte. O a doua operaţie este adesea necesară. Dacă infecţia afectează un braţ sau un picior, poate fi necesară amputaţia.

Gangrena gazoasă

Gangrena se defineşte ca moartea ţesutului infectat. Gangrena gazoasă apare prin infectarea unei răni cu un anumit tip de bacterii, de obicei Clostridii.

Infecţia produce durere brusc apărută şi umflare în jurul rănii, creşterea moderată a temperaturii, scăderea tensiunii arteriale şi tahicardie.

Pielea din jurul rănii devine palidă din cauza lichidului care se colectează sub ea. Mai târziu, se produce un lichid apos, urât mirositor, de culoare maro-roşcat. Ţesutul îşi schimbă culoarea de la palid la negricios şi la foarte decolorat, pe măsură ce infecţia se agravează. Netratată, duce la stupor, delir, comă şi moarte.

Tratamentul gangrenei gazoase constă în penicilină administrată intravenos. Îndepărtarea chirurgicală a ţesutului infectat este esenţială şi adesea se impune şi înlăturarea ţesuturilor din jur.

Abcesul cutanat

Un abces cutanat rezultat în urma unei infecţii bacteriene produce o colecţie dureroasă de puroi pe suprafaţa pielii. Uneori, ganglionii limfatici din zonă devin umflaţi şi se poate să prezentaţi febră.

Tratamentul constă din deschiderea ariei infectate, curăţarea ei minuţioasă, irigarea rănii cu ser fiziologic şi acoperirea cu un pansament timp de 24-48 de ore pentru a absorbi puroiul şi secreţiile. Aplicarea de căldură şi, dacă este posibil, înălţarea zonei afectate, pot ameliora inflamaţia. Medicul vă poate recomanda antibiotice, administrate la început injectabil.

Infestările cu insecte şi acarieni

Micile insecte pot să vă atace şi ele pielea şi să se hrănească cu sângele dumneavoastră. În SUA, aceste infestări sunt enervante, dar rareori periculoase. Totuşi, unele insecte pot transmite virusuri sau bacterii care produc boli serioase la oameni.

Păduchii

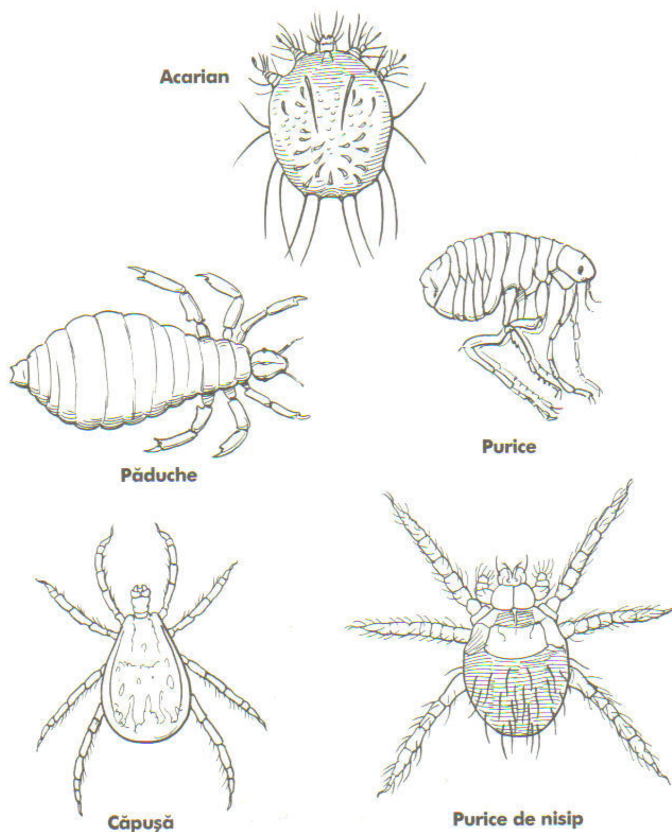
Semne şi simptome

- Prurit intens
- Păduchi pe pielea capului, pe corp, pe haine, pe părul pubian sau în alte zone păroase ale corpului
- Ouă pe şuviţele de păr

Păduchii de cap (*Pediculus humanus capiti*) sunt adesea răspândiţi la şcolari prin contact, haine, perii de păr şi piepteni. Păduchii de corp (*P. h. corporis*) se transmit, în general, prin haine sau aşternuturi. Păduchii pubieni (*Phthirus pubis*) se pot transmite prin contact sexual, prin haine, aşternuturi sau chiar prin trusa de toaletă.

Diagnostic

Primul semn al prezenţei păduchilor este pruritul intens în zona afectată. Persoanele care au păduchi



de corp pot face urticarie sau zgârieturi de la scărpinat. Păduchii de cap pot fi găsiţi pe pielea capului şi sunt uşor de depistat al baza gâtului şi deasupra urechilor. Ouă mici, care seamănă cu nişte muguraşi maro, pot fi găsiţi în şuviţele de păr (vezi ilustraţia color de la pag. 437). Păduchii de corp sunt dificil de găsit pe corp deoarece se ascund în piele, dar, de obicei, se localizează în cutele lenjeriei intime. Păduchii pubieni se găsesc în pielea şi părul din regiunea pubiană. Pot fi supărători şi se transmit cu uşurinţă.

Tratament

Există loţiuni şi şampoane, eliberate atât cu, cât şi fără prescripţie, pentru tratarea păduchilor. De exemplu, lindane (Bio-Well, Kwell etc.) şi permethrin (Acticin, Elimite). Aplicaţi produsul pe toate zonele infestate şi pe cele cu păr.

După şamponarea părului, trataţi-l cu oţet. Apucaţi o şuviţă de păr cu o cârpă înmuiată în oţet şi trageţi-o pe păr în jos pentru a îndepărta orice eventual ou. Repetaţi până când aţi tratat tot părul în acest mod.

Puteţi înlătura ouăle şi cu ajutorul unei pensete sau cu un pieptene des. Partenerul dumneavoastră sexual trebuie şi el examinat şi tratat dacă este infestat. Copiii trebuie ţinuţi acasă până când se face măcar un tratament. Aşternuturile, pieptenii, periile şi pălăriile vor trebui spălate în apă fiebinte, cu săpun.

Scabia

Semne şi simptome

- Prurit nocturn
- Urme subţiri, neregulate pe piele

Scabia implică paraziţi aproape imposibil de văzut fără o lupă. Ei produc prurit sever, care, de obicei, se intensifică noaptea. Având răspândire în întreaga lume, la toate grupurile populaţionale, scabia infestează adesea întreaga familie. Scabia se transmite prin contact fizic şi, mai rar, prin folosirea în comun a hainelor sau a aşternuturilor unei persoane infestate. Scabia canină poate fi transmisă de la câine la om.

Diagnostic

Paraziţii preferă să se ascundă în anumite zone ale pielii, cum ar fi între degete, la subsuoară, în jurul bazinului, de-a lungul marginii interne a coapselor, pe coate, la glezne şi în zona călcâielor, sub sâni şi pe fese. Ei fac un şanţ caracteristic care arată ca o urmă subţire, neregualtă, de creion (vezi ilustraţia color de la pag. 437). Medicul caută asemenea şanţuri şi extrage parazitul aflat la unul din capete, pentru confirmarea diagnosticului. Deşi nu este gravă, scabia este supărătoare.

Tratament

Tratamentul presupune eliminarea infestării. Există creme şi loţiuni, care se aplică, de obicei, pe întregul corp, de la gât în jos, şi se lasă 8-10 ore. Se folosesc 2 medicamente: crema cu 5% permethrin (Acticin, Elimite) şi lindane (Bio-Well, Kwell). Medicul vă va recomanda cel mai adecvat medicament. Din cauza ratei mari de infestare, trebuie trataţi toţi membrii familiei şi partenerii sexuali, chiar dacă infestarea nu este evidentă.

Puricii

Semne şi simptome

- Erupţie localizată
- Prurit intens

Puricii sunt insecte mici care sug sânge de la oameni, câini, pisici şi alte animale. Folosindu-şi abilitatea extraordinară de a sări, ei trec adesea de la animalele de casă la proprietarii lor. Ouăle rămase în aşternuturi clocesc şi rămân acolo pentru a se hrăni pe seama animalelor sau a oamenilor.

Diagnostic

Ciupiturile de purici determină un prurit intens. Se pot observa ciupituri în buchet în jurul bazinului, la glezne, în axile şi în pliurile coatelor şi genunchilor. La persoanele deosebit de sensibile la saliva de purice poate apărea urticaria. Cea mai bună metodă de diagnosticare a infestării cu purici este chiar identificarea micilor insecte. În SUA, a avea purici nu este o problemă serioasă şi nu este cazul să consultaţi medicul pentru aşa ceva. Cu toate acestea, sunt supărători şi trebuie elinimінaţi pentru ameliorarea simptomelor.

Tratament

Loţiunea Calamine poate ajuta la calmarea pruritului, dar problema va continua până la eliminarea puricilor. Tratarea sistematică a insectelor şi a spaţiilor în care trăiesc acestea este necesară. O dată apăruţi puricii, este dificil să se scape de ei, şi doar folosirea unei zgarde contra puricilor la animalul dumneavoastră de casă nu rezolvă problema.

Există diverse insecticide contra puricilor. Pulverizaţi unul dintre acestea în culcuşul animalului dumneavoastră de casă, precum şi în casă, dacă bănuiţi că există purici acolo. Mobila şi covoarele trebuie şi ele tratate. Pulverizatoarele de casă pot fi şi ele de ajutor. Totuşi, fiţi atent ca pe durata acestui tratament să îndepărtaţi alte animale de casă, ca păsările şi peştii, deoarece acestea sunt foarte sensibile la insecticide. Dacă infestarea este severă sau dacă alte tratamente se dovedesc ineficiente, puteţi chema un specialist în exterminarea puricilor.

Cosaşii

Semne şi simptome

- Prurit intens
- Umflături ca nişte coşuri sau urticarie

Cosaşii, denumiţi şi gândacii roşii sau paraziţii tăietori, sunt larvele unui anumit tip de parazit. În America de Nord, ei se găsesc mai ales în parte de sud, dar pot fi întâlniţi chiar şi în Canada.

Ei trăiesc în zone cu iarbă şi arbuşti înalţi şi pe culmile împădurite. Cei mai predispuşi la infestare sunt fermierii, vânătorii şi alţii care petrec mult timp prin păduri.

Diagnostic

Larvele preferă locurile calde, umede şi, de obicei, se localizează în jurul taliei, pe glezne, în pliurile coatelor şi la subsuoară, în zona inghinală şi oriunde îmbrăcămintea este strânsă. Aceste insecte mici, roşii, se ataşează de piele şi folosesc un tub de hrănire pentru a găsi o sursă se sânge. Aceasta produce coşuri mici, roşii şi, uneori, urticarie. La câteva ore după ce şi-au introdus tubul de hrănire, veţi simţi acolo un prurit intens.

Cosaşii se hrănesc în acelaşi loc 1-4 zile, apoi devin inactivi. Cea mai bună metodă de diagnosticare a unei infestări cu cosaşi constă în identificarea paraziţilor. Ei pot fi găsiţi în mijlocul coşurilor pe care încă nu le-aţi scărpinat. În SUA, cosaşii nu produc nici o boală, dar sunt supărători din cauza pruritului intens.

Tratament

Scopul tratamentului este de a ameliora pruritul. Medicul vă prescrie un antihistaminic. De asemenea, se pot aplica direct pe coşuri creme sau loţiuni cu corticosteoid.

Căpuşele

Semne şi simptome

- Prurit
- O căpuşă încrustată în pielea dumneavoastră
- O nodozitate mică, tare, înconjurată de un cerc roşu.

Căpuşele sunt insecte mici, plate, care se hrănesc cu sânge. Ele trăiesc în iarbă înaltă, în arbuşti şi în zone împădurite şi se prind de animalele sau de oamenii care trec prin zonă.

Diagnostic

După ce aţi mers prin zone unde ar putea fi căpuşe, verificaţi dacă s-a prins vreuna de piele sau de haine. Ele se pot adăposti oriunde, dar cel mai adesea se găsesc în păr, în jurul gleznelor şi în zona genitală. O dată prinse de piele, produc o nodozitate mică, tare, pruriginoasă, înconjurată de un halou roşu.

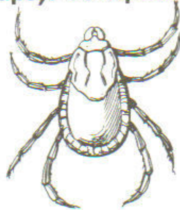
Cât de gravă este muşcătura unei căpuşe?

O muşcătură de căpuşă poate fi gravă deoarece acestea pot fi purtătoare de boala Lyme sau de febra pătată a Munţilor Stâncoşi. O afecţiune numită paralizia de căpuşă poate apărea după ce o căpuşă s-a hrănit cu sângele unei persoane mai multe zile. Starea se poate asemăna cu poliomielita, o infecţie virală care afectează măduva spinării. Paralizia de căpuşă poate fi foarte gravă, dar, dacă este îndepărtată căpuşa, simptomele dispar.

Tratament

Nu desprindeţi cu mâinile goale o căpuşă de pe un animal de casă, deoarece vă puteţi infesta. Nu scărpinaţi locul muşcăturii de

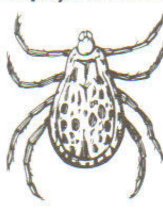
Căpuşa de căprioară



Mărimea reală



Căpuşa de lemn



Mărimea reală



Căpuşa de căprioară şi cea de lemn sunt două dintre cele mai cunoscute căpuşe.

Boli transmise prin intermediul căpuşelor

Deşi muşcăturile de căpuşă sunt, de obicei, nepericuloase, pot uneori să transmită microorganisme infecţioase care produc boli grave. Pe lângă boala Lyme şi febra pătată a Munţilor Stâncoşi, căpuşele mai pot transmite alte boli, mai puţin cunoscute. Bolile de mai jos au în comun anumite semne şi simptome, cum ar fi frisoane, cefalee, febră, transpiraţie abundentă, dureri musculare, greaţă şi scădere în greutate. Antibioticele reprezintă, în general, tratamentul recomandat.

Ehrlichioza umană granulocitară

Semnele şi simptomele de ehrlichioză umană granulocitară apar, în general, cam la o săptămână după muşcătură. Pe lângă simptomele tipice muşcăturii de căpuşă, apar, mai târziu, diareea, modificarea stării de conştienţă, erupţie şi alte probleme. În unele cazuri, afecţiunea poate fi fatală.

Babesioza umană

Babesioza umană este o boală rară care apare mai frecvent la persoanele în jurul vârstei de 40 de ani sau la cei care au o afecţiune a splinei sau cărora le-a fost scoasă splina. Perioada de incubaţie poate dura săptămâni sau luni. Poate fi tratată cu medicamente contra malariei, cum ar fi chinina. Unele cazuri pot necesita transfuzii sangvine.

Febra Q

Febra Q poate fi contractată prin inhalarea de particule de praf contaminate şi prin consumul de lapte nepasteurizat de la animale infestate. Există un vaccin pentru persoanele expuse frecvent la acest microorganism periculos.

Tularemia

Poate fi contractată prin muşcătura de căpuşă, prin consumul de carne insuficient preparată sau de apă contaminată. Printre cazurile raportate în SUA, rata mortalităţii este mai mică de 2%. Poate fi tratată cu antibiotice administrate intravenos.

căpuşă. Dacă veţi face aşa, corpul insectei se va rupe, lăsând capul încrustat în pielea dumneavoastră. Tratamentul constă în îndepărtarea cu delicateţe – lent şi minuţios – a căpuşei cu ajutorul unei pensete. Plasaţi penseta cât mai aproape de capul insectei (vezi pag. 386).

Boala Lyme

Semne şi simptome

- Erupţie specifică roşie la locul muşcăturii de căpuşă
- Cefalee
- Frisoane şi febră
- Dureri generalizate
- Inflamaţie articulară şi artrită

Denumită după o mare epidemie la copiii din Lyme, Connecticut, această boală este produsă de un microorganism (spirochetă) care se transmite printr-o specie de căpuşă foarte mică, numită căpuşă de lemn. Din mai până în octombrie, această căpuşă se găseşte pe tot cuprinsul SUA, mai ales în zonele de coastă din est şi vest, precum şi în Wisconsin şi Minnesota.

Diagnostic

Boala Lyme este dificil de diagnosticat deoarece seamănă cu alte boli. O erupţie caracteristică roşie, în formă de ţintă apare de obicei la locul muşcăturii de căpuşă (vezi ilustraţia color de la pag. 437), urmată de cefalee, frisoane, febră, dureri şi rigiditate a corpului.

Uneori, muşcătura poate trece neobservată. Câteva săptămâni mai târziu, persoana prezintă paralizie facială, inflamaţie articulară, simptome neurologice numeroase şi, uneori, palpitaţii şi bloc cardiac, o stare în care impulsurile nu sunt conduse normal prin inimă.

Medicul vă poate face un test de sânge pentru verificarea anticorpilor din organism. Totuşi, testul nu este totdeauna concludent.

Cât de gravă este boala Lyme?

Dacă este depistată în stadii precoce, boala poate fi tratată cu medicamente. Dacă nu este tratată la timp, pot apărea complicaţii care să implice articulaţiile, inima şi sistemul nervos central şi periferic.

Tratament

Tratamentul constă din antibiotice ca doxiciclină sau amoxicilină. Aspirina sau alte medicamente antiinflamatoare pot ameliora inflamaţia articulară.

Prevenire

Când mergeţi în zone împădurite sau cu iarbă, purtaţi pantofi, haine deschise la culoare, pantaloni lungi băgaţi în şosete şi cămăşi cu mânecă lungă. Aplicaţi dezinfectant pentru căpuşe pe piele sau pe haine.

Căutaţi-vă de căpuşe pe dumneavoastră şi pe animalul de casă pe care-l aveţi. Dacă le găsiţi, îndepărtaţi-le prin folosirea unei pensete. Prindeţi căpuşa aproape de cap şi trageţi-o afară. Nu o smuciţi şi nu o striviţi. Trageţi-o cu grijă şi complet. Dacă s-a ataşat de mai puţin de 24 de ore, infecţia nu apare, dar este mai bine să mergeţi la un medic.

Febra pătată a Munţilor Stâncoşi

Semne şi simptome

- Frisoane şi febră
- Cefalee severă
- Dureri în tot corpul
- Stare de agitaţie
- Erupţie roşie care apare în a 2-a – a 6-a zi de febră.

Această boală, produsă de *Rickettsia rickettsii* se transmite la oamenii din vestul SUA prin intermediul căpuşelor de lemn, iar celor din estul SUA prin căpuşele de câine. În sudul SUA şi în America Centrală şi de Sud, boala se transmite prin alte tipuri de căpuşe. În SUA, febra pătată a Munţilor Stâncoşi apare mai ales primăvara târziu şi la începutul toamnei, şi se întâlneşte în special în partea estică a ţării.

Diagnostic

La 3-10 zile după ce aţi fost muşcat de o căpuşă infectată, veţi prezenta greaţă, cefalee, scăderea apetitului şi dureri de gât. Pe măsură ce boala se dezvoltă, mai apar febră, frisoane, dureri în oase şi muşchi, insomnie, dureri abdominale şi vărsături. Puteţi avea tuse şi, eventual, delir, letargie şi stupor. La 2-6 zile de la instalarea febrei apare o erupţie roşie la încheietura mâinilor şi la glezne. Erupţia se extinde de pe braţe şi picioare către piept. Medicul poate încerca să stabilească diagnosticul afecţiunii făcând un test de sânge sau examinând un eşantion de erupţie pentru a descoperi prezenţa microorganismului.

Cât de gravă este febra pătată a Munţilor Stâncoşi?

Un caz uşor de boală tratat prompt este, într-adevăr, benign. Chiar şi fără tratament, cazurile uşoare pot dispărea după 2 săptămâni. La un procent mic de persoane infectate, boala poate fi gravă sau chiar fatală, mai ales la vârstnici.

Tratament

Infecţia se tratează cu antibiotice. Tratamentul prompt este important deoarece boala poate evolua rapid.

Infestările parazitare

Paraziţii variază de la organisme microscopice, unicelulare, numite protozoare, la paraziţi mai mari, numiţi helminţi. Protozoarele parcurg adesea o parte din ciclul lor de viaţă în afara corpului uman, trăind în alimente, în sol, în apă sau în insecte. Protozoarul care produce malarie este un bun exemplu. Unele tipuri de protozoare sunt prezente în corpul dumneavoastră, dar ţinute sub control de sistemul dumneavoastră imunitar.

Viermii laţi şi cei rotunzi sunt cele mai cunoscute tipuri de helminţi. Dacă intră în corpul dumnevoastră, se localizează în tractul intestinal, plămâni, piele sau creier, unde trăiesc din substanţele nutritive găsite în acele zone.

Malaria

Semne şi simptome

- Frisoane sucesive, febră şi transpiraţie
- Durere de cap
- Dureri musculare
- Anemie

Malaria se transmite prin intermediul femelei ţânţarului anofel. De asemenea, se poate transmite prin transfuzii de sânge contaminat şi prin utilizarea de ace contaminate. Boala se întâlneşte mai ales în zonele rurale din ţările tropicale şi subtropicale. Este una dintre principalele boli letale din lume, mai ales la copii.

Aproximativ 300-500 milioane de cazuri apar pe glob în fiecare an şi peste 1 milion de oameni mor de această boală în fiecare an. În SUA, se înregistrează anual aproximativ 1 200 de cazuri, mai ales printre persoanele care se întorc din zone în care trăieşte specia de ţânţar. Femela de ţânţar se infestează cu parazitul malariei când înţeapă un om care are malarie şi ingeră sânge cu protozoare. După dezvoltarea în interiorul ţânţarului, parazitul se transmite apoi altor oameni prin intermediul ulterioarelor înţepături de ţânţar. La oameni, parazitul migrează în ficat. Mai târziu, intră în fluxul sangvin şi infestează hematiile, unde se înmulţeşte, iar 48-72 de ore mai târziu, în funcţie de specie, duce la distrugerea acestora, eliberând o nouă generaţie de paraziţi.

Diagnostic

Simptomele malariei sunt strâns corelate cu ciclul de viaţă al parazitului. După o perioadă de incubaţie de 8 zile - 8 luni, încep frisoanele şi febra, cu durată de 15–60 minute, corespunzătoare distrugerii hematiilor. Mai pot apărea cefalee, vărsături şi greaţă. Febra rămâne mare timp de câteva ore, apoi începe transpiraţia, pe măsură ce temperatura corpului scade. Ciclul poate să se reia la 48-72 de ore, în funcţie de specia de protozoar.

Dacă aveţi vreunul dintre aceste semne şi simptome în perioada unui an în care călătoriţi într-o zonă în care există malarie, consultaţi rapid un medic. Adesea, un frotiu de sânge poate identifica parazitul. Deoarece malaria este iniţial confundată cu gripa sau cu alte infecţii virale, fiţi atent dacă prezentaţi o boală febrilă timp de 12 luni după ce aţi călătorit într-o zonă cu malarie. Spuneţi-i medicului de călătorie. Un test de sânge poate determina dacă aveţi boala.

Cât de gravă este malaria?

Netratate, unele forme de malarie pot fi fatale. Boala se poate vindeca după 6-8 luni, dar poate dura până la 3 ani sau mai mult, în funcţie de specie. Malaria poate determina la femeile gravide avort sau deces la naştere. Malaria falcipară, una dintre cele 4 tipuri, poate duce la deces în decurs de câteva ore de la apariţia primelor simptome.

Tratament

Malaria acută este o boală serioasă care necesită spitalizare. Sunt folosite medicamentele antimalarice cum ar fi clorochina (Aralen), chinina (Formula Q, Legatrim), primaquine şi mefloquine (Lariam). Rezistenţa la medicamente este în creştere, totuşi, şi au fost iniţiate programe mondiale de sănătate pentru găsirea de căi eficiente de tratare a bolii.

Prevenire

Nu există un vaccin pentru malarie. Totuşi, multe dintre medicamentele folosite pentru tratament sunt eficiente şi ca medicamente de prevenire. În majoritatea ţărilor în care există malarie, a apărut rezistenţa la clorochină. Dacă aţi călătorit în zone cu malarie, medicul vă poate prescrie în locul acesteia mefloquine, doxiciclină sau o combinaţie antimalarică numită Malarone. Începeţi să luaţi oricare dintre aceste medicamente cu o săptămână înainte de a pleca în călătorie. Continuaţi să luaţi medicamentul pe durata călătoriei şi 4 săptămâni după părăsirea zonei cu malarie.

Discutaţi cu medicul posibilele reacţii la Mefloquine, cum ar fi greaţa, ameţeala, insomnia şi visele agitate. De asemenea, revedeţi împreună oricare cauză medicală trecută sau prezentă care ar contraindica folosirea acestui medicament. Persoanele cu epilepsie sau cu alte afecţiuni convulsive nu trebuie să ia Mefloquine. Copiii sub 8 ani ar trebui să evite doxiciclina, care le poate păta dinţii pentru toată viaţa. Malarone nu trebuie luat de persoane cu afecţiuni renale grave. Medicamentele care previn malaria pot produce la gravide avort sau decese la naştere. În zonele cu malarie protejaţi-vă de ţânţari. Dormiţi acoperit cu plase de ţânţari, staţi în clădiri cu plase de ţânţari la ferestre şi la uşi, staţi în casă seara în amurg şi în zori – momentele în care se hrănesc ţânţarii – şi purtaţi haine protectoare contra ţânţarilor.

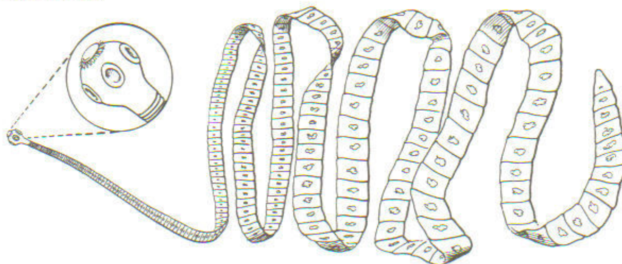
Viermii laţi

Semne şi simptome

- Prezenţa de ouă în scaun sau de fragmente de vierme în haine, aşternut sau în scaun
- Foame
- Ameţeli
- Oboseală
- Scăderea apetitului şi a greutăţii
- Vărsături
- Iritabilitate

Doar 6 dintre speciile de viermi laţi pot infesta oamenii. Viermele lat de la vite (cel mai mare, poate creşte până la 22,5 m), viermele lat din peşti şi cel din porci sunt transmişi, în general, prin consumul de carne crudă sau insuficient preparată de vită, de peşte sau de porc. Viermele lat pitic se transmite direct de la o persoană la alta. Viermele lat de la rozătoare, care este frecvent la şoareci, se transmite prin înghiţirea accidentală de purici de

Vierme lat



Cea mai mare specie de vierme lat poate ajunge până la 22,5 m lungime.

şoarece, de insecte sau de gândaci, adesea după ce acestea au intrat în cereale sau în alimente.

Viermele lat canin se întâlneşte adesea la copiii care vin în contact cu pisici sau câini infestaţi şi care au înghiţit purici sau păduchi infectaţi.

Diagnostic

Viermii laţi produc puţine simptome. Viermii laţi de la vite, porc şi peşte pot determina senzaţie de foame, ameţeală şi oboseală. Cei trei viermi laţi mai mici pot determina scăderea apetitului, pierdere în greutate, vărsături şi iritabilitate – mai ales la copii. În cazuri severe, pot fi prezente greaţa, diareea şi durerile abdominale.

Viermii laţi sunt descoperiţi, de obicei, atunci când se găsesc ouăle în scaun, pe aşternut sau haine. De obicei, medicul pune diagnosticul prin găsirea ouălor sau ale segmentelor şi examinarea lor la microscop.

Cât de gravă este infestarea cu viermi laţi?

De obicei, prezenţa viermilor laţi în intestin nu este gravă. Dar unele tipuri de viermi laţi pot penetra peretele intestinal şi se răspândesc în diferite organe. Afecţiunea care rezultă poate deveni foarte gravă.

Tratament

Există multe medicamente eliberate cu prescripţie medicală pentru a trata infestarea cu viermi laţi. Un vierme din intestin începe, de obicei, să se dezintegreze după tratament şi este eliminat din organism în 24-48 de ore.

În general, se consideră că a fost eliminat întregul vierme dacă nu reapar segmente după 3-5 luni.

Trichineloza

Semne şi simptome

- Diaree şi crampe
- Stare generală de rău
- Febră
- Dureri şi sensibilitatea în muşchi
- Umflarea feţei

Trichinella spiralis trăieşte în intestinele majorităţii carnivorelor, inclusiv ale animalelor marine. Femela elimină larvele care intră în muşchi şi formează chisturi. Când este consumat muşchiul infestat, chisturile dau naştere unei noi generaţii de viermi.

Oamenii fac trichineloză prin consumul de carne de porc sau de produse din carne de porc crudă sau incomplet preparată, ori de carne de vită care a fost ţinută într-o măcelărie contaminată sau amestecată cu carne de porc infestată. Incidenţa infestaţiei a scăzut mult prin măsurile de sănătate publică, dar carnea de animale sălbatice, mai ales de urs, reprezintă încă o sursă de infestaţie.

Diagnostic

La 2-12 zile de la consumul cărnii infestate, puteţi prezenta diaree, crampe abdominale şi stare generală de rău, cu durată de 1-7 zile, deşi este posibil ca unii oameni să nu aibă nici un simptom. Când muşchii sunt invadaţi de larve, pot apărea durerea şi senbilitatea musculară, febra, umflarea feţei, stare de slăbiciune, sensibilitate la lumină şi conjunctivită, care pot dura aproximativ 6 săptămâni. Medicul poate folosi un test de sânge şi o biopsie musculară pentru a diagnostica boala.

Cât de gravă este trichineloza?

Exceptând cazurile severe, trichineloza, de obicei, nu este gravă şi adesea netratată.

Tratament

În cele mai multe cazuri, nu este necesar tratamentul. Pentru durerile musculare se pot da analgezice. Un medicament antihelmintic numit albendazol (Albenza, Eskazole, Zentel) poate fi prescris pentru infestarea intestinală, dar nu este eficient dacă viermele s-a fixat în muşchi.

Prevenire

Trichineloza poate fi prevenită uşor prin pregătire adecvată a cărnii sau prin îngheţarea ei la -15^0C timp de 3 săptămâni.

Oxiurii

Semne şi simptome

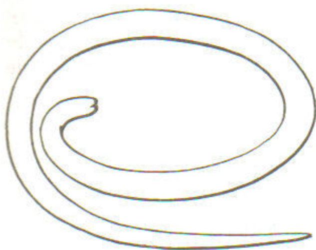
- Prurit intens al zonei anale în timpul nopţii
- Insomnie, iritabilitate şi agitaţie
- Simptome gastrointestinale reduse

Oamenii sunt singura gazdă a oxiurilor, care trăiesc în intestinul gros al unei persoane infestate. Noaptea, femela migrează afară prin anus, lasă acolo un număr mare de ouă şi moare. După câteva ore, ouăle se pot transmite la alt individ sau pot reinfesta gazda dacă sunt introduse în gură prin alimente, băuturi sau mâini contaminate. După ce ouăle au fost înghiţite, ele eclozează în intestinul subţire şi apoi migrează în intestinul gros. Întregul ciclu durează 3-4 săptămâni, iar ouăle sunt contagioase 2-3 săptămâni. Oxiurii apar mai frecvent la copii.

Diagnostic

Principalul simptom este pruritul intens din jurul anusului, mai ales noaptea, deşi unele persoane nu au simptome evidente. Oxiurii

Oxiur



sunt diagnosticaţi prin identificarea ouălor pe pielea din jurul anusului. Cea mai uşoară metodă este să aplicaţi o bucată mică de celofan pe zona respectivă şi să o duceţi medicului, care o va pune pe o lamelă pentru examinare la microscop. Luaţi mostra dimineaţa, înainte de defecaţie sau de baie.

Cât de gravă este infestarea cu oxiuri?

O infestare cu oxiuri este supărătoare, dar nu este gravă. Este uşor de tratat, dar reinfestaţia este obişnuită.

Tratament

Persoanele cu simptome de oxiurază – şi, adesea, şi ceilalţi membri ai familiei – ar trebui tratate. Medicamente ca mebendazole (Vermox) sunt foarte eficiente. Încercaţi să nu vă scărpinaţi în zona anală şi aveţi mare grijă să vă menţineţi unghiile curate. Asiguraţi-vă că toţi din familia dumneavoastră îşi spală mâinile după defecaţie şi spălaţi lenjeria pentru a preveni răspândirea oxiurilor şi recidiva infestaţiei.

Strongiloidoza

Semne şi simptome

- Leziuni mici, uneori pruriginoase ale pielii
- Diaree, uneori alternând cu constipaţie
- Durere abdominală
- Gaze (flatulenţă)

Strongiloidoza este determinată de un vierme mic, *Strongyloides stercoralis*. Cunoscut ca un vierme lung, se găseşte în multe zone tropicale şi subtropicale. Strongiloidoza apare adesea în zone temperate, inclusiv în SUA. Este frecventă în condiţiii de suprapopulare, de lipsă a igienei.

Diagnostic

Primul semn de infestare este apariţia unor leziuni mici, roşii şi uneori pruriginoase produse de larvele care intră în piele. Larvele călătoresc prin fluxul sangvin spre plămâni, de unde ajung în faringe şi sunt înghiţite. Apoi populează intestinul şi determină durere abdominală, flatulenţă şi diaree, care, uneori, alternează cu constipaţia.

Durerea abdominală seamănă cu senzaţia de arsură din ulcer. Mai pot apărea greaţă, vărsături şi scăderea apetitului. În cazuri severe, diareea este cu sânge şi mucus. Atunci când se află în plămâni, larvele pot produce o tuse uscată, iritarea faringelui, o stare subfebrilă şi dificultăţi de respiraţie. Determinarea cauzei bolii este dificilă din cauza unei mari varietăţi de simptome. Izolarea larvelor în scaun sau în fluidul din intestinul subţire confirmă diagnosticul.

Cât de gravă este strongiloidoza?

Exceptând cazul în care infestaţia este masivă, cei mai mulţi oameni se vindecă pe deplin o dată ce viermii sunt eliminaţi.

Tratament

Strongiloidoza se tratează cu antihelmintice (medicamente folosite pentru tratarea infestărilor cu viermi).

Ascaridiaza

Semne şi simptome

- Vărsături însoţite de dureri de stomac şi de umflarea abdomenului
- Wheezing, tuse şi dificultăţi respiratorii

Ascaris lumbricoides este cel mai mare dintre viermii rotunzi şi cel mai cunoscut dintre viermii intestinali. Se află oriunde se folosesc fecalele umane ca fertilazatori sau în locurile în care igiena este precară. Viermele afectează doar oamenii, iar infestarea este mai severă la copii. Ouăle se găsesc în sol şi ajung în organismul oamenilor care consumă alimente sau băuturi contaminate. După migrarea în plămâni, larvele ajung în gură şi sunt înghiţite. În final, se localizează în intestinul subţire, unde ating stadiul adult, formă sub care trăiesc un an sau mai mult.

Diagnostic

Examinarea unei probe de scaun pentru găsirea de ouă sau de segmente de vierme poate confirma diagnosticul.

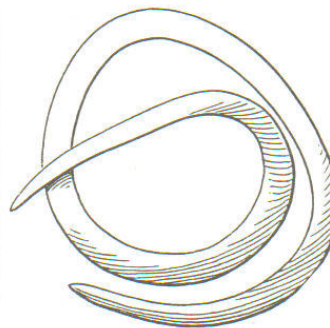
Cât de gravă este ascaridiaza?

În general, nu este o afecţiune gravă şi uneori poate trece fără tratament. Totuşi, în plămâni, larvele determină wheezing, tuse şi dificultăţi respiratorii, putând duce la o afectare permanentă. În intestine, viermii adulţi pot determina vărsături, disconfort în abdomenul superior, distensie abdominală şi, uneori, obstrucţie intestinală.

Tratament

Tratamentul constă în administrarea de antihelmintice, medicamente care distrug paraziţii.

Ascaris lumbricoides



***Ascaris lumbricoides* este cel mai mare dintre viermii rotunzi, atingând în lungime între 15 şi 35 cm.**

La nou-născut, pot apărea cojunctivita sau pneumonia în primele 2 săptămâni de la naştere.

Tratament

Toţi partenerii sexuali ai unei persoane infectate trebuie trataţi, chiar dacă nu au simptome. Altfel pot transmite boala altora. Cu tratament antibiotic, infecţia ar trebui să se vindece în 1-2 săptămâni. Dacă nu se petrece aşa, verificaţi din nou împreună cu medicul. El vă poate face nişte teste de laborator suplimentare pentru găsirea unui alt tratament.

Sifilisul

Semne şi simptome

Primar

- Leziuni nedureroase pe organele genitale, rect, limbă sau pe buze
- Ganglioni limfatici măriţi în zona inghinală

Secundar

- Erupţie în orice zonă a corpului, mai ales pe palme şi tălpi
- Leziuni în cavitatea bucală
- Febră
- Cefalee
- Dureri în oase şi articulaţii

Terţiar

- Infecţie răspândită în tot organismul, cu afectarea organelor interne, inclusiv a oaselor, inimii, creierului şi măduvei spinării.

Sifilisul este o boală complexă produsă de bacteria *Treponema pallidum*. Deşi în trecut era foarte răspândită, această boală a devenit mai puţin frecventă în rândul persoanelor heterosexuale, comparativ cu gonoreea şi infecţia cu *Chlamydia*. Dar recent, incidenţa sifilisului a crescut în zonele sărace, urbane ale SUA şi la persoanele cu SIDA. De obicei transmis prin contact sexual, microroganismul poate intra în corp prin tăieturi minore cutanate sau ale mucoaselor. Boala se mai poate transmite prin sânge infectat sau de la mamă la făt în timpul sarcinii (sifilis congenital).

Diagnostic

Sifilisul are 3 stadii active. În stadiul primar, la 10 zile-6 săptămâni de la expunere, apar leziuni (şancrul sifilitic) pe organele genitale, în zona genitală, în rect şi pe buze. În general, aceste leziuni nu sunt dureroase, dar sunt foarte contagioase. Durerea apare dacă rana este infectată cu alte bacterii.

Medicul poate căuta ganglioni limfatici măriţi în regiunea inghinală. Uneori, se poate face un diagnostic rapid prin examinarea microscopică a secreţiei din şancru. Medicul vă poate recomanda şi un test de sânge pentru a verifica prezenţa infecţiei.

Stadiul secundar începe la 1 săptămână-6 luni după stadiul primar. O erupţie roşie poate apărea oriunde pe suprafaţa corpului, inclusiv pe palme şi pe tălpi. De asemenea, puteţi avea simptome asemănătoare gripei – cefalee şi dureri în oase şi în articulaţii.

O perioadă intermediară este numită sifilis latent, în care nu apare nici un simptom. În această etapă, sifilisul poate fi detectat prin teste speciale de sânge. Dacă boala nu a fost tratată adecvat, bacteriile continuă să se răspândească şi puteţi avea o recădere.

Ultimul stadiu, cunoscut ca sifilis terţiar, include răspândirea generalizată a infecţiei, ceea ce este grav. În această perioadă, bacteriile s-au răspândit în întregul corp şi pot afecta oricare dintre organele dumneavoastră interne, inclusiv oasele, inima, creierul şi măduva spinării. Examinarea lichidului cefalorahidian poate fi necesară pentru a determina dacă sistemul nervos este afectat.

Cât de grav este sifilisul?

Sifilisul poate fi vindecat dacă diagnosticul este pus din vreme şi dacă infecţia este tratată adecvat. Totuşi, dacă nu este tratată, boala poate fi fatală. Dacă o femeie contractează boala cât timp este gravidă, o poate transmite fătului, ceea ce determină malformaţii sau decesul acestuia.

Tratament

Antibioticele au adesea succes în tratare stadiilor primare şi secundare ale sifilisului. Penicilina este foarte eficientă în tratarea sifilisului. Dacă sunteţi sensibil la penicilină, medicul vă poate prescrie orice alt tip de antibiotic.

Boala este foarte contagioasă în timpul ambelor stadii, mai les în cel secundar. Dacă aveţi sifilis, este interzis contactul sexual până când cel puţin 2 teste de sânge după tratamentul antibiotic nu indică faptul că infecţia a fost eliminată. Nu există vaccin contra sifilisului. Este necesară repetarea testelor de sânge la intervale regulate de cel puţin un an pentru monitorizarea răspunsului la tratament.

Herpesul genital

Semne şi simptome

- Durere sau prurit în zona genitală
- Vezicule cu apă sau leziuni deschise

Herpesul este produs de virusul herpes simplex (HSV). Există 2 tipuri: oral (vezi pag. 1191) şi genital. Cel care afectează gura şi buzele, producând o leziune rece, este virusul herpes simplex tip 1 (HSV-1). Cel care afectează zona genitală este virusul herpes simplex tip 2 (HSV-2). Herpesul genital poate fi transmis prin contact sexual vaginal sau anal. Virusul intră în corp prin mici tăieturi cutanate sau în mucoase. Poate infecta ochii prin contactul cu un deget contaminat. Afectează atât bărbaţii cât şi femeile.

Diagnostic

Simptomul iniţial al infecţiei cu HSV-2 este durerea sau prurit în zona genitală. Acest stadiu este cunoscut sub denumirea de perioadă prodromală şi începe la 2-7 zile de la expunerea la virus. După câteva ore până la câteva zile după acest stadiu prodromal încep să apară leziunile.

La femei, ele pot erupe în zona vaginală, pe organele genitale externe, pe fese şi pe anus. La bărbaţi, apar pe penis, scrot, anus

Aproape 1/2 dintre femeile infectate nu au simptome, ceea ce creşte riscul de transmitere a bolii. De asemenea, homosexualii pot să nu aibă simptome, mai ales dacă infecţia le afectează faringele sau rectul.

Diagnostic

La bărbaţi, primele simptome de gonoree apar, în general, la 2 – 14 zile după expunere la bacterie. La început puteţi avea o senzaţie de furnicătură în uretră. Câteva ore mai târziu, urinatul devine dureros şi se constată o secreţie lăptoasă. Pe măsură ce infecţia evoluează, durerea uretrală devine mai pronunţată şi se elimină mari cantităţi de secreţie cremoasă, ca puroiul.

La femei, simptomele pot să nu apară 1-3 săptămâni, chiar deloc. Infecţia afectează, de obicei, colul uterin şi alte organe reproducătoare, ca şi uretra. Puteţi urina frecvent, imperios şi dureros; din vagin sau din uretră se elimină o secreţie ca puroiul.

La aproximativ 50% dintre femei, singurele simptome sunt o creştere a secreţiei vaginale şi o inflamaţie, care pot fi evidente doar la examinarea pelvină. Simptomele sunt adesea atât de uşoare încât multe femei nu realizează că au infecţie. În multe cazuri, singurul indiciu că o femeie poate avea gonoree este că persoana cu care a avut contact sexual face boala.

La ambele sexe, gonoreea poate rezulta în urma unui contact sexual anal cu o persoană infectată sau prin răspândirea din rect către zona genitală. Poate produce disconfort în regiunea anală şi secreţie rectală, dar în multe cazuri nu există nici un simptom. Sexul oral poate produce gonoree faringiană, care duce la dureri în gât şi dificultăţi la înghiţire. Multe persoane pot să nu prezinte simptome. Dacă infecţia se răspândeşte la ochi, poate produce ochi roşu, inflamat (conjunctivită).

Pentru confirmarea diagnosticului de gonoree, medicul poate lua probe din secreţii sau din ţesuturile infectate pentru a fi examinate la laborator. Aceasta trebuie făcută înainte de a se administra antibiotice. Simptomele de gonoree sunt similare celor din multe alte BTS, aşa că este important să se cunoască exact ce le-a produs. Uneori, pot fi prezente mai multe BTS, aşa că, dacă aveţi gonoree, medicul vă poate face şi un test pentru sifilis.

Cât de gravă este gonoreea?

Gonoreea este o infecţie acută care devine cronică dacă nu este tratată. La bărbaţi, gonoreea poate duce la epididimită (vezi pag. 1117). La femei, se poate extinde la uter şi la trompele uterine, producând boală inflamatorie pelvină (BIP). BIP poate duce la cicatrice ale trompelor uterine şi la sterilitate.

Gonoreea se poate răspândi prin fluxul sangvin, producând infecţii în altă parte a corpului. Este posibil să apară febră, erupţie, durere articulară şi rigiditate. Aceste complicaţii pot determina o afectare articulară definitivă. Tratată corect, gonoreea se vindecă de obicei. Totuşi, unele specii de gonococi sunt rezistente la antibiotice.

Tratament

Dacă aveţi gonoree, este important să vă abţineţi de la contactul sexual până la eliminarea completă a infecţiei. Medicul vă va prescrie antibiotice pentru tratarea infecţiei. De asemenea, vă poate recomanda medicamente analgezice fără prescripţie.

Tratamentul general al complicaţiilor la bărbaţi constă în băi de şezut fierbinţi şi, dacă este prezentă epididimita, repaus la pat, comprese reci şi imobilizare. La femei, infecţia trompelor uterine necesită repaus la pat şi, eventual, intervenţia chirurgicală, dacă infecţia nu se rezolvă. Medicul vă va recomanda să repetaţi testele pentru a se asigura de eliminarea infecţiei.

Infecţia cu *Chlamydia*

Semne şi simptome

- Micţiuni dureroase
- La femei, secreţie vagianlă
- La bărbaţi, secreţie uretrală

Infecţia cu *Chlamydia* este o infecţie genitală, produsă de bacteria *Chlamydia trachomatis*, care se transmite prin contact sexual vaginal sau anal. Atingerea ochilor cu mâna umezită de secreţii infectate poate produce o infecţie severă a ochilor. *C. trachomatis* este cea mai frecventă cauză de orbire de pe glob. Ea determină infecţii severe ale ochilor la copiii din multe zone ale globului, cum ar fi India, Africa şi Orientul Apropiat. Mama poate transmite infecţia la nou-născut în timpul travaliului, producându-i pneumonie.

Diagnostic

Diagnosticul infecţiei genitale cu *Chlamydia* poate fi dificil deoarece simptomele pot fi puţine sau inexistente. Când există simptome, sunt similare celor din gonoree. La bărbaţi, poate apărea o senzaţie de arsură în timpul urinatului şi o secreţie din uretră. Simptomele sunt mai uşoare decât cele din gonoree şi pot apărea la 1-3 săptămâni după expunere. Femeile pot să nu aibă simptome sau să aibă usturimi la urinat, o secreţie vaginală subţire sau dureri în abdomenul inferior. Dar multe trebuie să se bazeze pe faptul că partenerii lor sexuali au boala. Testele pentru infecţia cu *Chlamydia* presupun identificarea bacteriei în secreţiile din col (la femei) sau din secreţia uretrală ori din fluidul seminal (la bărbaţi).

Cât de gravă este infecţia cu *Chlamydia*?

La bărbaţi, infecţia cu *Chlamydia* poate produce epididimită şi inflamaţia uretrei. La femei, determină infecţie uretrală şi inflamaţia colului şi altor organe pelvine. Dacă faceţi sex anal cu un partener infectat, microorganismul poate cauza inflamaţia rectului.

şi pe coapse (vezi ilustraţia color de la pag. 438). Leziunile pot fi prezente, deşi invizibile, în interiorul colului, la femei, şi pe uretră, la bărbaţi.

Cât timp există leziunile, urinatul poate fi dureros. Ele încep, în general, sub formă de umflături mici, sensibile, roşii şi devin vezicule apoase în câteva zile. Apoi se rup, se transformă în ulceraţii care au secreţie sau sângerează. După 3-4 zile, se formează cruste şi ulcerele se vindecă. Puteţi avea dureri şi sensibilitate în zona genitală până la eliminarea infecţiei. În timpul primului episod, puteţi avea simptome ca de gripă, cum ar fi cefalee şi febră, ca şi mărirea ganglionilor limfatici în zona inghinală.

Medicul poate confirma diagnosticul de herpes prin cultivarea virusului din vezicule sau din primele ulceraţii. Cercetarea minuţioasă a altei boli sexuale este importantă. Adesea, cel puţin încă o boală cu transmitere sexuală este prezentă, pe lângă herpes.

Cât de grav este herpesul?

Herpesul nu se poate vindeca şi nu există vaccin. Virusul rămâne în stare de latenţă în zona infectată şi se reactivează periodic, producând simptome. Boala este foarte contagioasă atunci când sunt prezente leziunile.

În afară de leziuni, herpesul nu produce alte complicaţii severe şi permanente la adult. Totuşi, copiii pot fi infectaţi atunci când traversează canalul de naştere al mamei din cauza leziunilor deschise, putând apărea afectări ale creierului, orbire şi moarte. Această infecţie este mai frecventă la copiii şi mamele care au primul episod de herpes în timpul travaliului. Rata infecţiei cu herpes la nou-născuţi este în creştere, pe măsură ce a crescut şi rata herpesului genital la femei.

Tratament

Deoarece herpesul nu poate fi vindecat, tratamentul constă în controlul simptomelor şi în încercarea de a împiedica infecţia să se reactiveze. La primul episod, medicamentele antivirale ca acyclovir (Alti-Acyclovir, Zovirax) şi famciclovir (Famvir) în formă orală grăbesc vindecarea bolii. Acest tratament iniţial nu împiedică recidivele. Dacă recidivează frecvent, acyclovirul poate fi administrat zilnic pentru a supresa virusul herpetic. Tratamentul topic constă în menţinerea curată şi uscată a leziunilor.

Prevenire

Herpesul este foarte contagios atunci când există leziuni. Dacă aveţi herpes şi leziunile sunt prezente, abţineţi-vă de la contactul sexual până la vindecarea lor completă. Dacă nu aveţi herpes, folosiţi un prezervativ în timpul actului sexual, pentru a reduce riscul de contractare a infecţiei. Dacă sunteţi activ sexual, o relaţie sexuală monogamă cu un partener neinfectat este cea mai bună cale de a evita boala.

Vegetaţiile veneriene

Semne şi simptome

- Excrescenţe asemănătoare cu negii pe organele genitale

Vegetaţiile veneriene, numite şi papiloame genitale, sunt produse de papilomavirusul uman (HPV). Afectează atât bărbaţii cât şi femeile şi se transmit cu uşurinţă prin contact sexual. Persoanele cu un sistem imunitar compromis şi gravidele sunt mai susceptibile la boală.

Diagnostic

Vegetaţiile veneriene se aseamănă cu negii cutanaţi obişnuiţi. Se pot dezvolta la 3 săptămâni-3 luni de la expunerea la virus. La bărbaţi, apar adesea lângă vârful sau pe teaca penisului şi adesea pe scrot. La femei, pot apărea pe labii, în vagin, pe colul uterin sau în jurul anusului. HPV poate, de asemenea, să producă leziuni pe cervix.

Adesea, medicul poate diagnostica aceste vegetaţiile veneriene prin simpla examinare fizică.

Cât de grave sunt vegetaţiile veneriene?

Vegetaţiile veneriene nu sunt, în general, ameninţătoare de viaţă, deşi sunt contagioase. Femeile cu leziuni cervicale produse de HPV au un risc crescut de cancer cervical. Femeile cu astfel de leziuni ar trebui să facă anual un test Papanicolaou.

Tratament

Toţi partenerii sexuali ai unei persoane infectate trebuie trataţi şi toate vegetaţiile trebuie extirpate. Pot fi de folos medicamente aplicate direct pe ele. Se poate utiliza o procedură de îngheţare a ţesuturilor vegetaţiilor (criochirurgie). Alte variante pentru îndepărtarea vegetaţiilor veneriene mari ar fi prin laser sau printr-un procedeu numit electrodesicare, în care curentul electric este folosit pentru distrugerea ţesutului vegetaţiilor, urmată de înlăturarea lor de la bază. Aceste tratamente pot necesita anestezie locală sau generală. În ciuda tratamentului, au tendinţă de recidivă.

HIV şi SIDA

Sindromul imunodeficienţei umane dodândite (SIDA) este o boală cronică a sistemului imunitar produsă de virusul imunodeficienţei umane (HIV). Virusul produce o slăbire progresivă a sistemului imunitar.

Prin afectarea sau distrugerea celulelor sistemului imunitar, HIV interferează cu capacitatea corpului dumneavoastră de a lupta efectiv cu virusurile, cu bacteriile şi fungii care determină îmbolnăviri. Această slăbire vă face şi mai susceptibil la infecţii la care în mod normal corpul dumneavoastră ar rezista, cum ar fi anumite tipuri de pneumonii, meningite sau cancer.

Infecţia cu acest virus este cunoscută ca infecţia cu HIV. Termenul SIDA desemnează stadiile finale ale infecţiei cu HIV. În limbajul obişnuit, se folosesc ambii termeni pentru a denumi aceeaşi boală.

HIV și sistemul imunitar

Atunci când sistemul dumneavoastră imunitar este sănătos, leucocitele specializate (limfocite) și anticorpii asigură rezistența față de germeni pentru a vă feri de boli. Când microorganisme străine intră în corpul dumneavoastră, ele sunt atacate și distruse. Acest răspuns este coordonat de un tip de limfocite cunoscute drept celule T helper.

Când HIV intră în corpul dumneavoastră, el nu poate trăi singur. Are nevoie de o altă celulă vie (gazdă) pentru a supraviețui. HIV intră în celulele T helper prin atașarea de o proteină de la suprafața lor, numite CD4 – acesta este numele pentru celulele T helper. O dată intrat în celulele CD4, virusul își inseră materialul genetic propriu în celule și le folosește pentru a face copii.

Când virusurile nou formate ies din celulele gazdă, ele găsesc alte celule de atacat. În același timp, vechile celule gazdă mor. Ciclul se repetă iar și iar. În acest proces, se pot produce zilnic mai mult de 10 miliarde de noi particule HIV. Sistemul dumenavoastră imunitar încearcă să facă față acestei masive infecții prin producerea de anticorpi și formarea de mai multe celule T helper, ajungându-se la aproximativ 2 miliarde de noi celule CD4 zilnic.

În final, virusul câștigă cursa. Numărul de celule CD4 pe care corpul dumneavoastră le poate produce scade și aveți o deficiență imună severă. Corpul dumneavoastră nu mai este capabil să învingă infecția.

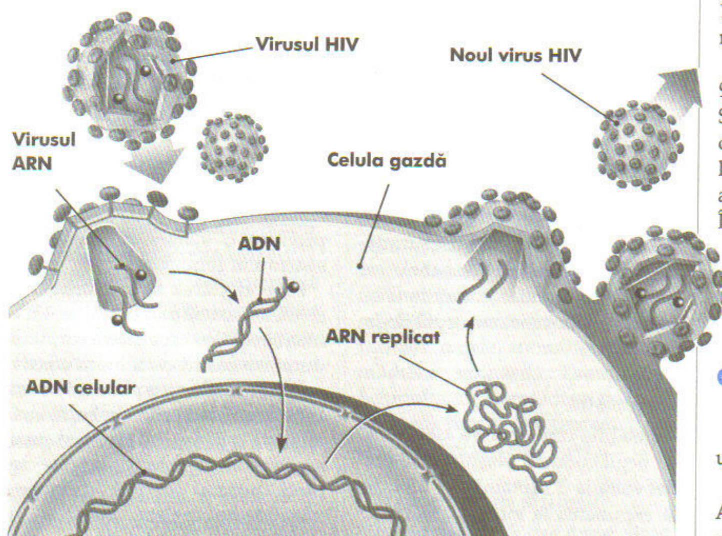
O problemă mondială

În aproape două decenii – de când s-au înregistrat primele cazuri de boală – infecția cu HIV a devenit o epidemie globală, afectând aproximativ 36 milioane de oameni din mai mult de 190 de țări. De la începutul epidemiei, au murit de SIDA 21,8 milioane de oameni, dintre care 4,3 milioane de copii. Potrivit Programului ONU pentru HIV/SIDA (UNAIDS) și OMS, 5,3 milioane de noi infecții cu HIV au apărut în anul 2000, iar decesele corelate cu SIDA au atins 3 milioane.

Africa sub-sahariană continuă să fie regiunea lumii cea mai afectată, aici existând 70% din cazurile înregistrate la nivel mondial. Potrivit estimărilor UNAIDS 2000, numărul total al persoanelor infectate cu HIV din această regiune este de peste 25 de milioane. În același timp, aproape 2,5 milioane de oameni au murit în Africa, față de 2,2 milioane în 1999. O nouă epidemie s-a produs în Europa de Est, unde trăiesc acum 700 000 oameni infectați cu HIV, comparativ cu 420 000 în 1999.

În Asia, aproximativ 6,4 milioane de persoane au HIV și SIDA, cu 700 000 de noi cazuri în sudul și sud-vestul Asiei în 2000. În America Latină și Caraibe, aproximativ 210 000 adulți și copii au fost infectați în același an, ducând la un număr total de 1,8 milioane de persoane cu boala respectivă în acea zonă.

În SUA trăiesc aproximativ 900 000 de persoane cu HIV și SIDA. Peste 438 000 de decese corelate cu SIDA au fost raportate la Centrele de Control și Prevenire a Bolilor de la începutul epidemiei. În ultimii ani, epidemia de SIDA din SUA s-a modificat – acum afectează în principal comunitățile minoritare, mai ales negrii și hispanicii.



Virusul imunodeficienței umane (HIV) aparține familiei retrovirusurilor. Aceste virusuri transportă informația lor genetică într-un singur lanț de acid ribonucleic (ARN). O dată intrat în celula gazdă, HIV folosește o enzimă numită reverstranscriptaza pentru a transforma ARN în acid dezoxoribonucleic cu dublu lanț (ADN). ADN-ul viral intră în nucleu și se inseră în ADN-ul celulei gazdă. După aceasta, HIV este capabil să se reproducă singur (să se duplice). Când celula este distrusă, virusurile replicate sunt eliberate.

Cum se transmite HIV?

Puteți să vă infectați cu HIV în următoarele moduri:

Activitate sexuală

Puteți să vă infectați dacă aveți un contact sexual vaginal, anal sau oral cu un partener infectat și dacă sângele lui, lichidul seminal sau secrețiile vaginale intră în corpul dumneavoastră. De asemenea, puteți să vă infectați prin utilizarea în comun de dispozitive

sexuale care nu sunt spălate sau acoperite cu un prezervativ. Virusul este prezent în secreţiile seminale sau vaginale ale unei persoane infectate. El intră în corpul dumneavoastră prin mici tăieturi care pot apărea în rectul sau vaginul dumneavoastră în timpul actului sexual.

Dacă deja aveţi o boală cu transmitere sexuală, aveţi risc mai mare de a contracta HIV. Contrar celor ce credeau cercetătorii, femeile care folosesc spermicidul nonoxynol-9 pot avea un risc mai mare de a face infecţia cu HIV. Acest spermicid irită mucoasa vaginului putând produce leziuni care să permită virusului să intre în corp.

Sânge infectat

În anumite împrejurări, virusul se poate transmite prin sânge şi produse din sânge – aici intrând sângele complet, eritrocitele, plasma proaspăt congelată şi plachetele sangvine – pe care le primiţi prin transfuzii de sânge şi de produse din sânge.

În anul 1985, spitalele americane şi centrele de donare de sânge au început să cerceteze anticorpii pentru HIV în rezervele de sânge. Aceste testări, împreună cu îmbunătăţirile în privinţa testării donatorilor şi metodelor de recrutare, au redus considerabil riscul contractării HIV prin transfuzii. În mod curent, riscul de transmitere a HIV prin transfuzie în SUA este de la aproximativ 1 la 450 000 - 1 la 600 000 de transfuzii.

Ace contaminate

HIV se transmite cu uşurinţă prin ace şi seringi contaminate cu sânge infectat. De aceea, utilizarea în comun a accesoriilor personale pentru un medicament intravenos vă expune unui risc mai mare de HIV, ca şi de boli infecţioase cum ar fi hepatita. Riscul este mai crescut dacă vă injectaţi frecvent droguri ilegale sau dacă vă angajaţi în procedee cu mare risc sexual.

Evitarea folosirii drogurilor ilegale injectabile este cea mai bună metodă de a preveni infecţia.

Cum *NU* se transmite HIV?

Există multe mituri cu privire la transmiterea virusului imunodeficienţei umane (HIV). Nu vă puteţi infecta prin contact obişnuit, cum ar fi îmbrăţişarea, dansul sau strânsul mâinilor cu cineva care are HIV sau SIDA. Şi NU vă puteţi infecta pe următoarele căi:



- Prin contact cu transpiraţia sau cu lacrimile cuiva cu HIV sau SIDA.
- Prin folosirea în comun de hrană, ustensile, scule, aşternuturi, o piscină, un telefon sau un scaun de toaletă cu cineva care are virusul.
- Prin muşcătura de ploşniţe sau de ţânţari.
- Prin sărut cu cineva care este HIV pozitiv sau care are SIDA. Nu există dovezi că virusul se transmite prin sărut. Deşi HIV se găseşte uneori în saliva persoanelor cu acest virus, el apare doar în concentraţii mici. În plus, substanţele inhibitoare din salivă ajută la prevenirea transmiterii virusului.
- Prin donarea de sânge. Centrele de donare de sânge folosesc ace noi, sterilizate pentru fiecare persoană care donează sânge. De asemenea, utilizează metode de investigare pentru a testa donatorii de sânge pentru diferiţi agenţi patogeni.

Dacă nu aveţi altă opţiune, o cale de a reduce riscul este a folosi înălbitor de casă pentru a steriliza accesoriile personale de injectare. O altă opţiune este de a participa la un program de schimb de ace din zona dumneavoastră. Asemenea programe permit să daţi la schimb ace şi seringi folosite pentru echipament steril. În final – şi aceasta este cel mai important – gândiţi-vă să apelaţi la consiliere sau la alt tratament pentru problema pe care o aveţi legată de abuzul de droguri.

Înţepături accidentale

Transmiterea virusului de la pacienţii infectaţi cu HIV la cei care-i îngrijesc prin înţepături accidentale de ac şi prin tăieturi este redusă. Peste 99% dintre înţepăturile de ac sau dintre expunerile la tăieturi nu conduc la infecţie.

Transmiterea de la mamă la făt

1/4 - 1/3 dintre femeile gravide netratate infectate cu HIV transmit infecţia bebeluşilor lor. La copiii femeilor care primesc tratament pentru infecţia HIV în timpul sarcinii riscul scade cam cu 2/3.

Alte căi

În cazuri rare, virusul se poate transmite prin transplante de organ sau de ţesuturi sau prin echipament stomatologic sau chirurgical nesterilizat.

Semne şi simptome

Semnele şi simptomele din HIV şi SIDA variază, în funcţie de faza infecţiei.

Infecţia incipientă

Dacă v-aţi infectat cu HIV, la început se poate să nu prezentaţi nici un simptom. Este obişnuit să aveţi o îmbolnăvire ca o gripă scurtă la 2-6 săptămâni după ce aţi fost infectat. Dar pentru că simptomele unei infecţii incipiente sunt similare cu ale altei boli, s-ar putea să nu bănuiţi că aveţi HIV.

Chiar dacă nu aveţi simptome, puteţi transmite virusul altora. O dată virusul intrat în organism, sistemul dumneavoastră imunitar porneşte la atac. Virusul se înmulţeşte în ganglionii limfatici şi începe să distrugă lent celulele T helper (CD4).

Puteţi să nu aveţi simptome 8 - 9 ani. Dar virusul continuă să se multiplice şi să distrugă celulele imunitare. Testele sunt în măsură să arate o mare scădere a numărului acestor celule în sângele dumneavoastră. În final, puteţi face infecţii uşoare sau aceste semne şi simptome cronice:

- ganglioni limfatici măriţi
- diaree
- febră
- tuse
- scurtarea respiraţiei.

Infecţie tardivă

În timpul ultimei faze a HIV, care apare cam la 10-11 ani după infecţia iniţială, pot apărea aceste semne şi simptome mai severe:

- transpiraţii nocturne foarte abundente
- frisoane puternice sau febră mai mare de 38°C mai multe săptămâni
- tuse uscată
- scurtarea respiraţiei
- diaree cronică
- pete albe persistente sau leziuni neobişnuite pe limbă sau în gură
- cefalee
- vedere înceţoşată sau distorsionată
- pierdere în greutate
- oboseală persistentă, inexplicabilă
- mărirea ganglionilor limfatici mai mult de 3 luni

În ultimul ei stadiu, infecţia poate primi definiţia oficială de SIDA – un test pozitiv pentru anticorpi HIV plus cel puţin una dintre următoarele:

- Apariţia unei infecţii oportuniste, ca pneumonia cu *Pneumocystis carinii* (PCP). Persoanele sănătoase pot rezista acestei infecţii pulmonare. Dar la cele cu sistem imunitar slăbit, microorganismul se poate multiplica în plămâni, producând tulburări de respiraţie. Copiii sunt susceptibili la asemenea infecţii oprtuniste la fel ca şi adulţii şi pot avea forme severe de boli infecţioase ale copilăriei, cum ar fi otite medii, pneumonie şi amigdalită.
- 200 (sau mai puţin) celule CD4 pe mm^3 de sânge. Numărul normal de celule CD4 este de 600 - 1 000/mm^3. Unele persoane cu mai puţin de 200 celule/mm^3 nu par bolnave. Totuşi, numărul mic este un indiciu că sistemul imunitar se prăbuşeşte. SIDA nu apare imediat după ce un individ devine infectat cu HIV. De fapt, perioada medie de la expunerea la HIV până la apariţia SIDA este, în general, de 10-12 ani.

Sunteţi expus riscului?

Virusul imunodeficienţei umane (HIV) străbate toate barierele culturale, naţionale şi religioae. Orice persoană, de orice vârstă, rasă, sex sau orientare sexuală, poate să se infecteze. Dar aveţi risc mai mare de HIV şi de SIDA dacă:

- faceţi sex neprotejat cu parteneri multipli. Sex neprotejat înseamnă sex fără a folosi de fiecare dată un prezervativ nou, din latex sau din poliuretan;
- faceţi sex neprotejat cu cineva care este HIV-pozitiv;
- aveţi altă boală cu transmitere sexuală, ca sifilis, herpes, infecţie cu *Chlamydia* sau gonoree;
- folosiţi în comun ace pentru droguri intravenoase;
- aveţi hemofilie şi aţi primit produse de sânge din perioada 1977-aprilie 1985, înainte de a fi început testarea standard a produselor din sânge (în SUA);
- primiţi o transfuzie cu sânge sau cu produse din sânge dinainte de 1985.

Nou-născuţii şi sugarii ale căror mame au fost depistate pozitiv pentru HIV au, de asemenea, risc crescut.

Testare şi diagnostic

Diagnosticul pentru HIV începe, de obicei, cu un test de sânge pentru verificarea prezenţei anticorpilor virali. Acest test este mai fidel la 3-6 luni după ce o persoană suspectează că ar fi fost expusă la HIV. Un test HIV nu este de acurateţe imediat după expunere, deoarece corpului îi trebuie timp pentru a produce anticorpi. Perioada dintre expunerea la HIV şi un test pozitiv al anticorpilor pentru HIV se numeşte perioadă „de fereastră". În cele mai multe cazuri, este de 6-12 săptămâni.

Testarea anticorpilor pentru HIV poate implica o combinaţie de proceduri. Cea mai mare parte a sângelui este mai întâi testat cu un test de investigare a anticorpilor. Dacă acesta depistează anticorpii, testul va fi repetat. Dacă şi al doilea test arată anticorpi, se face un test de confirmare, cum ar fi Western blot. Combinarea acestor metode de testare permite identificarea anticorpilor pentru HIV cu o acurateţede aproape 100%.

Testarea pentru HIV sau SIDA poate fi anonime sau confidenţiale. Testările confidenţiale înseamnă că rezultatele dumneavoastră vor fi înregistrate, dar nimeni nu poate să le dea fără aprobarea dumneavoastră, exceptând cazul în care sunt cerute legal. Testările anonime înseamnă că numele dumneavoastră nu este înregistrat şi numai dumneavoastră puteţi citi rezultatele testului.

Dacă rezultatul testului dumneavoastră pentru HIV este pozitiv, este foarte important să-i spuneţi partenerului sau partenerilor dumneavoastră sexual(i) cât mai repede, astfel încât ei să poată fi investigaţi şi să-şi ia măsuri de protecţie. Dacă sunteţi gravidă, folosirea de medicamente specifice pentru perioada sarcinii poate reduce în mare măsură riscul de a transmite infecţia la copil.

Complicaţii

Infecţia cu HIV vă slăbeşte sistemul imunitar, făcându-vă susceptibil la un număr mare de bacterii, virusuri, fungi şi paraziţi. De asemenea, puteţi fi vulnerabil la anumite tipuri de cancere. Tratamentul cu medicamente antiretrovirale poate scădea mult riscul pentru asemenea afecţiuni.

Infecţiile bacteriene

Pot apărea anumite infecţii bacteriene:

Angiomatoza bacilară

Angiomatoza bacilară apare rar la persoanele care nu au HIV. Această infecţie bacteriană apare iniţial sub formă de pete cutanate purpurii spre roşu-aprins. Adesea, seamănă cu erupţia care apare într-un anumit tip de cancer numit sarcomul Kaposi. De asemenea, poate produce îmbolnăvire în alte părţi ale corpului, cum ar fi ficatul sau splina.

Complexul Mycobacterium avium

Complexul Mycobacterium avium (MAC) este o infecţie produsă de un grup de bacterii. În mod normal, aceste bacterii produc o infecţie a tractului respirator. Dar dacă aveţi HIV într-o formă avansată şi numărul de limfocite CD4 este foarte scăzut, probabil că veţi dezvolta o infecţie sistemică, cu afectarea aproape a oricărui organ intern, inclusiv a măduvei osoase, a ficatului şi splinei.

Salmoneloza

Salmoneloza este o infecţia bacteriană care se transmite prin alimente sau apă contaminate. Deşi oricine este expus la *Salmonella* se poate îmbolnăvi, salmoneloza este de 20 de ori mai frecventă la persoanele HIV pozitive. Spălarea corectă a mâinilor şi manipularea igienică a alimentelor pot reduce riscul acestei boli.

Tuberculoza

În întreaga lume, tuberculoza este cea mai frecventă infecţie oportunistă care afectează indivizii cu HIV. Ea poate îmbolnăvi persoanele cu HIV indiferent de nivelul celulelor CD4. Dacă aflaţi că sunteţi HIV-pozitiv, aveţi nevoie să faceţi din timp un test cutanat pentru TBC. Dacă acest test este pozitiv, vă trebuie radiografii de torace şi alte teste pentru a vă asigura că nu aveţi o infecţie activă. Dacă aveţi un TBC latent, medicul vă poate da un tratament pentru a vă ajuta să preveniţi activarea lui în viitor.

Infecţiile virale

Infecţiile care se datorează altor virusuri sunt:

Citomegalovirusul

Citomegalovirususul este un virus banal, care se transmite prin fluidele corporale ca saliva, sângele, urina, lichidul seminal şi laptele matern. Un sistem imunitar sănătos inactivează virusul şi acesta rămâne dormant în corpul dumneavoastră. Dacă sistemul dumneavoastră imunitar este afectat, virusul poate reapărea şi produce afecţiuni ale ochilor, tractului digestiv, plămânilor şi altor organe.

Virusul herpes simplex

Virusul herpes simplex care, de obicei, produce herpesul genital (HSV-2) poate fi transmis în timpul actului sexual neprotejat anal sau vaginal. Dacă aveţi HIV, infecţia pielii din această boală pare a fi mult mai severă ca la persoanele care nu au HIV, iar leziunilor le trebuie mai mult timp ca să se vindece.

Papilomavirusul uman

Indivizii cu HIV sunt deosebit de susceptibili la infecţia cu papilomavirusul uman (HPV). HPV reprezintă la femei un risc de cancer cervical, iar la ambele sexe pentru cancer anal. Aproape 1/2 dintre femeile cu HPV nu au simptome. Majoritatea medicilor recomandă să vă faceţi anual un examen pelvin şi un test Papanicolaou pentru verificarea cancerului cervical, HPV şi altor boli cu transmitere sexuală.

Leucoencefalopatia progresivă multifocală

Leucoencefalopatia progresivă multifocală (PML) este un tip de infecţie severă a creierului. Semnele şi simptomele variază şi pot include probleme de vorbire, slăbiciune pe una din părţile corpului, pierderea parţială a vederii sau amorţeli într-o mână şi într-un picior. PML apare, de obicei, doar când sistemul dumneavoastră imunitar a fost afectat sever.

Hepatita virală

Hepatita virală produce inflamţia ficatului. Există câteva tipuri de hepatită virală. La indivizii cu HIV, hepatita virală poate progresa mai rapid. Aceşti indivizi au şi tendinţa de a manifesta reacţiile adverse toxice la nivelul ficatului din cauza medicamentelor.

Infecţiile fungice

Infecţiile fungice includ:

Candidoza

Candidoza este o infecţie fungică frecvent corelată cu HIV. Ea determină inflamaţie şi o membrană groasă, albă a mucoasei gurii, limbii (afte), esofagului (Candida esophagitis) sau vaginului.

Meningita criptococică

Meningita este o inflamaţie a membranelor care învelesc creierul şi măduva spinării (meninge). Meningita criptococică, cea mai frecventă infecţie a sistemului nervos central, asociată cu HIV, este produsă de un fung prezent în sol. Dacă este tratată precoce, meningita criptococică poate fi rezolvată cu succes.

Pneumonia cu Pneumocystis carinii

Pneumonia cu *Pneumocystis carinii* (PCP) este o infecţie frecventă la

indivizii cu SIDA. Este produsă de un microroganism care se găseşte în mod normal în plămânii oamenilor şi animalelor.

La persoanele sănătoase nu produce boala, dar poate determina îmbolnăvire la cineva cu un sistem imunitar afectat. PCP este principala cauză de deces la copiii cu HIV. Din fericire, în ultimii ani, medicamentele antiretrovirale care stimulează sistemul imunitar au ajutat la reducerea numărului de persoane care au contractat această boală severă.

Infestaţiile parazitare

Infestaţiile parazitare sunt complicaţii frecvente ale unei infecţii cu HIV. Ele includ:

Criptosporidiaza

Criptosporidiaza este o infecţie produsă de un parazit intestinal, care se găseşte în mod frecvent la animale. Este contractat, de obicei, prin ingerarea de alimente sau apă contaminate.

Toxoplasmoza

Toxoplasmoza este cea mai frecventă cauză de leziuni ale creierului la persoanele cu HIV avansat. Este produsă de un parazit care se găseşte în principal în fecalele de pisică sau în carnea crudă ori insuficient preparată, mai ales de porc, de miel şi de căprioară. O dată ce aţi fost infestat cu aceşti paraziţi, ei se pot răspândi oriunde în corp, inclusiv în inimă, ochi şi plămâni.

Cancerele

HIV poate creşte riscul pentru următoarele cancere:

Sarcomul Kaposi

Sarcomul Kaposi este o tumoră a pereţilor vaselor de sânge. Este cel mai frecvent cancer la persoanele cu infecţie HIV şi este rar la persoanele care nu sunt infectate cu HIV. Acest cancer apare sub formă de leziuni roz, roşii sau purpurii pe piele sau în gură. La persoanele cu piele mai închisă la culoare, leziunile pot fi maro sau negre. Sarcomul Kaposi poate să mai afecteze organele interne, inclusiv tractul digestiv şi plămânii dumneavoastră.

Limfomul non-Hodgkinian

Limfomul non-Hodgkinian este un cancer cu originea într-un tip de globule albe (limfocite). Deşi limfoamele pot apărea şi în alte organe, de obicei ele debutează în ganglionii limfatici. Cel mai frecvent semn precoce este mărirea nedureroasă a ganglionilor limfatici cervicali, axilari sau inghinali.

Tratament

Un grup de mari specialişti în SIDA a pus la punct un set de principii de tratament pentru indivizii cu HIV. Aceste principii sunt periodic îmbunătăţite. Tratamentul se focalizează pe realizarea unui maxim de supresie a replicării virale cât mai mult timp cu putinţă, concomitent cu menţinerea unei calităţi acceptabile a vieţii.

Acest demers agresiv este cunoscut ca terapia antiretrovirală hiperactivă (HAART). Scopul ei este de a reduce cantitatea de HIV din sânge la un nivel cât mai mic, chiar nedetectabil. Totuşi, virusul nu dispare niciodată complet. Aceasta se realizează printr-o combinaţie de 3 sau mai multe medicamente.

Dacă aveţi HIV, este important să căutaţi un medic care este atât un bun susţinător, cât şi experimentat în îngrijirea infecţiei cu HIV. Medicul dumneavoastră vă monitorizează sistemul imunitar şi vă evaluează starea generală de sănătate la intervale de timp regulate pentru a vă evalua boala şi pentru a determina dacă este necesar să se facă şi altceva.

De asemenea, este important să vă asumaţi un rol activ în deciziile legate de tratament. Dacă veţi discuta cu medicul despre riscurile şi beneficiile diferitelor terapii, veţi putea face alegeri în cunoştinţă de cauză.

Tratament medicamentos

Din anul 1995, numărul medicamentelor disponibile pentru tratarea SIDA a crescut de mai bine de 3 ori. Combinaţiile puternice de medicamente antiretrovirale mai noi au ajutat la reducerea serioaselor complicaţii ale bolii şi la prelungirea vieţii.

Medicamentele antiretrovirale

Cele mai eficiente medicamente pentru HIV şi SIDA sunt medicamentele antiretrovirale. Aceste medicamente atacă însuşi virusul. Ele sunt făcute să interfereze cu creşterea şi replicarea HIV în diferite etape ale ciclului său de viaţă, prelungind supravieţuirea persoanelor infectate cu HIV.

Dacă primiţi medicamente antiretrovirale, răspunsul dumneavoastră la tratament se măsoară prin concentraţia HIV din sânge (încărcătura virală). Aceste concentraţii ar trebui testate la începutul tratamentului şi apoi la fiecare 3-4 luni pe durata tratamentului. Unele persoane sunt testate mult mai des.

- *NRTIs.* Cele mai vechi medicamente antiretrovirale sunt cunoscute sub denumirea de inhibitorii nucleozidului analogic reverstranscriptazei (NRTIs). Ei acţionează prin înglobarea lor în ADN-ul viral şi blocarea unei enzime numite reverstranscriptază, necesară HIV-ului pentru replicare.

  NRTIs includ zidovudine (Novo-AZT, Retrovir), lamivudine (Epivir, 3TC), didanosine (ddI, Videx), zalcitabine (ddC, Hivid), stavudine (d4T, Zerit) şi abacavir (Ziagen).
- *NNRTIs.* Inhibitorii non-nucleozidului reverstranscriptazei inhibă şi ei enzima reverstranscriptaza, dar nu se leagă direct de enzimă. NNRTIs includ nevirapine (Viramune), delavirdine (Rescriptor) şi efavirenz (Sustiva).
- *Inhibitorii de protează.* Aceste medicamente inhibă replicarea proteazei HIV, o altă enzimă care este necesară pentru formarea şi asamblarea proteinelor HIV. Inhibarea acestei enzime produce dezorganizarea particulelor HIV din punct de vedere structural şi le face neinfecţioase.

Exemple sunt saquinavir (Fortovase, Invirase), ritonavir (Norvir), indinavir (Crixivan), nelfinavir (Viracept), amprenavir (Agenerase) şi lopinavir (Kaletra).

Medicamente pentru infecţiile oportuniste

Dacă aveţi şi alte infecţii, medicul vă poate recomanda alte medicamente, ca antibioticele. De asemenea, unele infecţii oprtuniste pot fi prevenite cu medicamente.

Autoîngrijirea

Pentru a reduce riscul infecţiilor adiţionale şi pentru a vă menţine sistemul imunitar cât mai sănătos cu putinţă, respectaţi măsurile de igienă, hrăniţi-vă bine şi faceţi mişcare după posibilităţi. Unul dintre aspectele cruciale ale bolilor HIV şi SIDA este susţinerea emoţională. Căutaţi susţinere la specialiştii pe probleme de sănătate, la familie şi prieteni cu privire la boala pe care o aveţi şi la tratament.

Prevenire

Se urmăreşte crearea unui vaccin pentru HIV şi SIDA. Din nefericire, anumite caracteristici ale HIV fac dificilă acţiunea vaccinului. HIV trăieşte în celule, se multiplică masiv şi face rapid mutaţii – creează cu uşurinţă diferite variante ale lui însuşi. Până acum, cea mai bună metodă de a lupta cu HIV o constituie o educaţie corectă, conştientizarea şi evitarea comportamentelor care pot transmite HIV.

Boli nou apărute

Agenţii infecţioşi pot fi microorganisme puternice. Chiar dacă învingem o boală infecţioasă, o alta poate reapărea sau una veche să revină. Aceasta nu e ceva nou. Germenii au fost vehicualţi de secole, au fost transportaţi pe glob de către rozătoare, purici, insecte, păsări şi oameni. Din nefericire, pe măsură ce s-au răspândit dintr-o zonă în alta, ei au făcut ravagii în rândul oamenilor, producând epidemii ca ciuma bubonică, varicela şi, astăzi, SIDA.

De asemenea, factorii ambientali pot influenţa apariţia bolilor. Inundaţiile pot transporta microorganisme producătoare de boală. Schimbările de vreme pot crea un ambient care să favorizeze creşterea numărului de vectori ai bolii, cum ar fi rozătoarele. Suburbiile din zone împădurite expun şi mai mult la căpuşe infectate şi la alte insecte.

Germenii au şi capacitatea de a se modifica singuri. Bacteriile şi virusurile dau frecvent mutaţii către noi variante. Nu numai că devin mai virulenţi, dar şi mai rezistenţi la medicamentele folosite în combaterea lor.

Următoarea secţiune aduce în discuţie un mic număr de boli infecţioase care au apărut recent sau au reapărut. Aceste boli nu sunt nepărat noi sau necunoscute. Mai degrabă ele vin să ne reamintească faptul că - în ciuda întregii cunoaşteri medicale şi tehnologie – lupta contra bolii nu s-a încheiat cu adevărat.

Antraxul

Semne şi simptome

Semnele şi simptomele antraxului variază în funcţie de tip:

- O umflătură pruriginoasă care apare într-o ulceraţie cu un centru negru
- Greaţă şi vărsături
- Scăderea apetitului
- Febră
- Durere abdominală
- Diaree cu sânge
- Durere de gât
- Dureri musculare
- Disconfort toracic şi dificultăţi de respiraţie.

Infecţia cu antrax este produsă de bacteria *Bacillus anthracis*. Boala afectează, de obicei, animalele, dar poate apărea şi la oameni. În trecut, antraxul era frecvent în zonele în care se creşteau animale, dar programele de vaccinare au redus mult incidenţa bolii la animale şi la oameni.

Antraxul şi-a înnoit importanţa prin folosirea lui ca armă bilogică. Bacilul antraxului este folosit frecvent în cercetare şi, în general, nu este dificil de obţinut şi de cultivat. De asemenea, are letalitate mare. Totuşi, a produce suficienţi spori de antrax într-o formă care poate determina îmbolnăvire pe arii largi (aerosolizare) este mult mai dificil decât a-i creşte într-o cultură de laborator şi este periculos pentru cei care lucrează cu ei.

În plus, eliberarea sporilor de antrax poate fi dificil de controlat o dată lăsaţi liber, din cauza vântului, ceea ce face antraxul o armă mai puţin eficientă de distrugere în masă. Sporii rafinaţi de antrax formează o ceaţă fină, albă. Preparatele brute au o culoare maronie cu tentă nisipoasă şi sunt mai conglomeraţi.

Există 3 forme de infecţie – antraxul cutanat, antraxul intestinal, care se contractează prin consumul de carne infectată, şi antraxul pulmonar, cea mai periculoasă formă.

Antraxul cutanat

Antraxul cutanat apare când o tăietură, o băşicuţă sau a altă rană de pe piele vine în contact cu sporii de antrax. De obicei, infecţia devine evidentă în 7-12 zile de la expunere. Începe sub forma unei umflături pruriginoase. După 1-2 zile, devine o rană deschisă cu un centru negru.

Antraxul intestinal

Antraxul intestinal se produce atunci când o persoană consumă carne contaminată nepreparată. El determină leziuni (ulcere) în intestine. Primele semne şi simptome apar, în general, după 1 – 7 zile de la consumul cărnii contaminate. Acestea pot fi greaţă, vărsături, febră şi scăderea apetitului, urmate de durere abdominală şi de diaree cu sânge.

Antraxul pulmonar

Antraxul pulmonar survine dacă sunt inhalaţi destui spori. O dată inhalaţi, sporilor le trebuie între

1 zi şi 2 săptămâni ca să devină activi. Semnele şi simptomele iniţiale sunt cele ale unei gripe sau răceli şi pot include durere de gât, febră, oboseală, dureri musculare şi disconfort toracic. Acestea pot dura câteva ore sau câteva zile. La 3 zile de la debut, boala progresează, producând febră mare şi probleme respiratorii. Acest tip de antrax distruge ţesutul pulmonar şi se poate răspândi la creier, producând meningită.

Diagnostic

Testele pentru detectarea prezenţei bacteriei de antrax includ biopsia cutanată, testele de spută şi testele de sânge. Un test rapid pentru antrax permite medicilor să diagnosticheze antraxul pe probele de sânge în mai puţin de 1 oră. Pentru a confirma antraxul pulmonar, trebuie făcută o radiografie toracică. Pot fi folosite endoscopia şi probele de scaun pentru diagnosticarea antraxului intestinal, iar o puncţie lombară trebuie făcută pentru a testa antraxul meningian.

Cât de grav este antraxul?

Antraxul cutanat şi cel intestinal sunt rareori fatale dacă sunt tratate adecvat. Antraxul pulmonar este periculos deoarece simptomele sale precoce sunt dificil de diferenţiat de cele ale unei gripe sau ale unei răceli banale; o dată instalat, este adesea letal.

Dacă sunteţi de părere că aveţi risc de expunere la antrax – de exemplu, lucraţi într-o zonă în care s-a depistat antrax – consultaţi un medic. Dacă aveţi semne şi simptome de boală după contactul cu animale sau după consumul de produse din animale în zone ale globului în care antraxul este frecvent, apelaţi imediat la un consult medical.

Tratament

Toate cele 3 forme de antrax se tratează cu antibiotice.

Prevenire

Administraţia pentru Alimente şi Medicamente din SUA a aprobat în anul 1970 un vaccin pentru oameni, dar nu este disponibil în mod curent pentru public şi rezervele sunt limitate. Vaccinul este recomandat personalului militar şi celor care lucrează cu antrax sau care trăiesc sau călătoresc în zone cu mare risc de expunere. S-au testat 2 noi vaccinuri.

Infecţia cu Hantavirus

Semne şi simptome

Iniţial

- Oboseală
- Febră
- Dureri muscualre, mai ales la nivelul coapselor, şoldurilor şi spatelui
- Cefalee
- Ameţeli
- Probleme abdominale

Mai târziu

- Tuse
- Dispnee severă

Prima epidemie severă de sindrom pulmonar cu Hantavirus (HPS) din SUA a avut loc în anul 1993, în zona Four Corners – la graniţa dintre Utah, Colorado, New Mexico şi Arizona. Înainte de aceasta au mai apărut şi alte cazuri de infecţie cu Hantavirus, dar nu au fost recunoscute ca atare.

Hantavirusul este o rudă îndepărtată a virusului Ebola şi poate produce insuficienţă respiratorie la persoanele infectate. Virusul a produs o boală în China timp de mai mulţi ani. De la epidemia din 1993, s-au înregistrat şi alte cazuri cu implicarea câtorva tipuri de Hantavirusuri în state din vest şi în multe state estice. S-au mai raportat cazuri în Canada şi în câteva ţări din America de Sud.

Virusul se transmite prin intermediul anumitor tipuri de rozătoare. Şoarecele de câmp, şobolanul de bumbac şi de orez au fost identificaţi ca fiind vectori în SUA. Nu s-a descoperit că alte tipuri de animale, ca pisicile, câinii şi animalele de fermă, ar vehicula virusul, şi nici ţânţarii. În plus, o persoană nu poate transmite virusul unui alt individ.

Experţii consideră că epidemia brusc apărută în zona Four Corners a fost cauzată de o creştere rapidă populaţiei de rozătoare din cauza unei căderi mari de zăpadă şi unei ploi care au urmat unei secete extinse.

Virusul, care nu produce îmbolnăviri la animale, se adăposteşte în saliva rozătoarei, în urina şi în fecalele ei. Se pare că oamenii s-ar infecta prin respirarea de aer contaminat cu excrementele de rozătoare sau cu ouăle lor. Aceasta se poate produce când o persoană face curat în şoproane, hambare, mansarde sau în alte locuri care au fost infestate de rozătoare şi în care s-a ridicat în aer praf contaminat.

Diagnostic

Ca în multe alte infecţii, semnele şi simptomele de HPS sunt similare celor din gripă. Aproape oricine cu HPS are iniţial febră, oboseală şi dureri musculare, mai ales în jurul şoldurilor, în coapse, în spate şi, uneori, în umeri. Aproape 1/2 dintre indivizii afectaţi mai prezintă cefalee, ameţeli, frisoane şi probleme abdominale, ca greaţă, vărsături, diaree şi dureri abdominale.

Poate părea că simptomele se ameliorează, dar după 1-2 zile apar tuse şi scurtarea respiraţiei pe măsură ce plămânii se umplu cu fluid. Dificultăţile respiratorii pot fi uşoare iniţial, dar treptat se înrăutăţesc. Se produc sângerări interne urmate de insuficienţă respiratorie. Pe lângă testele de sânge, se folosesc uneori radiografiile de torace pentru a depista anomaliile plămânilor. Se mai folosesc pentru identificarea virusului teste serologice.

Cât de gravă este infecţia cu Hantavirus?

HPS este o infecţie gravă, care necesită spitalizare şi terapie intensivă. Printre cazurile diagnosticate, rata mortalităţii a fost mai mare de 50%. Dacă aţi avut contact cu rozătoare şi dintr-o dată aveţi simptome de gripă, consultaţi imediat un medic. Spuneţi-i medicului de contactul dumneavoastră cu rozătoarele pentru a şti

să verifice Hantavirusul ca posibilă cauză a bolii dumneavoastră. Dacă este tratată din timp, şansele de vindecare pot fi mai mari.

Tratament

Nu există tratament eficient pentru HPS. Administrarea de oxigen este de folos în caz de detresă respiratorie severă. De asemenea, la persoanele grav bolnave se va folosi un aparat de susţinere a respiraţiei.

Prevenire

Cea mai bună cale de prevenire a infecţiei HPS este de a evita contactul cu fecalele şi urina rozătoarelor. Căutaţi să menţineţi casa fără rozătoare montând curse pentru şoareci şi astupând eventualele găuri de intrare. Dacă faceţi excursii sau camping, evitaţi să vă instalaţi cortul în zone în care există excremente sau vizuini de şoareci. Dacă dormiţi pe sol, folosiţi o prelată sau ceva matlasat pentru a evita contactul direct cu eventualul praf contaminat. Aerisiţi sau dezinfectaţi cabanele şi adăposturile înainte de a locui în ele. Staţi în bătaia vântului aunci când curăţaţi coliviile păsărilor. Dacă faceţi curat într-un hambar sau într-un şopron sau în alte locuri care pot conţine rozătoare, urmaţi aceste recomandări ale Centrelor de Prevenire şi de Control al Bolilor:

- Purtaţi mănuşi de latex. Măştile chirurgicale pot fi, de asemenea, protectoare.
- Nu daţi cu aspiratorul şi nu măturaţi excrementele, urina sau resturile de ouă, pentru că aceasta se vor ridica în aer.
- Aerisiţi cu 30 de minute înainte de a face curăţenie. Părăsiţi locul respectiv atunci când aerisiţi.
- Daţi cu un spray dezinfectant în clădirea sau în zona respectivă – poate fi un detergent de casă. Apoi părăsiţi zona pentru alte 30 de minute.
- Umeziţi excrementele şi ouăle de rozătoare cu soluţie clorinată 10% sau cu un alt dezinfectant şi lăsaţi să se înmoaie timp de 30 de minute. Folosind mănuşi din cauciuc, puneţi aceste resturi într-un sac din plastic şi aruncaţi-l la gunoi sau într-un incinerator. Faceţi la fel cu mănuşile.
- Spălaţi toate eventualele suprafeţe contaminate cu un dezinfectant. Evitaţi să daţi cu aspiratorul în zona care nu a fost decontaminată cu grijă. Apoi, faceţi aceasta doar cu o ventilaţie adecvată.

Noua variantă de boală Creutzfeldt-Jakob

Semne şi simptome

- Tulburări de comportament
- Senzaţii neobişnuite
- Afectarea gradată a memoriei, judecăţii sau gândirii (demenţă)
- Scăderea funcţiei de coordonare
- Scăderea vederii, parţială sau totală
- Mişcări involuntare ale muşchilor
- Comă

Encafalopatia bovină spongiformă (BSE) este o afecţiune a creierului la vite, cunoscută sub denumirea de „boala vacii nebune". Până acum, BSE s-a înregistrat doar în Europa, majoritatea cazurilor fiind în Marea Britanie. O epidemie de BSE din Marea Britanie a atins în 1993 aproximativ 1 000 de cazuri într-o săptămână.

BSE a atras atenţia generală atunci când a fost corelată cu o formă de boală Creutzfeldt-Jakob (CJD), o afecţiune a creierului uman care apare, în general, la persoanele în jurul vârstei de 60 de ani. Noua variantă de boală Creutzfeldt-Jakob – numită nvCJD – este similară formei clasice în care se produc o scădere progresivă a memoriei, a capacităţii de gândire şi de judecată (demenţă), ca şi schimbări de personalitate şi probleme care ţin de coordonarea musculară. Totuşi, nvCJD afectează persoane cu vârste mici (chiar la 12 ani), începând cu simptome psihiatrice şi care au durată mai mare decât CJD, care, de obicei, durează aproximativ un an de la apariţia simptomelor până la moarte.

Unele statistici sugerează că o cauză de nvCJD poate fi consumul de carne contaminată, deşi nu s-a dovedit. Faptul că nu s-au înregistrat cazuri de nvCJD în locurile în care BSE este absentă poate indica o relaţie între cele 2 afecţiuni. În plus, perioada de timp dintre eventualul consum de carne de vită contaminată şi apariţia noilor cazuri de nvCJD (din ultimii 10 ani) este similară cu perioada de incubaţie din nvCJD. De asemenea, studiile preliminare făcute pe animale au făcut legătura între cele 2 boli.

Diagnostic

CJD poate fi diagnosticată cu o acurateţe de 100% doar prin biopsie pe creier sau prin autopsie, când examinarea creierului arată caracteristicile bolii, cum ar fi o acumulare de proteine.

Până acum, nici un caz de BSE sau de nvCJD nu a fost confirmat în SUA. Autorităţile din domeniul sănătăţii publice şi personalul administrativ au început să monitorizeze industria alimentară în SUA, după apariţia pentru prima dată a BSE în anul 1986 în Marea Britanie. Autorităţile britanice au stabilit drept cauză a bolii carnea cu os, un tip de hrană făcut din resturi de animale tăiate. În 1997, Administraţia pentru Alimente şi Medicamente din SUA a interzis folosirea acestui tip de aliment pentru a proteja de contaminare prin alimente din import rezervele de hrană.Verificările regulate ale vitelor din SUA nu au găsit nici un caz de BSE.

În conformitate cu Centrele pentru Prevenirea şi Controlul Bolilor, riscul de nvCJD pentru călătorii în Europa este aproape inexistent. O metodă preventivă care ar trebui luată, totuşi, este de a evita carnea de vită şi produsele din carne de vită atunci când sunteţi în Europa.

Tratament

În mod curent, nu există vindecare, iar tratamentul se limitează la ameliorarea simptomelor.

Infecţia cu virusul West Nile

Semne şi simptome

- Febră
- Cefalee

- Dureri în tot corpul
- Mărirrea ganglionilor limfatici

Semne şi simptome de alarmă

- Rigiditatea gâtului
- Stupor
- Dezorientare
- Tremor sau convulsii
- Paralizie
- Comă

Virusul West Nile şi-a făcut apariţia la americani în august 1999, când a apărut o epidemie în oraşul New York şi în împrejurimi. Epidemia a dus la îmbolnăvirea gravă a 59 de oameni şi la 7 decese.

Virusul a fost identificat prima dată în Uganda în anul 1937. De atunci a fost găsit peste tot în Africa şi în Orientul Mijlociu, precum şi în anumite zone din Europa, Rusia, India, Indonezia şi în SUA. Autorităţile din domeniul sănătăţii nu ştiu sigur cum a ajuns virusul în SUA, dar bănuiesc că ar fi fost adus de o pasăre importată sau de un om care a venit dintr-o zonă în care virusul era prezent.

Ţânţarii transmit virusul oamenilor. Principalele rezervoare pentru virus sunt păsările. Este de mare importanţă faptul că rutele păsărilor migratoare au dus la răspândirea virusului în noi zone. După episodul din New York, virusul a fost depistat în câteva state.

Această infecţie apare în principal atunci când vremea este blândă şi populaţiile de ţânţari sunt active. Sunt necesare 5-15 zile de la infectare până la apariţia simptomelor bolii.

Diagnostic

Virusul West Nile poate fi confirmat prin creşterea concentraţiei de anticorpi faţă de virus din sângele dumneavoastră sau printr-o cultură pozitivă de virus West Nile dintr-o mostră de sânge. De asemenea, găsirea materialului genetic al acestui virus în fluidele din corp confirmă infecţia.

Cât de gravă este infecţia cu virusul West Nile?

Oricine este înţepat de un ţânţar infectat are risc de a contracta virusul, deşi riscul de a face boala dată de virusul West Nile după înţepare este mai mică de 1%, chiar şi mai redusă în anumite zone.

În majoritatea cazurilor, persoanele care au fost infectate se vindecă uşor. Riscul de infecţie este mai mare la persoanele peste 50 de ani sau care au sistemul imunitar slăbit.

Tratament

Nu există un tratament specific pentru infecţia cu virusul West Nile şi nici un vaccin nu este disponibil în mod curent, deşi s-au făcut progrese în această direcţie. Cazurile severe necesită spitalizare.

Prevenire

Cea mai bună cale de a preveni infecţia cu virusul West Nile este de a lua precauţii normale faţă de expunerea la ţânţari. Acestea includ purtarea de pantaloni şi de cămăşi cu mânecă lungă, precum şi folosirea dezinfectanţilor. Ţânţarii sunt mai activi între asfinţit şi răsărit. Evitaţi apa stătută din jurul casei, în care ţânţarii pot creşte şi se pot înmulţi. ■

CAPITOLUL 21 PARTEA a V-a

Alergiile şi astmul bronşic

Reacţiile alergice nu servesc la nimic. Ele reprezintă doar nişte reacţii deviate ale sistemului imunitar faţă de substanţe inofensive în mod normal, pe care eventual le mâncaţi, le inhalaţi sau le atingeţi. Dar alergiile şi astmul bronşic merită să fie luate în considerare. Ele sunt frecvente şi adesea supărătoare. Fără un tratament adecvat, pot fi fatale, uneori.

Sarcina sistemului dumneavoastră imunitar este de a vă proteja corpul de invadatorii periculoşi (antigene), cum ar fi germeni microbieni, virusuri şi alte substanţe străine. Sistemul imunitar caută mereu microorganismele străine pe care să le distrugă.

Din fericire, sistemul imunitar nu atacă tot ce intră în corp. Majoritatea alimentelor, băuturilor şi medicamentelor pe care le ingeraţi nu atrag un răspuns imunitar. Totuşi, uneori, sistemul imunitar deviază şi reacţionează – sau, mai bine zis, hiperreacţionează – la un factor banal, ca polenul sau părul de pisică, producând alergii. Sistemul dumneavoastră imunitar percepe substanţa ca periculoasă şi lansează un atac asupra ei.

Reacţiile alergice

Pentru a înţelege alergiile şi astmul bronşic este important să cunoaşteţi felul în care funcţionează sistemul dumneavoastră imunitar. Protagoniştii reacţiei alergice sunt un tip de leucocite, numite limfocite.

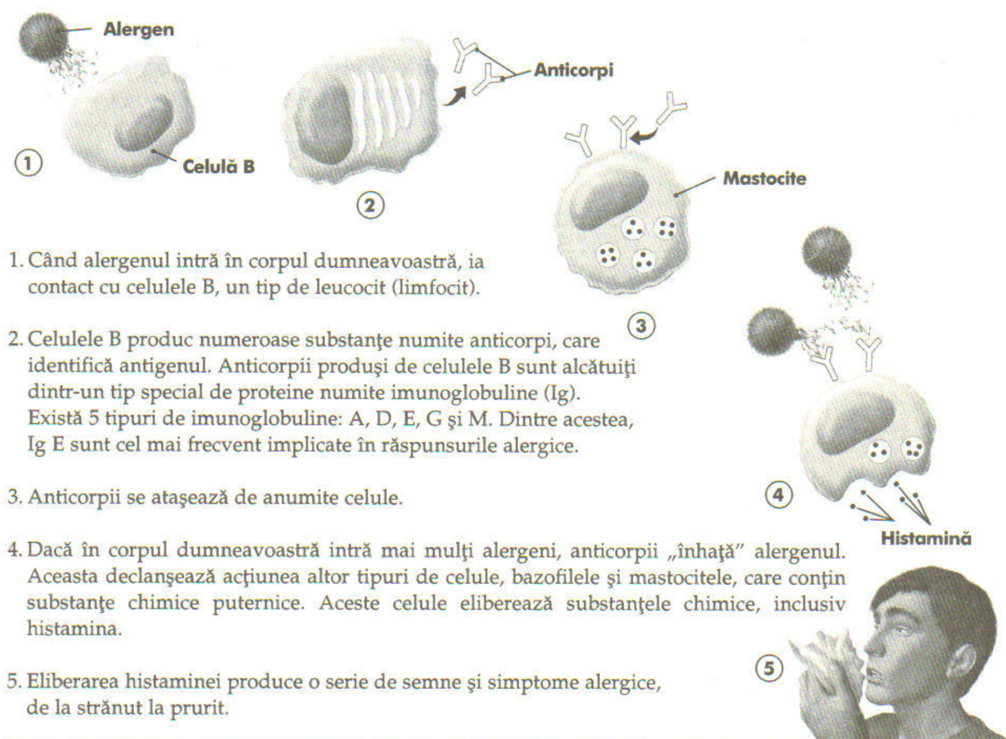
Limfocitele sunt produse în cantităţi enorme în măduva osoasă. Unele migrează spre timus, unde devin celule imune specializate. Altele migrează dinspre măduva spinării şi timus către ganglionii limfatici şi alte organe, cum ar fi splina, amigdalele, apendicele şi intestinul subţire. Alte limfocite circulă în întreg corpul prin vasele de sânge şi limfatice.

Rolul limfocitelor este de a căuta şi de a distruge invadatorii străini periculoşi, care intră în corpul dumneavoastră. La persoanele cu alergii, limfocitele percep substanţele banale, ca polen, germenii din praf şi părul de animale drept periculoase şi le atacă. Aceste substanţe nevinovate sunt cunoscute ca alergeni.

Când alergenii intră în corpul dumneavoastră, limfocitele numite bazofile şi mastocite se luptă cu ele prin eliberarea de diverse substanţe chimice. Una dintre acestea este numită histamină, care acţionează ca un stimulent iritativ. Adesea, alte limfocite, numite eozinofile, răspund la alergeni prin eliberarea de substanţe

Un răspuns alergic

Când un alergen, ca polenul, intră în corpul dumneavoastră, are loc următorul proces:



1. Când alergenul intră în corpul dumneavoastră, ia contact cu celulele B, un tip de leucocit (limfocit).

2. Celulele B produc numeroase substanţe numite anticorpi, care identifică antigenul. Anticorpii produşi de celulele B sunt alcătuiţi dintr-un tip special de proteine numite imunoglobuline (Ig). Există 5 tipuri de imunoglobuline: A, D, E, G şi M. Dintre acestea, Ig E sunt cel mai frecvent implicate în răspunsurile alergice.

3. Anticorpii se ataşează de anumite celule.

4. Dacă în corpul dumneavoastră intră mai mulţi alergeni, anticorpii „înhaţă" alergenul. Aceasta declanşează acţiunea altor tipuri de celule, bazofilele şi mastocitele, care conţin substanţe chimice puternice. Aceste celule eliberează substanţele chimice, inclusiv histamina.

5. Eliberarea histaminei produce o serie de semne şi simptome alergice, de la strănut la prurit.

chimice puternice, cu scopul de a le distruge. Când depistează un invadator, eozinofilele cresc numeric în sânge şi în secreţiile mucoaselor bronşică şi nazală.

Răspunsurile imune au ca rezultat o gamă de semne şi simptome cu diferite grade de severitate. Unii oameni doar îşi trag uşor nasul pe vreme urâtă, iar alţii reacţionează prin atacuri severe de astm.

Când histamina şi alte substanţe chimice sunt eliberate în plămâni, ţesutul pulmonar se inflamează, producând o secreţie de mucus şi determinând umflarea şi îngustarea căilor respiratorii. Acestea conduc la wheezing, tuse şi, uneori, la scurtarea respiraţiei.

Când aceste substanţe chimice sunt descărcate în cavitatea nazală, ele determină secreţie nazală, lăcrimare şi prurit nazal, în gât, la baza limbii şi ochi. Histamina în piele produce urticarie şi alte erupţii. Când substanţele chimice devin active în sistemul digestiv, pot apărea crampe şi diaree.

Uneori, întregul dumneavoastră corp este implicat într-un răspuns alergic serios, cunoscut ca şoc anafilactic (anafilaxie). Vasele sangvine se dilată şi căile respiratorii se îngustează, determinând o cădere a presiunii sangvine, dificultăţi respiratorii şi alte simptome. Pot apărea chiar pierderea conştienţei sau moartea (vezi pag. 545).

Fiecare alergen stimulează în mod specific setul său de anticorpi. Din acest motiv, o persoană poate fi sensibilă la vreme urâtă, dar nu şi la alergenii din mucegai. Este, totuşi, frecvent, ca o persoană alergică la o substanţă să fie alergică şi la altele.

Factorii declanşatori ai reacţiilor alergice

Un număr surprinzător de mare de substanţe de interior, de exterior sau din alimente poate declanşa o reacţie alergică. Puteţi fi alergic la anumite substanţe din unele medicamente, la părţi din plante (cum ar fi polenul), la germeni din praf, la păr de animale, la mucegaiuri, la fungi sau la venin de insecte. Unii oameni sunt sensibili la modificările care apar ca răspuns la efort fizic, la căldură sau la frig.

Modalităţi de expunere

Alergenii pătrund pe căi diferite în corpul dumneavoastră.

Contact

Expunerea la alergenii din plante, cum ar fi răşinile de iederă sălbatică, oţetar otrăvitor şi stejar otrăvitor, se produce atunci când intraţi în contact cu răşina. De exemplu, puteţi avea de-a face cu toxina din iedera otrăvitoare atunci când vă treceţi mâinile întâmplător prin frunzele plantei în timp ce vă plimbaţi printr-o zonă împădurită, atunci când manipulaţi acea plantă – frunzele, tulpina sau rădăcinile – în timpul grădinăritului sau prin contactul cu hainele murdărite cu răşină. De obicei, reacţiile alergice apar pe piele indiferent de modul în care s-a produs contactul.

Alte reacţii de contact pot apărea în urma unei expuneri îndelungate la anumite metale, ca nichel şi crom. Persoanele care sunt sensibile la substanţele din produsele cosmetice pot dezvolta erupţii după expunere la lacul de unghii, vopsea de păr, rimel sau ruj. Cei care lucrează în domeniul medical pot deveni alergici la latex după contactul repetat cu mănuşile şi cu alte produse care conţin latex.

Inhalare

Inhalarea este cea mai frecventă cale de expunere la alergeni. Milioane de oameni au febră de fân (rinită alergică) din cauza sensibilităţii la anumite polenuri din plante. Anotimpurile în care apar polenurile sunt primăvara, vara şi toamna.

Deoarece polenul este uşor vehiculat prin aer, în aceste anotimpuri expunerea este inevitabilă. În timpul ciclului lor reproductiv, mucegaiurile eliberează particule care pot călători pe calea aerului. Dacă sunt inhalate, aceste particule pot declanşa o reacţie alergică.

O reacţie similară poate apărea dacă o persoană receptivă inhalează păr de animal sau germeni din praf, care sunt prezenţi în mod obişnuit în praful din gospodărie. În regiunile nordice, expunerea la aceşti alergeni este mai mare în timpul lunilor de iarnă, deoarece oamenii au tendinţa de a sta mai mult timp în casă. Substanţele din aer, ca fumul, aburul, ceaţa şi pudrele pentru copii pot, de asemenea, să declanşeze o reacţie alergică.

În general, reacţia la un alergen inhalat se caracterizează prin semne şi simptome ca secreţie nazală abundentă, tuse, lăcrimare şi prurit ocular. De asemenea, un alergen inhalat poate declanşa simptome ale astmului bronşic. Wheezing-ul din astm poate apărea atunci când căile respiratorii se inflamează şi se umflă. Alte simptome de astm includ o senzaţie de constricţie toracică, tuse şi producerea de mucus gros.

Sfaturi pentru prevenire

Cea mai bună metodă de a preveni alergiile este evitarea alergenilor, care poate fi uşor de realizat ca în cazul iederei sălbatice sau penicilinei. Este mai dificil de evitat polenurile, mucegaiurile şi praful, deoarece sunt în aer şi se află chiar şi în cele mai curate case.

În casă, puteţi reduce expunerea la polenuri şi la mucegaiurile de afară ţinând uşile şi ferestrele închise şi, dacă este cazul, folosind un sistem de aer condiţionat echipat cu filtre performante. Înlăturaţi mucegaiul sau orice lucruri mucegăite din casa dumneavoastră.

Dacă sunteţi alergic la praf, păstraţi casa şi locul de muncă pe cât posibil fără praf. Aceasta înseamnă utilizarea aspiratorului, ştergerea prafului şi spălatul pe jos cât mai des. Evitaţi lucrurile care depozitează praful, ca dantelăria de pat sau perdelele.



Mituri frecvente

Alergiile par a avea o origine misterioasă şi un răspuns imprevizibil. Uneori, pot fi dificil de tratat. De aceea, nu este de mirare că apar neînţelegeri şi mituri legate de ele.

Mit: alergiile există doar în mintea dumneavoastră

Realitate: pentru cei mai mulţi oameni, alergiile sunt o realitate medicală. Totuşi, simptomele alergice pot fi agravate de stres sau emoţii. Deşi stresul şi emoţiile nu dau alergii, ele pot exagera reacţia organismului la alergeni. Oamenii de ştiinţă nu înţeleg încă pe deplin relaţia dintre răspunsul alergic şi emoţii.

Mit: mutatul în Arizona ar vindeca alergiile

Realitate: timp de mulţi ani, persoanele sâcâite de alergiile sezoniere la polenuri şi mucegaiuri au crezut că dacă s-ar muta în zona deşertică de sud-vest, unde vegetaţia şi clima sunt diferite faţă de alte zone, alergiile lor ar dispărea. Deşi deşertul nu are arţari şi pelin, are alte plante cu polen, cum ar fi salvia sau bumbacul, arbori ca frasinul şi măslinul. Persoanele sensibile la anumite polenuri şi mucegaiuri descoperă în acest nou climat că dezvoltă sensibilitate la alergeni noi. De exemplu, persoanele sensibile la plantele care produc seminţe pot deveni sensibile la polenul de salvie.

Mit: animalele de casă cu părul scurt nu produc alergii

Realitate: lungimea blănii animalelor nu are legătură cu potenţialul său alergic. De fapt, nu blana în sine este incriminată. Cauza este părul, scuamele de pe piele care cad mereu de pe animalele cu păr sau cu blană. În plus, saliva şi urina pot declanşa sensibilitate. Dacă aveţi alergie la blana animalelor de casă, singurele animale de casă sigure sunt reptilele şi peştii.

Mit: nu puteţi lua contact cu iedera sălbatică decât dacă atingeţi planta

Realitate: este adevărat că răşina de iedera otrăvitoare, de stejar otrăvitor sau de oţetar trebuie să intre în contact cu pielea pentru a determina o reacţie. Dar această răşină poate atinge întâi hainele dumneavoastră şi apoi să ajungă pe piele foarte uşor, atunci când manipulaţi hainele. Aceasta poate explica faptul că oameni care nu au atins planta au reacţii alergice. Aceste răşini pot fi chiar transportate prin fumul plantelor care sunt arse.

Mit: cei mai mulţi oameni fac rinită alergică

Realitate: mulţi oameni cred că rinita alergică este o boală a copilăriei, care va trece cu vârsta. Dimpotrivă, rinita alergică poate apărea la orice vârstă şi se poate vindeca în orice moment.

Mit: nu moare nimeni dintr-o alergie

Realitate: deşi este adevărat că multe alergii sunt mai degrabă un inconvenient, unele reacţii alergice pot fi grave. Persoanele cu mare sensibilitate la alergeni pot trăi un şoc ameninţător de viaţă (anafilaxie) după ce au fost înţepate de o anumită insectă, după injectarea unui anumit medicament sau după consumul unui anumit aliment. Atacurile de astm pot fi, de asemenea, fatale. Reacţiile severe trebuie luate în serios şi tratate prompt şi adecvat.



Absorbţia

Anumite alimente şi medicamente care sunt absorbite în corpul dumneavoastră pe cale digestivă sau prin injectare pot produce la diverse persoane un răspuns alergic. Alimentele care dau cel mai adesea reacţii sunt laptele, ouăle, soia, alunele, alunele de pădure, unele legume, grâul, scoicile, peştele şi porumbul.

Aproape orice medicament poate produce o reacţie alergică. De departe, cele mai periculoase sunt penicilina şi medicamentele din aceeaşi familie, urmate de alte antibiotice, insulina, anestezicele locale şi substanţele de contrast intravenoase folosite în anumite investigaţii cu raze X. Unii oameni sunt sensibili la aspirină şi reacţionează printr-o erupţie, prin urticarie sau prin agravarea astmului bronşic.

Înţepăturile de insecte

Unii alergeni ajung în organism prin intermediul înţepăturilor de insecte. La cei mai mulţi oameni, veninul de viespe sau de albină produce o reacţie alergică, cu disconfort local timp de mai multe ore. Dar la persoanele cu mare sensibilitate la aceşti alergeni, o astfel de înţepătură poate declanşa o reacţie la nivelul întregului corp (sistemică) ce poate fi fatală fără un tratament imediat.

Alte sensibilităţi

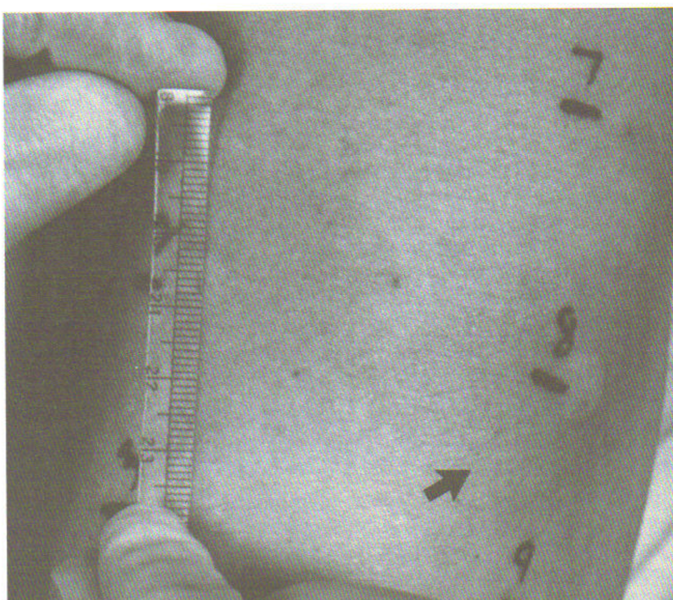
În cazuri rare, oamenii sunt sensibili la căldură, frig, presiune, lumină, razele solare sau efort. Ei pot avea reacţii ca erupţii sau urticarie. Aceste răspunsuri, în general, nu implică anticorpii responsabili de majoritatea reacţiilor alergice.

Diagnosticul alergiilor

Pentru a determina dacă aveţi o alergie, medicul vă poate pune o serie de întrebări despre simptomele pe care le aveţi, despre istoricul familial medical, despre orice probleme medicale din trecut, despre problemele emoţionale sau relaţionale anterioare

sau prezente şi despre stilul dumneavoastră de viaţă, inclusiv muncă, alimentaţie şi recreere. Puteţi să vă aşteptaţi şi la întrebări despre posibile expuneri la alergeni. Acest interviu este una dintre cele mai importante surse de informaţie în stabilirea unui diagnostic.

De exemplu, deoarece tendinţa de a dezvolta alergii se moşteneşte, este important pentru medic să ştie dacă părinţii dumneavoastră au avut sau au alergii. Persoanele care prezintă frecvent alergii au o rudă apropiată cu alergii – chiar dacă pot să nu sufere de acelaşi tip de alergie. Este mai puţin probabil să moşteniţi o sensibilitate la un anumit agent, decât o tendinţă generală de a avea o sensibilitate.



O zonă de piele roşie şi umflată (vezi săgeata) în urma unui test cutanat arată că acea persoană este alergică la un alergen introdus sub piele.

Testele pentru alergeni

Când sunteţi investigat pentru alergii, puteţi face mai multe teste pentru a vedea dacă organismul dumneavoastră răspunde când este expus la anumiţi alergeni.

Testele cutanate

Testele cutanate sunt cele mai frecvent utilizate teste şi pot fi realizate în mai multe moduri. În general, o cantitate mică de alergen suspectat este plasată pe antebraţul dumneavoastră, pe braţ sau pe spate. Această zonă este apoi înţepată sau zgâriată pentru a introduce alergenul imediat sub piele.

O altă metodă presupune injectarea unei cantităţi minime de alergen direct în piele. Prin oricare dintre aceste metode, rezultatul se verifică după 15 minute. Dacă pielea în locul în care a fost testată este umflată şi roşie, testul se consideră pozitiv la alergenul respectiv. În general, sunt testaţi mai mulţi alergeni în acelaşi timp, pentru a elimina posibilii alergeni şi pentru că oamenii sunt adesea sensibili la mai multe substanţe.

Testele cutanate nu sunt hotărâtoare. Puteţi fi pozitiv la un test şi, totuşi, să nu răspundeţi la alergen în viaţa de zi cu zi, iar un rezultat negativ nu elimină posibilitatea de a fi sensibil la acel alergen. Sau, dacă pe piele este pus prea mult alergen, puteţi avea o reacţie alergică fără a fi cu adevărat alergic la acea substanţă. În rare cazuri, cineva care are o sensibilitate extremă la un alergen poate face o reacţie anafilactică, necesitând tratament imediat prin injectare de adrenalină (vezi pag. 545). De aceea, testele cutanate trebuie realizate cu grijă şi interpretate prudent.

Rezultatele pozitive la testele cutanate cu alergeni alimentari tind să aibă cele mai mari marje de eroare; testele negative înseamnă că o alergie alimentară este improbabilă. Testele cutanate sunt deosebit de importante în alergiile respiratorii, în alergiile la înţepături de insecte, în alergiile la latex şi la penicilină. În general, testele cutanate nu sunt utile în diagnosticarea altor alergii medicamentoase în afara penicilinei şi altor medicamente înrudite cu ea.

Testul in vitro cu alergeni specifici anticorpilor Ig E

Testul in vitro cu alergeni specifici pentru imunoglobulina E (Ig E), cunoscut anterior ca testul radioalergosorbent (RAST), este un test de sânge util în diagnosticarea sensibilităţii la alergeni inhalaţi, ca polenuri. Măsoară cantitatea anticorpilor specifici Ig E din sângele dumneavoastră. Spre deosebire de testele cutanate, aceste teste pot fi mai comode şi nu comportă nici un risc deoarece toate testele se realizează pe o probă de sânge într-o eprubetă (in vitro). În plus, nici un medicament antihistaminic pe care-l luaţi nu poate afecta testul.

Dezavantajul testului in vitro pentru alergeni specifici anticorpilor Ig E este că nu are sensibilitate la fel de mare ca testele cutanate. Proba de sânge, de asemenea, trebuie analizată în laboratoare specializate, proces care durează una sau mai multe zile. Testul poate fi şi mai costisitor decât testele cutanate.

Tratamentul alergiilor

În tratarea alergiilor sunt eficiente anumite strategii. Cea mai bună metodă este pur şi simplu de a evita expunerea la substanţa alergică, dar aceasta nu este întotdeauna cu putinţă. Medicamentele şi injecţiile contra alergiilor sunt alte opţiuni.

Evitarea

Evitarea unui alergen cunoscut este destul de simplă în cazul unei

Teste şi tratamente inadecvate

Dacă bănuiţi că aveţi o alergie alimentară, fiţi atent la anumite teste şi tratamente care nu sunt valabile. Evitaţi proceduri ca testul citotoxic, testul de provocare şi neutralizare, şi tratamentul de hipersensibilizare sistemică la levuri.

Testul citotoxic presupune amestecarea unor extracte din alimente cu eşantioane din leucocitele persoanei. Unii oameni cred că dacă aceste celule îşi modifică forma în vreun fel, individul este alergic la acel aliment. Totuşi, nu s-a putut demonstra existenţa unei legături între o astfel de modificare şi o alergie alimentară.

În cazul testului de provocare şi neutralizare, individului i se injectează o cantitate mică de extract alimentar pentru a i se provoca simptome. Când apar simptomele, sunt „neutralizate" prin injectarea unei cantităţi din acel aliment, pe baza teoriei că aceasta va neutraliza efectele primei doze. Nici acesta nu este un test diagnostic verificat.

Tratamentul de hipersensibilizare sistemică la levuri se bazează pe teoria că o ciupercă asemănătoare celei din drojdia de bere, numită *Candida*, este cauza tuturor alergiilor alimentare. Tratamentul se administrează persoanelor care cred că au alergii alimentare. Li se spune să îndepărteze din dietă toate alimentele care conţin levuri şi mucegaiuri – fructe, lapte, carbohidraţi rafinaţi, ca pâine şi produse de patiserie, şi alimente prefabricate. Se presupune că aceasta va permite organismului să-şi amelioreze starea. Nu există nici o dovadă care să arate legătura dintre *Candida* şi alergiile alimentare.

alergii la penicilină sau la iedera otrăvitoare. Evitarea nu este simplă pentru persoane alergice la polen şi germeni din praf. Polenul este mereu prezent în aer în anumite perioade ale anului; chiar şi casele bine întreţinute au praf. Cu privire la sfaturile pentru reducerea expunerii la aceştia sau la alţi alergeni inhalanţi, vezi pag. 527 pentru informaţii despre polen şi pag. 529 pentru informaţii despre alergiile la păr de animal, mucegaiuri şi praf.

Tratamentul medicamentos

Există mai multe medicamente pentru ameliorarea efectelor alergiilor, dintre care cele mai cunoscute sunt antihistaminicele. Toate aceste medicamente pot avea reacţii adverse – unele chiar grave – pe care să vreţi să le discutaţi cu medicul.

Antihistaminicele

Cea mai cunoscută medicaţie pentru multe alergii, mai ales pentru febra de fân, este un antihistaminic. El blochează acţiunea histaminei, substanţa care este răspunzătoare în mare măsură de semnele şi simptomele care însoţesc alergiile, cum ar fi congestia, secreţie nazală abundentă, lăcrimarea şi mâncărimile în gât.

Antihistaminicele sunt disponibile cu sau fără prescripţie medicală. Antihistaminicele fără prescripţie medicală includ produse ca diphenhydramine (Benadryl, Sominex etc.) şi clemastine (Contac, Tavist). Antihistaminicele cu prescripţie medicală sunt cele ca fexofenadine (Allegra), Ioratadine (Claritin) şi cetirizine hydrochloride (Zyrtec). Aceste medicamente produc ameliorări multor persoane cu alergii la polen, mucegai sau germeni din praf.

Corticosteroizii

Medicamentele corticosteroide, de exemplu cortizonul şi prednisonul, se prescriu, în general, pentru simptome mult mai severe. Aceste medicamente antiinflamatorii puternice sunt disponibile în diverse forme şi pot fi administrate injectabil, printr-un inhalator cu dozimetru, prin spray nazal, pastile sau creme topice. Exceptând cremele topice, aceste medicamente sunt eliberate doar cu prescripţie medicală şi pot fi foarte utile în tratarea alergiilor. Totuşi, au multe reacţii adverse care îngreunează severitatea simptomelor.

Corticosteroizii sunt, de obicei, administraţi prin inhalatori cu dozimetru sau prin spray-uri nazale, ambele reducând doza în comparaţie cu formele orale sau injectabile. Totuşi, reacţiile adverse pot constitui un risc în utilizarea corticosteroizilor pe termen lung. Acestea includ rănile, glaucomul, cataracta, osteoporoza şi oprirea creşterii la copii. Cremele care conţin corticosteroizi pot produce probleme cutanate la persoanele cu piele sensibilă, aşa încât trebuie folosite cu grijă.

Cromolyn

Acesta este un medicament nesteroidian, util în tratarea rinitei alergice sezoniere sau cronice. Medicamentul este disponibil ca spray nazal (Nasalcrom) sau ca picături pentru ochi (Cromolom, Opticrom). Veţi începe să luaţi cromolyn înainte de alergiile sezoniere, deoarece trebuie folosit cu câteva săptămâni înainte de a deveni vizibile efectele sale benefice.

Adrenalina

Cea mai severă reacţie alergică este anafilaxia, care face vasele de sânge să se dilate şi căile respiratorii să se contracte. Această reacţie poate produce wheezing sever, scăderea presiunii sangvine, inconştienţă şi, în anumite cazuri, moarte.Tratamentul anafilaxiei presupune o injecţie cu adrenalină (epinefrină). Adrenalina dilată rapid căile respiratorii îngustate şi contractă vasele de sânge.

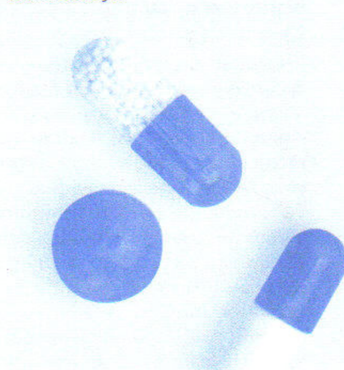
Desensibilizarea

Anumite alergii pot fi tratate prin ceea ce, de obicei, se numeşte desensibilizare. Un alt termen pentru acest tip de tratament este imunoterapia cu alergeni. Presupune injectarea, sub piele, în membrul superior, de cantităţi foarte mici de alergen cunoscut. Scopul este de a scădea reacţia sistemului dumneavoastră imunitar la alergeni prin ajutarea corpului în a-i accepta ca substanţe nedăunătoare, aşa cum sunt, de

Reacţiile adverse ale medicamentelor

Antihistaminicele pot fi foarte utile în tratarea simptomelor alergiei, dar trebuie luate în considerare reacţiile adverse. Antihistaminicele pot produce somnolenţă, uscăciunea nasului şi a gurii, şi vedere înceţoşată. Un studiu a arătat că diphenhydramine, un antihistaminic prezent în anumite medicamente eliberate fără prescripţie medicală pentru alergii şi răceli (Benadryl, Sominex etc.), poate produce mai multe probleme de circulaţie decât cele produse de condusul maşinii sub influenţa alcoolului. Antihistaminicele care nu au efect sedativ, ca fexofenadine (Allegra) şi loratadine (Claritin) par a produce mai puţină somnolenţă. Cetirizine hydrochloride (Zyrtec) este mai puţin sedativ decât vechile antihistaminice precum diphenhydramine.

Ar trebui să evitaţi să şofaţi sau să lucraţi cu un aparat complicat dacă luaţi antihistaminice fără prescripţie. Chiar dacă nu vă simţiţi somnolent, condusul maşinii poate fi afectat cât timp medicamentul se află în corpul dumneavoastră. De asemenea, evitaţi consumul de alcool, care accelerează absorbţia unor antihistaminice şi intensifică somnolenţa.



? Întrebare şi răspuns

Filtrele HEPA ameliorează simptomele alergiei şi ale astmului bronşic?

Deşi filtrele de înaltă eficienţă pentru particulele de aer (HEPA) pot ajuta unii oameni, nu există prea multe studii de încredere care să confirme aceasta. Filtrele pot elimina alergenii care se dezvoltă în aer, ca sporii de mucegai şi polenul. Ele pot îndepărta şi părul de animale, dar dacă sursa de păr de animal este la dumneavoastră acasă nu veţi avea avantaje de pe urma filtrului. Un filtru HEPA nu va înlătura germenii microscopici care trăiesc în praf, deoarece sunt prea denşi şi tind să se acumuleze pe suprafeţe, în loc să rămână suspendaţi în aer.

Doar ţinerea casei închisă şi utilizarea aerului condiţionat vor scădea cu aproape 75% alergenii din exterior, care se dezvoltă în aer. Dacă tot vă mai gândiţi la un filtru HEPA, asiguraţi-vă că tipul de alergie cu care vă confruntaţi este unul care poate beneficia de pe urma acestui sistem, de exemplu, alergia la polen sau la sporii de mucegai. Apoi, alegeţi unul cu dimensiuni adecvate spaţiului pe care vreţi să-l filtraţi.

fapt. Tratamentul necesită injecţii regulate, în multe cazuri săptămânal, cu doze crescute gradat de alergen, până când se atinge doza de menţinere. Atunci se administrează injecţii cu doza de menţinere lunar, timp de mai mulţi ani.

Reacţiile la imunoterapie sunt rare, dar pot apărea. Ca precauţie, medicul vă poate recomanda să rămâneţi în sala de aşteptare un timp după ce aţi făcut injecţia. O reacţie adversă poate apărea, de obicei, în aproximativ 30 de minute de la injecţie.

Desensibilizarea poate ameliora rinita alergică chiar şi după ce injecţiile sunt rărite. Un studiu britanic a arătat că imunoterapia administrată timp de 3 ani pentru alergia la polen de iarbă poate produce ameliorări care continuă 3 ani după oprirea injecţiilor.

Alergiile respiratorii

Alergiile tractului respirator produc adesea semne şi simptome care sunt similare cu cele ale răcelii: congestie la nivelul capului şi toracelui, strănut şi whezing. De fapt, alergiile şi răcelile sunt adesea confundate. Unele simptome alergice, de obicei durează mai mult decât cele ale unei răceli. Altele pot apărea şi dispărea repede, ceea ce iarăşi este neobişnuit în răcelile obişnuite.

La unii oameni, simptomele alergice apar în timpul sezonului polenului. La alţii, simptomele se manifestă mai ales când casele lor nu sunt ventilate şi sunt expuşi la alergii la germeni din praf şi la mucegai. Sunt şi alţii care au simptome doar în anumite circumstanţe, cum ar fi o vizită într-o casă în care există o pisică sau un câine.

Febra de fân (rinita alergică)

Semne şi simptome

- Nas înfundat sau scurgere nazală abundentă
- Strănut frecvent
- Prurit ocular, nazal, la baza limbii sau în gât
- Tuse

Este primăvară. Aerul este dulce din cauza mirosului de flori proaspete, dar dumneavoastră nu vă puteţi bucura de aceasta, deoarece capul vă este înfundat, nasul vă ustură şi gâtul vă mănâncă. Sau este toamnă şi pelinul şi alte plante îşi împrăştie polenul peste tot prin aer, inclusiv în sistemul dumneavoastră respirator – făcându-vă ochii să lăcrimeze, capul şi nasul să se congestioneze şi baza limbii să vă mănânce.

Aceste semne şi simptome sunt caracteristice rinitei alergice, cunoscută şi sub denumirea de febră de fân – deşi există şi alţi alergeni care, de obicei, determină starea aceasta, iar febra nu este

? **Întrebare şi răspuns**

Am alergii respiratorii şi astm. Voi călători printr-o zonă cu multe plante şi mulţi copaci. Ce trebuie să fac?

Consultaţi un medic pentru o evaluare înainte de excursie şi pentru un sfat medical. Asiguraţi-vă că alergiile şi astmul bronşic - mai ales astmul bronşic – sunt sub control înainte de a pleca. Cereţi medicului să vă formuleze o strategie în cazul unei crize în timpul excursiei. S-ar putea ca medicul să vă recomande să luaţi cu dumneavoastră medicamente de urgenţă, ca antihistaminice, bronhodilatatoare sau corticosteroizi. Luaţi cu dumneavoastră un peak flowmeter pentru a monitoriza debitului expirator maxim. Acesta vă poate ajuta să vă adaptaţi medicaţia antiastmatică. În plus:

- Puneţi toate medicamentele în bagajul de mână pentru a le avea la îndemână la nevoie pe drum sau dacă bagajul dumneavoastră nu ajunge la timp. Luaţi mai multe medicamente decât de obicei. Lăsaţi medicamentele în ambalajul lor originar. Ambalajele oferă instrucţiuni cu privire la dozaj şi reîncărcare, şi identifică medicamentele pentru a face altă comandă la nevoie.
- Fumatul poate agrava astmul bronşic, aşa că atunci când călătoriţi în străinătate, ar fi bine să cumpăraţi bilete la un zbor pentru nefumători. Dacă nu se poate, cereţi locuri departe de sectorul pentru fumători. În zborurile comerciale de pe teritoriul SUA, fumatul este interzis.
- Dacă traversaţi mai multe fusuri orare, acomodaţi-vă cu diferenţele de fus, pentru a respecta schema de tratament.
- Informaţi-vă din timp despre modul în care se acordă asistenţă medicală în străinătate, în caz că veţi avea nevoie de un tratament.

prezentă. Aproximativ 35 de milioane de americani au febră de fân.

Nimeni nu ştie de ce anumite persoane sunt mai susceptibile decât altele la micile granule de polen, care se dezvoltă în aer. După toate probabilităţile, sensibilitatea este în parte o trăsătură moştenită, care afectează capacitatea sistemului imunitar de a face faţă potenţialilor invadatori.

Mulţi oameni cred că febra de fân este o boală a copilăriei care va trece atunci când se va ajunge la vârsta adultă. Dimpotrivă, febra de fân poate apărea la orice vârstă şi se poate vindeca oricând. O persoană care are afecţiuni ca eczemă sau astm bronşic, sau care are rude cu alergii este mai susceptibilă să facă febră de fân.

Unii oameni cu febră de fân sunt sensibili doar la 1-2 substanţe, alţii sunt sensibili la mai multe.

Când inhalaţi polenul la care sunteţi alergic, anticorpii interacţionează cu acest polen. Aceasta declanşează eliberarea de histamină, care vine în contact cu mucoasa nazală şi cea din sinusuri, pleoape şi ochi. Sinusurile dumneavoastră se congestionează. Pot apărea o secreţie nazală abundentă şi mâncărimi în ochi, gât şi la baza limbii. Puteţi strănuta, uneori violent şi repetat. În general, un atac de febră de fân durează 15 - 20 de minute şi apare de câteva ori pe zi. Celor cu febră de fân severă, afecţiunea le poate perturba viaţa. Pentru cei cu simptome minore, această boală poate fi doar supărătoare.

Diagnostic

Pentru a identifica eventuala cauză a febrei de fân, medicul vă poate pune o serie de întrebări cu privire la severitatea simptomelor, la momentul apariţiei lor pentru prima dată şi dacă par a fi agravate într-un anumit moment. Poate să vi se ceară să ţineţi un regim alimentar pentru a determina cu precizie când apar mai des reacţiile alergice.

Dacă simptomele apar doar primăvara, atunci probabil că sunteţi alergic la polenurile care există doar în acest anotimp. Dacă aveţi atacuri alergice în toate anotimpurile cu vegetaţie, s-ar putea să fiţi alergic la diferite polenuri.

Medicul vă poate recomanda teste ca testul cutanat de scarificare sau testul in vitro pentru alergeni specifici pentru Ig E, cunoscut anterior sub denumirea de testul radioalergosorbent (RAST), pentru a determina la care dintre polenuri sunteţi mai sensibil.

Tratament

Pentru febra de fân uşoară, antihistaminicele orale şi decongestionantele, eliberate fără prescripţie, sunt adesea eficiente. Totuşi, antihistaminicele fără prescripţie pot produce somnolenţă şi uscăciunea gâtului şi a gurii, cauzând mai mult disconfort decât febra de fân. Antihistaminicele fără efect sedativ, eliberate cu prescripţie medicală, ca fexofenadine (Allegra) şi loratadine (Claritin) produc mai puţină somnolenţă (vezi pag. 526).

Evitaţi folosirea regulată a spray-urilor decongestionante nazale eliberate fără prescripţie. Deşi la început pot ameliora simptomele, ulterior pot agrava situaţia. Dacă sunt folosite prea des sau timp îndelungat, pot avea ca efect congestia nasului tot mai accentuată şi vor fi necesare doze tot mai frecvente pentru a-l curăţa. Singura metodă pentru a rezolva problema este stoparea folosirii spray-ului şi să aşteptaţi dispariţia congestiei. Aceasta poate dura 1-2 luni. Corticosteroizii inhalatori ameliorează adesea simptomele în timp ce aşteptaţi să se rezolve problema.

În formele moderate sau severe, tratamentul poate consta în administrarea de antihistaminice. Medicul vă poate prescrie şi un spray nazal sau medicamentul cromolyn sub formă de spray nazal (Apo-Cromolyn, Nasalcrom).

Acest polen supărător

Oriunde cresc plante, polenul există în aer într-o anumită perioadă a anului. Arborii, atât cei pereni cât şi cei cu frunze căzătoare, produc polen primăvara. Iarba şi multe flori produc polen în perioada lunilor de vară. Plantele care înfloresc târziu produc polen la începutul toamnei. În zonele cu climă caldă, cu perioade lungi de creştere a vegetaţiei, polenul poate exista în aer timp de 10 luni pe an. În zonele cu perioade mai scurte de creştere a vegetaţiei, polenul este prezent mai puţin timp pe an.

Rugina, o plantă sălbatică, este în fruntea listei de plante producătoare de febră de fân din partea estică a Munţilor Stâncoşi. Alte plante care produc polen ce induce simptome de alergie sunt: pelinul, amarantul, amarantul cu spini, pătlagina, timoftica, Bermuda, farmecul-primăverii şi iarba-albastră.

Printre păiosele care fac polenuri deranjante se numără secara. Majoritatea arborilor, cum ar fi arţarul, stejarul, frasinul, mesteacănul, plopul, ulmul, nucul sau ienupărul, produc polenuri care declanşează febra de fân.

Polenurile care sunt vehiculate de insecte de la o plantă la alta au, în general, granule mai mari, care sunt mai puţin periculoase. Cele purtate de vânt sunt mai uşoare şi pot produce febră de fân. Cantitatea de polen din aer depinde de vreme. Brizele de aer fierbinte şi uscat agită polenul, în timp ce umezeala îl face să se depună pe pământ.

Cele mai multe particule de polen sunt atât de mici încât pot fi aduse de aer pe uşă sau prin plasele de la ferestre. Nu este nevoie de mult polen pentru a produce o reacţie alergică – cam 20 de particule/m^3. Multe plante produc mai mult de un milion de asemenea particule.

Cea mai eficientă cale de a evita polenul este de a sta în casă, mai ales atunci când cantităţile de polen vehiculat sunt mari. Ţineţi uşile şi ferestrele închise. Şi aerul condiţionat poate ajuta.

Aceste produse pot reduce congestia nazală. S-ar putea să fie nevoie să folosiţi aceste produse câteva săptămâni înainte de a vă bucura de beneficiile lor. Dacă vă deranjează lăcrimarea sau pruritul ocular, medicul vă poate prescrie picături pentru ochi cum ar fi levocabastine (Livostin), ketorolac (Acular) sau olopatadine (Patanol).

Cel mai la îndemână lucru pentru vindecarea febrei de fân este imunoterapia cu alergeni, pentru a desensibiliza la alergeni sistemul dumneavoastră imunitar. Cantităţi crescute gradat din alergeni sunt injectate subcutanat timp de mai multe luni. Multe persoane care urmează acest tratament pierd sensibilitatea la un anumit alergen cam în 2 ani. Dar această terapie nu este adecvată pentru toţi indivizii.

Alergiile la păr de animal, la mucegai şi praf

Semne şi simptome

- Nas înfundat sau secreţie nazală abundentă
- Strănut frecvent
- Prurit ocular, nazal, la baza limbii sau în gât
- Tuse
- Wheezing

Nu toate alergiile respiratorii sunt produse de polen. Reacţii alergice identice pot apărea din cauza sensibilităţii la mucegaiuri, păr de animal şi la germenii microscopici care trăies în praful de casă. Pentru unii oameni, alergiile la mucegai, praf sau la animale sunt un inconvenient, producând simptome uşoare care pot dura doar câteva săptămâni pe an. Alţii au simptome mult mai severe, care durează chiar ani.

Părul de animal

Unii oameni sunt alergici la păr de animale şi la anumite păsări. Blana şi penele nu sunt în sine cauza iritării anuale. Scuamele care se scutură de pe piele sunt cele care determină alergia, pe lângă saliva şi urina animalului respectiv. Persoanele alergice la polen sau mucegaiuri pot fi alergice şi la părul de animal.

Singura metodă de eliminare a problemei este evitarea sursei. Aceasta înseamnă să nu aveţi animale de casă. Dacă sunteţi sensibil la cantităţi mici de păr din lână, evitaţi produsele făcute integral din lână. Nu cumpăraţi mobilă sau pături care conţin păr de animal.

Mucegaiurile

Persoanele cu multe alergii sunt sensibile la sporii de mucegaiuri obişnuite vehiculate prin aer. Mucegaiurile de interior produc spori mai ales vara şi la începutul toamnei, deşi în zonele cu climă caldă sunt prezenţi tot timpul anului. Mucegaiurile de interior îşi scutură sporii tot anul, producând permanent probleme persoanelor care sunt sensibile la ele.

Mucegaiurile se dezvoltă în casă în locuri umede, cum ar fi pivniţele şi băile, şi în mobilele şi paturile tapisate, în carpete, animale împăiate, lemnărie, cărţi şi tapet. Afară trăiesc în pământ, în gunoiul de grajd şi în vegetaţia umedă. Persoanele care sunt sensibile la sporii de mucegai reacţionează mai puternic atunci când cosesc iarba, sunt la seceriş sau se plimbă prin iarbă sau plante înalte. Cele mai periculoase mucegaiuri sunt cele de interior, ca *Penicillium*, *Aspergillus*, *Mucor* şi *Rhizopus*, iar dintre cele de afară, *Alternaria* şi *Hormodendrum*.

Ţineţi ferestrele şi uşile închise cât mai mult timp şi, la nevoie, folosiţi aer condiţionat în casa dumneavoastră, în maşină sau la serviciu. Uscaţi pivniţele umede cu ajutorul unui deumidificator. Curăţaţi deumidificatorul regulat, pentru ca mucegaiurile şi alţi germeni să nu se dezvolte în interiorul lui. Curăţaţi pereţii băii şi ai pivniţei cu dezinfectanţi. În loc de tapet, vopsiţi pereţii cu vopsea anti-mucegai.

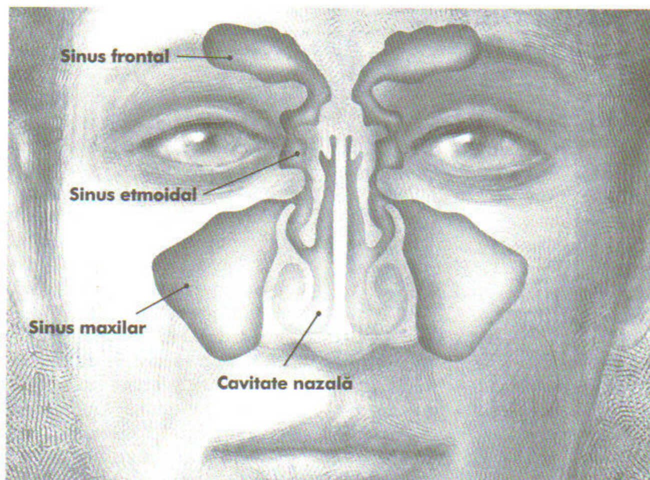
Praful

Praful de casă adăposteşte tot felul de substanţe, inclusiv polen, spori de mucegaiuri şi păr de animale. Totuşi, principala cauză a reacţiei alergice la praf o constituie germenii microscopici. Germenii cresc în locuri umede, calde.

Cea mai bună cale de a face față prafului este să vă mențineți casa pe cât posibil fără praf și cu umiditate joasă. Aceasta nu înseamnă doar aspirarea prafului vizibil, ci și spălatul pe jos și ștersul prafului. Spălați săptămânal păturile și husele mobilelor. Dacă sunteți singurul alergic din casă, puneți pe altcineva să curețe sau să șteargă praful.

Evitați mobila îmbâcsită și lucrurile care colectează praf, cum sunt cuverturile, baldachinele pentru pat, carpetele, draperiile venețiene și mobila tapisată. Prevedeți saltelele, pernele și somierele cu huse antialergice.

O centrală termică și un sistem de aer condiționat care filtrează aerul sunt de mare ajutor. S-ar putea să doriți să folosiți un deumidificator.



Sinusurilel sunt spații goale în interiorul oaselor feței. Ele produc mucus, care, în mod normal, drenează prin deschiderile sinusului în cavitatea nazală. Dacă drenajul este blocat, poate apărea o infecție sinusală.

Diverșii factori iritanți

Zeci de alte substanțe inhalante pot produce reacții la un procent mic de oameni. Printre acestea se numără:

- fumul și aburul industrial;
- fumul de țigară;
- pudra de față și pudra pentru copii;
- săpunurile pudră și detergenții.

Persoanele sensibile la alergeni respiratori sunt mai susceptibile la asemenea iritanți. Dacă vi se pare că sunteți deranjat de aceste substanțe, încercați, pe cât posibil, să le evitați.

Diagnostic

Pentru a determina cauza simptomelor alergice, medicul vă poate pune întrebări care să determine cât de severă este reacția și cât de des apare, dacă este pe durata întregului an sau sezonieră, precum și situațiile în care apare mai frecvent. O serie de teste cutanate pot ajuta la identificarea alergenilor la care sunteți mai sensibil.

Testul in vitro pentru alegeni specifici anticorpilor Ig E, cunoscut în trecut ca testul radioalergosorbent (RAST), poate fi folosit pentru a determina anticorpii

Reducerea simptomelor alergiei la părul de pisică

În pofida darului pisicilor de a-i face pe oameni să se scarpine și să strănute mai mult decât în cazul altor animale, dragostea pentru pisici trece peste toate. Dintre cele 6 milioane de americani care sunt alergici la pisici, aproape 1/3 încă mai țin o pisică în casă.

Dacă sunteți alergic la părul de pisică, dar nu vă lasă inima să renunțați la ea, urmați aceste sugestii care vă pot ajuta să trăiți mai confortabil.

- *Spălați pisica o dată pe săptămână.* Aceasta scade cantitatea de alergeni din aer de la pisică cu apropae 90%.
- *Evitați covoarele și mobilele tapisate.* Spălați frecvent pe jos și folosiți un aspirator cu filtru performant.
- *Folosiți un filtru perfomant pentru particulele de aer (HEPA) pentru a reduce alergenii din praf proveniți de la pisică.* Acest tip de purificator al aerului pare a înlătura cea mai mare parte a particulelor de praf care trec prin filtru.
- *Țineți pisica afară.* Dacă aveți o pisică de exterior, țineți-o cât mai mult posibil pe afară și limitați-i accesul în dormitor și în alte camere în care petreceți mai mult imp.
- *Creșteți ventilația.* Aceasta va ajuta la scăderea concentrației de alergeni.

Dacă dumneavoastră sau altcineva din casă aveți astm declanșat de pisică, este mai bine să-i găsiți pisicii o nouă casă. Expunerea continuă la alergeni poate conduce lal îngustarea căilor respiratorii chiar și după ce expunerea încetează. După ce i-ați găsit un alt domiciliu pisicii, curățați cu grijă toată casa. Dar rețineți că vor trece săptămâni, chiar luni până când alergenii să dispară din carpete și din mobila tapisată.



specifici din sânge. Deoarece unii oameni sunt sensibili la mai mult de un alergen, este dificil de fixat alergenii care deranjează cel mai mult.

Cât de grave sunt aceste alergii?

Simptomele de tip răceală ale acestui tip de alergie sunt un inconvenient, dar, în general, nu amenință sănătatea în mod serios.

Tratament

Cel mai eficient tratament pentru alergiile la mucegaiuri, praf și păr de animale este evitarea lor. Aceasta poate fi mai ușor de zis decât de făcut, deoarece unii alergeni, mai ales sporii de mucegaiuri, se dezvoltă în aer ca și polenul. Ca și în cazul polenului, statul în casă într-o atmosferă cu aer condiționat este adesea cea mai folositoare metodă preventivă.

Când alergenul este praful de casă sau părul de animal, va trebui să luați măsuri ca să vă expuneți mai puțin. Pe lângă aceasta, medicamente ca antihistaminicele și corticosterizii pot ameliora simptomele, iar imunoterapia cu alergeni (vezi pag. 526) pot ajuta la desensibilizarea sistemului imunitar.

Sinuzita cronică și polipii nazali

Semne și simptome

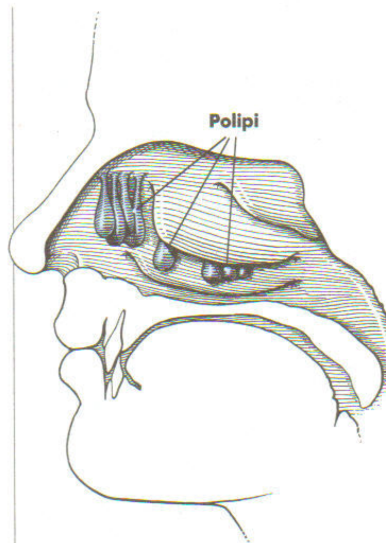
- Durere în jurul orbitelor sau obraji
- Sensibilitatea sinusurilor la presiune sau atingere
- Cefalee
- Febră
- Dificultatea de a respira pe nas

Sinusurile sunt spații goale în interiorul oaselor feței, în spatele și deasupra ochilor și nasului. Ele servesc la umidificarea și încălzirea aerului pe care-l respirați, vă ajută simțul mirosului și îmbunătățesc sunetul vocii. De asemenea, secretă mucus, care curăță și umezește căile nazale.

În interiorul sinusurilor, niște prelungiri subțiri ca firul de păr, numite cili, mătură permanent mucusul în afara sinusurilor și în interiorul nasului și gâtului. Sinusurile drenează în cavitatea nazală prin mici deschideri numite ostia. Când ostia se blochează, mucusul se acumulează în sinusuri. Microorganisme ca virusuri și bacterii se pot înmulți și pot produce infecții. Infecția produce tumefiere, care poate scădea drenarea sinusurilor.

Uneori, alergiile respiratorii repetate pot conduce la infectarea sau inflamarea cavităților sinusale, producând durere și dificultate la respirația pe nas. Dacă aveți sinuzită de 3 săptămâni sau mai mult și nu răspunde la antibiotice, puteți avea sinuzită cronică produsă de alergii.

Sinuzita cronică se deosebește de sinuzita acută produsă de o infecție bacteriană, care, de obicei, răspunde la tratament în câteva săptămâni. Sinuzita cronică se asociază cu polipii nazali, excrescențe mici, benigne, de țesut, în căile nazale, care împiedică respirația.



Nodozitățile ca niște mărgele în mucoasa căilor nazale sunt numite polipi nazali. Dacă acești polipi produc dificultăți respiratorii sau infecții respiratorii recurente, pot fi îndepărtați chirurgical.

Cauze

Alergiile la astfel de elemente ca polen, păr de animale și germeni din praf pot produce nas înfundat, ducând la sinuzită cronică. În alergiile sezoniere, simptomele tind să apară în anotimpuri diferite. În cazul alergiilor nesezoniere, simptomele pot apărea și reapărea la întâmplare. Fungii pot cauza o formă specială de sinuzită, numită sinuzita alergică la fungi.

De asemenea, polipii nazali pot împiedica drenajul sinusurilor. Ei apar când mucoasă care căptușește nasul se umflă și proemină în interiorul căii nazale. Polipii nazali sunt determinați de o hiperproducție de fluid în membrana mucoasă, uneori ca rezultat al febrei de fân sau al altor alergii nazale.

Adesea, nu se poate identifica o anumită cauză. Polipii pot apărea izolat sau în ciorchine, făcând respirația dificilă și interferând cu simțul gustului și mirosului.

Diagnostic

Oamenii au adesea câteva episoade de sinuzită severă, dar temporară (acută) înainte de a dezvolta sinuzită cronică. Dacă ați avut sinuzită de mai multe ori și această stare nu răspunde la tratamente cum ar fi spray-urile nazale, decongestionantele și antibioticele, se poate să aveți sinuzită cronică.

Medicul vă poate spune dacă alergia este cauza sinuzitei. Testele pentru alergeni pot furniza informații importante cu privire la sensibilitatea alergică.

Următoarele proceduri ajută la diagnosticarea sinuzitei cronice.

Endoscopia nazală

În endoscopia nazală, un tub subțire și flexibil cu un bec cu fibră optică atașat la el (endoscop) este introdus în nas. Aceasta permite medicului să inspecteze vizual interiorul sinusurilor.

Imagistica

Tomografia computerizată (CT) arată detalii ale sinusurilor și ale zonei nazale, și poate dezvălui o inflamație profundă sau o infecție care este dificil de detectat cu un endoscop.

Speculul nazal

Dacă medicul consideră că aţi putea avea polipi nazali, îi poate căuta cu un dispozitiv numit specul nazal, care arată ca o pereche de cleşti pentru zahăr. Dacă aveţi polipi, puteţi să-i vedeţi aprinzând o lumină deasupra nării dumneavoastră şi examinând căile nazale cu ajutorul unei oglinzi. Polipii sunt nişte nodozităţi ca mărgelele, dar dacă sunt în partea din spate a căii nazale, nu vor fi uşor de văzut.

Tratament

Tratamentul pentru sinuzita cronică include:

Antibiotice

Sinuzita poate necesita o lungă perioadă (3 - 4 săptămâni) de tratament antibiotic, cu utilizarea, de obicei, de medicamente care au eficienţă asupra unei mai mari varietăţi de bacterii decât cele folosite în sinuzita acută.

Corticosteroizii

Dacă aveţi inflamaţie intensă în sinusuri, medicul vă poate prescrie un spray nazal cu corticosteroid. Dacă aveţi sinuzită gravă, medicul vă poate recomamnda corticosteroizi orali sau o injecţie cu corticosteroid pentru a reduce inflamaţia mucoaselor, urmată de un spray nazal cu corticosteroid pentru prevenirea unei noi tumefieri a lor.

Antifungice

Pentru a trata sinuzita alergică fungică, medicul vă poate prescrie eventual o soluţie nazală care conţine un agent antifungic de spălare şi apoi de drenare a cavităţilor sinusului.

Tratament chirurgical

Se intervine chirurgical atunci când sinuzita cronică nu răspunde la medicamente sau când polipii blochează căile nazale. Lărgirea chirurgicală a pasajului îngustat al sinusurilor sau îndepărtarea unui os sau a unui polip care blochează pasajul vor permite un drenaj mai bun. Acest tip de chirurgie este cel mai adesea practicat utilizând un endoscop care are instrumente de tăiere ataşate.

Desensibilizarea

Dacă sinuzita este corelată cu o alergie, desensibilizarea poate preveni alte crize.

Astmul bronşic

Oamenii nu se gândesc prea des la astmul bronşic ca la o boală fatală, deşi în fiecare an mor mai mult de 5 000 de americani din cauza lui. De asemenea, este răspunzător de mai bine de 400 000 de spitalizări anual. Aproximativ 17 milioane de americani au astm – aproape 6,4% din populaţie. Dintre aceştia, 4,8 milioane sunt copii. Astmul bronşic este principala cauză de boală cronică la copii.

Astmul bronşic este o afecţiune cronică apărută atunci când principalele căi aeriene (bronşiile) se inflamează. Muşchii pereţilor bronşiei se comprimă, iar mucoasa care căptuşeşte aceste tuburi produce mucus în cantitate mare, determinând îngustarea căilor aeriene. Aceasta poate conduce la orice, de la un wheezing minor la dificultăţi mari respiratorii. Crizele pot dura de la câteva minute la câteva zile.

Unele persoane cu astm au simptome persistente. La altele, simptomele sunt intermitente. Cu îngrijire de specialitate, crizele de astm pot fi controlate şi sunt rareori ameninţătoare pentru viaţă.

Din fericire, astmul bronşic este o boală tratabilă şi cele mai multe crize şi decese pot fi evitate. În ultimii ani, oamenii de ştiinţă au început să înţeleagă mai bine cauzele astmului bronşic. S-au descoperit noi medicamente, care să înlocuiască vechea medicaţie, şi se pune tot mai mult accent pe îngrijirea acestei stări, aşa cum mulţi oameni ţin sub control diabetul.

Împreună cu medicul, puteţi stăpâni simptomele, puteţi reduce riscul de crize severe şi puteţi duce o viaţă normală.

Semne şi simptome

- Wheezing
- Respiraţie dificilă
- Senzaţie de constricţie în piept
- Tuse

Semne şi simptome de alarmă

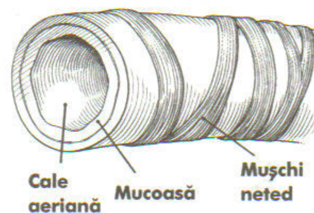
- Respiraţie extrem de dificilă
- Buze şi unghii albăstrui
- Incapacitate severă de a respira
- Tahicardie
- Transpiraţii
- Tuse severă

Factori de risc

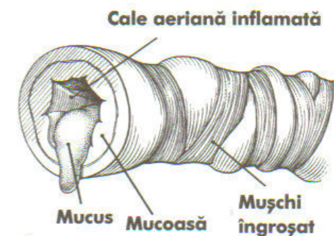
Sunteţi mai predispus să faceţi astm dacă alţi membri din familia dumneavoastră au această boală sau dacă au alergii. Aproximativ 1/2 dintre copiii cu astm fac boala înainte de 10 ani. Adulţii pot suferi de astm la orice vârstă – chiar la 70 de ani.

La persoanele sub 30 de ani, astmul bronşic este declanşat, de obicei, de alergii. 40 - 70% dintre cei de 30 de ani sau mai mult au alergii respiratorii.

La persoanele la care nu alergia este factorul declanşator, astmul bronşic poate fi corelat cu un iritant sau cu o afecţiune medicală. În majoritatea cazurilor, astmul bronşic este rezultatul combinaţiei dintre reacţiile alergice şi nonalergice.



Căi aeriene normale.



În astm, căile aeriene sunt inflamate şi îngroşate.

Astmul bronşic ocupaţional

Unii oameni se confruntă des cu wheezing, tuse sau scurtarea respiraţiei la lucru, care pot fi asociate cu prurit ocular sau secreţie nazală abundentă. Când pleacă de la serviciu, semnele şi simptomele lor se ameliorează.

Aceasta se numeşte, în general, astm bronşic ocupaţional. Este produs de inhalarea de praf, vapori, gaze sau aburi specifici locului de muncă respectiv. Aceste substanţe vă pot irita sistemul respirator.

În general, astmul bronşic ocupaţional apare în 2 variante:

Ca răspuns direct la un iritant

Simptomele apar imediat după expunerea la substanţe ca amoniac, acid clorhidric, dioxid de sulf sau fumul ambiental. Aceasta se întâmplă frecvent la persoanele care deja au astm.

Sensibilizare pe termen lung

Expunerea continuă – uneori pe durată de luni sau ani – determină un răspuns alergic. Simptomele se dezvoltă mai degrabă treptat. Un exemplu este un veterinar care, după o expunere ritmică la anumite animale, dezvoltă o alergie la unul dintre ele

Iritanţii comuni

Se estimează că astmul bronşic ocupaţional reprezintă peste 15% din totalul cazurilor de astm din SUA. Aproximativ 11 milioane de lucrători sunt expuşi la substanţe despre care se ştie că ar produce astm ocupaţional şi mai bine de 1,5 milioane de muncitori sunt afectaţi direct de această boală.

Se cunosc mai mult de 240 de substanţe care ar cauza astm ocupaţional dacă sunt inhalate, şi lista este în continuă creştere. Aceste substanţe se clasifică generic în una dintre aceste categorii.

- Substanţe chimice precum anhidride, diizocianaţi şi acizi, care sunt folosite în fabricile de vopseluri, lacuri, adezivi, laminate şi de răşini utilizate în cositorire.
- Enzime folosite în detergenţi, amelioratori pentru făină, în unele produse farmaceutice şi în tratarea cărnii.
- Proteine din părul de animale, din scuame, blană, salivă şi dejecţii organice.
- Praf din făină şi cereale.
- Proteine din secară, orz, ovăz, orez şi soia.
- Produse folosite în prelucrarea fructelor de mare şi ouălor.
- Clor gazos, dioxid de sulf, acid clorhidric şi fum.

Dacă astmul bronşic este sever şi există o strânsă legătură între boală şi locul de muncă, medicul vă poate recomanda evitarea oricărei expuneri la iritanţi sau la alte substanţe care îl pot produce. Aceasta poate însemna că nu veţi mai putea lucra în aceeaşi zonă, în acelaşi loc de muncă sau în aceeaşi industrie.

Schimbarea locului de muncă este o decizie dificilă şi o astfel de recomandare nu se face niciodată fără a se lua toate aspectele în calcul. Împreună cu medicul veţi putea ajunge la cea mai bună decizie pentru sănătatea dumneavoastră.

Cercetătorii au identificat un număr de factori care vă pot creşte riscul de a face astm:

- fumatul pasiv;
- traiul într-o zonă puternic urbanizată, mai ales în centrul unui oraş, unde expunerea la mai mulţi poluanţi de mediu este crescută;
- expunerea la factori ocupaţionali;
- istoric familial de astm bronşic;
- greutatea mică la naştere;
- obezitatea;
- boala de reflux gastroesofagian (GERD).

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Dacă aveţi astm, este posibil să fiţi deranjat de acidul din stomac, revenit în esofag (reflux), stare numită boala de reflux gastroesofagian (GERD). În anumite cazuri, GERD poate chiar produce simptome de astm. Pentru a preveni GERD, nu mâncaţi şi nu beţi nimic cu câteva ore înainte de a merge la culcare. De asemenea, s-ar putea să fie util să ridicaţi căpătâiul patului. Vezi pag. 850 pentru mai multe informaţii despre GERD.

Diagnostic

Principalele semne şi simptome ale astmului bronşic sunt episoadele de wheezing, de tuse sau dificultăţile respiratorii. Obstrucţia fluxului de aer rezultă dintr-o inflamare a pereţilor bronşiilor, din constricţia fibrelor muşchilor netezi ai bronşiilor şi din creşterea producţiei de mucus. Inspiraţia şi expiraţia prin bronşiile îngustate produc un sunet şuierător (wheezing).

Medicii folosesc diferite teste pentru diagnosticarea astmului bronşic şi cauzelor sale. Pot fi necesare un examen fizic complet, teste respiratorii şi alergice.

Medicul vă poate recomanda să faceţi un test de măsurare a debitului expirator, acasă, pentru a determina dacă există o predispoziţie pentru crize, în scopul eliminării eventualelor cauze (vezi pag. 539).

Medicamentele pentru astm

Cei mai mulţi oameni cu astm pot într-adevăr controla boala cu ajutorul medicamentelor. Medicamentele pentru astm se împart în 2 categorii: cele pe care să le luaţi continuu, pentru a preveni crizele, şi cele pe care să le folosiţi pentru a ameliora simptomele în timpul crizei.

Medicamente pentru prevenire

Medicamentele pentru prevenire se iau, de obicei, de 1-2 ori pe zi pentru a preveni crizele de astm. Ele acţionează reducând inflamaţia în căile aeriene şi prevenind astfel spasmul spontan al muşchilor căilor aeriene. Dacă un singur medicament nu poate controla astmul bronşic, puteţi avea nevoie de o combinaţie de medicamente. Aceste medicamente sunt:

Corticosteroizi inhalatori

Corticosteroizii inhalatori se folosesc frecvent pentru a trata astmul bronşic, exceptând situaţia în care astmul bronşic are doar simptome uşoare sau intermitente. Acestea sunt fluticasone (Flovent), budesonide (Pulmicort), triamcinolone (Azmacort), beclomethasone (Beclovent,Vanceril) şi flunisolide (Aerobide).

Aceste medicamente acţionează local asupra ţesutului pulmonar pentru a reduce inflamaţia mucoasei şi hiperreactivitatea căilor aeriene („spasmul"). Reacţiile adverse frecvente sunt răguşeala, o infestaţie fungică bucală (afte) şi leziuni cutanate.

Corticosteroizi orali

Corticosteroizii orali se precriu mai ales adulţilor sau copiilor în caz de astm greu de controlat sau sever. Cel mai cunoscut corticosteroid oral este prednisonul. Are eficienţă în controlul inflamaţiei căilor aeriene, dar poate produce multe reacţii adverse, mai ales dacă este luat pe termen lung. Reacţiile adverse includ glaucomul, cataracta, osteoporoza şi oprirea creşterii la copii.

Cromolyn şi nedocromil

Cromolynul inhalator (Intal) şi nedocromilul (Tilade) sunt medicamente antiinflamatorii care pot preveni crizele la persoane cu astm uşor sau moderat. Ele sunt eficiente şi în prevenirea astmului bronşic de efort. Aceste medicamente se prescriu adesea la copii sau adulţii tineri.

Blocanţi de leucotriene

Blocanţii de leucotriene, introduşi pe piaţă din anul 1996, sunt cea mai nouă clasă de medicamente pentru astm din ultimii 20 de ani. Aceste medicamente împiedică acţiunea unui grup puternic de mediatori ai astmului bronşic numiţi leucotriene.

Blocanţii de leucotriene includ medicamentele zileuton (Zyflo), zafirlukast (Accolate), montelukast (Singulair) etc. Aceste medicamente prezintă siguranţă şi eficienţă în controlul simptomelor astmului bronşic persistent. Deoarece se administrează oral, blocanţii de leucotriene sunt preferaţi de unele persoane cărora nu le plac substanţele inhalatorii sau au dificultăţi în utilizarea lor.

Beta-agoniştii cu acţiune prelungită

Beta-agoniştii inhalatori cu acţiune prelungită includ medicamentele salmeterol (Serevent) şi formoterol (Foradil). Ele ameliorează constricţia în căile aeriene mai mult de 12 ore şi sunt adesea folosite pentru a preveni semnele şi simptomele din astm, inclusiv crizele nocturne. Deoarece durează mai mult până acţionează, aceste medicamente nu sunt recomandate pentru o ameliorare rapidă în timpul unei crize. Beta-agoniştii sunt disponibili şi sub formă de tablete, dar acestea nu sunt la fel de rapide ca cele inhalaorii şi pot produce mai multe reacţii adverse.

Teofilina

Teofilina (Elixophyllin, Uniphyl) se foloseşte adesea atunci când alte medicamente nu sunt eficiente. Administrat sub formă de pastile, este un medicament atât cu acţiune prelungită cât şi de scurtă durată. Teofilina nu este la fel de eficientă ca beta-agoniştii, dar are efect mai îndelungat decât beta-agoniştii cu acţiune scurtă.

Teofilina poate fi dificil de utilizat deoarece interacţionează slab cu alte medicamente şi are, de obicei, reacţii adverse. Totuşi, este un tratament eficient pentru anumite persoane.

Legătura cu gândacii de bucătărie

Din motive necunoscute, numărul cazurilor de astm a crescut dramatic în ultimii 10 ani, mai ales printre copiii care trăiesc în oraşe. Astmul bronşic este cea mai cunoscută boală cronică în copilărie. O eventuală cauză a creşterii frecvenţei astmului bronşic la copii este umilul gândac de bucătărie. Mulţi alergologi şi cercetători în domeniul astmului bronşic au suspectat de mult o legătură strânsă între gândaci şi astmul bronşic din centrul oraşelor.

Cercetătorii s-au concentrat asupra gândacilor ca factori declanşatori în încercarea de a explica creşterea răspândirii astmului bronşic la nivel global. Alte ipoteze ar fi creşterea poluării aerului, modificările stratului de ozon şi timpul prea lung petrecut de oameni în casă, unde alergenii pot exista în cantităţi mari şi pe perioade îndelungate.

Cercetătorii pot testa acum câteva dintre aceste variante, utilizând tehnici de recoltare de probe care s-au dezvoltat în ultimii ani. Aceste tehnici pot măsura cantitatea de alergeni – inclusiv din părţile şi secreţiile corpului gândacilor – în aerul de interior şi în praful de casă.

Din nefericire, îndepărtarea gândacilor nu este la fel de simplă ca a face o bună curăţenie în casă. Gândacii sunt foarte mobili şi pot fi găsiţi oriunde într-un bloc sau în locuinţa unei singure familii şi revin rapid în zona din care au fost exterminaţi. Nu există o soluţie perfectă, dar măsurile preventive pot fi menţinerea curată a alimentelor, păstrarea lor în recipiente igienice şi folosirea de capcane şi de pesticide sigure.



Medicamente pentru ameliorarea simptomelor

Medicamentele care ameliorează simptomele din astm includ beta-agoniştii cu acţiune scurtă, un tip de bronhodilatator. Ei dilată căile aeriene îngustate şi ameliorează simptomele din cursul unei crize de astm. Nu reduc inflamaţia şi trebuie folosiţi doar pentru simptome ocazionale. Uneori, totuşi, un medic va recomanda folosirea regulată a bronhodilatatoarelor împreună cu un medicament preventiv, la persoanele care au probleme în controlul astmului bronşic.

Beta-agoniştii cu acţiune scurtă sunt medicamente inhalatorii ca albuterol (Proventil, Ventolin) şi pirbuterol (Maxair). Ele acţionează rapid prin deschiderea căilor aeriene în timpul unei crize de astm. Aceste medicamente pot fi luate şi înainte de a face efort sau expunerea la aer rece. Adesea, ameliorează simptomele timp de până la 6 ore.

Terapia combinată

Dacă un singur medicament nu este de ajuns pentru controlul astmului bronşic, opţiunea pe care o aveţi este de a creşte forţa (doza) acelui medicament sau de a lua un medicament de alt tip în plus.

Anumite studii arată că adăugarea unui alt medicament este adesea cea mai eficientă terapie. Combinarea a 2 medicamente poate reduce riscul reacţiilor adverse date de luarea unei doze mari dintr-un singur medicament, cum ar fi un corticosteroid inhalator. În plus, medicamente diferite tratează astmul bronşic pe căi diferite. De exemplu, un medicament poate controla inflamaţia pentru a preveni crizele, în timp ce altul poate menţine căile aeriene deschise.

În prezent, sunt disponibile pe piaţă anumite combinaţii de medicamente, ca Advair Diskus, un inhalator care combină corticosteroidul fluticasone cu bronhodilatatorul salmeterol. Medicamentele pentru astm pot fi prescrise în multe combinaţii. În combinaţie este adesea inclus un corticosteroid inhalator. Iată câteva combinaţii.

- *Un corticosteroid inhalator şi un bronhodilatator inhalator*, cu acţiune de lungă durată. În această combinaţie, corticosteroidul inhalator ajută în controlul inflamaţiei, în timp ce bronhodilatatorul cu acţiune de lungă durată salmeterol, de asemenea administrat prin inhalare, ajută la deschiderea căilor aeriene îngustate. Multe studii arată că această combinaţie asigură un control mai bun al astmului bronşic decât creşterea dozei doar a unui corticosteroid inhalator, mai ales noaptea.
- *Un corticosteroid inhalator şi un blocant de leucotriene.* Deşi această combinaţie nu a fost studiată la fel de bine ca cea anterioară, studiile arată că acest duo este mai eficient în controlul astmului bronşic decât folosirea doar a unui corticosteroid inhalator.
- *Un corticosteroid inhalator şi teofilină orală.* Teofilina poate fi dificil de utilizat din cauză că interacţionează puţin cu alte medicamente şi, de obicei, are reacţii adverse, dar s-a dovedit eficientă la anumite persoane.

Dacă astmul bronşic nu poate fi controlat bine cu 2 medicamente, puteţi beneficia de un tratament de 3: un corticosteroid inhalator, un blocant de leucotriene şi un bronodilatator cu acţiune prelungită.

Combinaţia corectă depinde de severitatea bolii şi de scopurile tratamentului. De exemplu, s-ar putea să preferaţi o pastilă în locul unui inhalator. Este posibil să aveţi probleme mai mari noaptea sau în timpul unei activităţi. Poate aţi avut reacţii adverse la un medicament, dar nu şi la altul. Discutând aceste probleme cu medicul, veţi alege împreună un program de tratament care să controleze simptomele şi care să fie cel mai bun pentru dumneavoastră.

Terapiile viitorului

Astmul bronşic pare a fi rezultatul unei combinaţii de factori genetici şi ambientali. Cercetătorii au descoperit anumite gene asociate cu inflamaţia căilor aeriene şi cu constricţia lor. Aceste descoperiri pot conduce la noi demersuri terapeutice pentru prevenirea şi tratamentul astmului bronşic. Pe măsură ce cunoaşterea acestei boli evoluează, oamenii de ştiinţă descoperă noi clase de medicamente care să oprească procesul în anumite puncte cheie.

Inhalatorii pentru astm

Aceste dispozitive au tranformat tratamentul astmului bronşic. Ele permit bolnavilor să-şi introducă medicaţia direct în plămâni, aproape oriunde şi oricând s-ar afla. În ultimele decenii a apărut o varietate de inhalatori pentru ameliorarea sau prevenirea simptomelor din astm. Cel mai comun dispozitiv folosit pentru administrarea medicamentului este un inhalator cu dozimetru.

Totuşi, există o problemă. Inhalatorii cu dozimetru vă ajută doar dacă ştiţi cum să-i folosiţi. Sunt necesare multe condiţii şi abilităţi pentru a folosi un inhalator cu dozimetru în mod corect. Multe statistici au arătat că majoritatea persoanelor care folosesc un inhalator cu dozimetru – aproape 2/3 – îl utilizează incorect. Dar studiile arată că, după o instruire atentă şi repetată, mai bine de 90% dintre persoanele care folosesc inhalatorii pot învăţa să o facă în mod corect.

Tipuri

Inhalatorii sunt dispozitive manuale, portabile, care introduc medicamentul direct în plămâni. Există o varietate de inhalatori, dar, în esenţă, ei se clasifică în două categorii – cu dozimetru şi cu pudră uscată.

Inhalatorii cu dozimetru

Inhalatorii cu dozimetru folosesc un propulsor chimic pentru a împinge medicamentul în afara inhalatorului. Inhalatorul include un rezervor sub presiune cu doze bine măsurate în interior. Pentru a folosi un inhalator cu dozimetru trebuie să faceţi două lucruri – să



Pentru a folosi un inhalator cu dozimetru parcurgeți aceste etape:

1. Agitați bine inhalatorul, de vreo 5-6 ori.
2. Atașați pulverizatorul la capătul de cauciuc al inhalatorului. Pulverizatorul este un tub din plastic, cu lungimea de 10-20 cm, care eliberează medicamentul direct în bronșii. El mai funcționează și ca un recipient care nu lasă medicamentul să se piardă în aer. Eliberarea medicamentului în cameră vă dă posibilitatea de a-l inhala mai lent. Aceasta scade cantitatea de medicament care se depozitează în partea din spate a gâtului și crește cantitatea de medicament care ajunge în plămâni. Puteți cumpăra un pulverizator sau puteți să vă faceți unul.
3. Țineți capul drept și așezați-vă corect. Inspirați și expirați normal, apoi țineți-vă respirația pentru o clipă. Nu încercați să evacuați forțat tot aerul din plămâni.
4. Introduceți capătul pulverizatorului în gură.
5. Pe măsură ce inspirați lent pe gură, strângeți cu buzele pulverizatorul, ca și cum ați sorbi o supă fierbinte. Continuați să inhalați și după ce nu-l mai strângeți cu buzele. Continuați să inhalați timp de 5-7 secunde.
6. După ce ați inhalat, scoateți pulverizatorul din gură și țineți-vă respirația cam 10 secunde. Apoi expirați pe nas.
7. Dacă vi s-a spus să luați 2 doze pe zi, respirați normal de 4-5 ori și repetați etapele de la 1 la 6.
8. Faceți gargară cu apă sau spălați-vă pe dinți după utilizarea unui corticosteroid inhalator. Scuipați apa. Aceasta reduce cantitatea de medicament înghițită și absorbită în corp pe cale digestivă. De asemenea, reduce reacțiile adverse ca iritarea gurii și gâtului, și infecția micotică de la nivelul gurii (afte).

împingeți în jos rezervorul și să inhalați medicamentul printr-un tub numit pulverizator. Ideea este să injectați medicamentul în aerul pe care-l inspirați și să trageți ușor în piept acest amestec.

Inhalatorii cu pudră uscată

Inhalatorii cu pudră uscată sunt activați pe cale respiratorie. Medicamentul este eliberat atunci când se inhalează din dispozitiv. Un inhalator cu pudră uscată necesită să vă puneți buzele pe piesa bucală și să inhalați într-un ritm mai rapid decât în cazul inhalatorului cu dozimetru. Unii oameni găsesc că inhalatorii cu pudră uscată sunt mai ușor de folosit decât cei convenționali, cu dozimetru presurizat, deoarece nu mai este necesară coordonarea dintre mână și plămân. Nu trebuie să folosiți pulverizatori în cazul inhalatorilor cu pudră uscată.

Urmați instrucțiunile pentru inhalator și cereți medicului, asistentei sau farmacistei să vă arate. Încercați să folosiți inhalatorul în fața acestor persoane și cereți și alte informații. Apoi exersați în fața oglinzii.

Cine ar trebui să utilizeze un inhalator?

Atât copiii cât și adulții pot folosi un inhalator. În general, copiii de cel puțin 6 ani pot fi instruiți să folosească în mod corect un inhalator, dar chiar și unii copii de 4 ani pot fi capabili să folosească dispozitivul. Părinții ar trebui să-i supravegheze când iau orice medicament.

Pentru persoanele incapabile să folosească un inhalator, se recomandă, în general, un nebulizator. Nebulizatoarele se folosesc cel mai des la sugari, la copiii mici și la persoanele foarte bolnave. Acest dispozitiv include pompă activată de un compresor, care transformă medicamentul într-o ceață care este inhalată.

Inhalatorii: pro și contra

Avantajele inhalatorilor constau în faptul că sunt ușor de transportat și de folosit, și că pot asigură o ameliorare imediată. Dar trebuie folosiți corect pentru a fi eficienți. Lipsa de bunăvoință este problema multor persoane cu astm care utilizează dozimetre pentru controlul bolii pe care o au – fie uită să ia medicamentul prescris, fie folosesc incorect inhalatorul.

Aceasta poate conduce la o altă problemă: persoanele cu astm pot apela prea mult la bronhodilatatoarele cu acțiune de scurtă durată.

Aceste medicamente rapide în acțiune pot ameliora prompt simptomele. Dar ele nu pot înlocui medicația pe termen lung, care ține boala sub control. Doza maximă pe zi de bronhodilatatoare este de 2 pufuri la fiecare 4 sau 6 ore. Dacă îl folosiți mai des pentru a controla simptomele, veți avea nevoie de un program mult mai eficient de medicație preventivă. Folosirea în exces de bronhodilatatoare vă poate expune riscului concentrației toxice a medicamentului, care poate cauza bătăi neregulate ale inimii, mai ales dacă suferiți de o boală de inimă.

Îngrijirea astmului bronșic

Pe lângă medicație, autoîngrijirea este un parametru important în controlul astmului bronșic. Cea mai bună metodă de a depăși anxietatea și sentimentul de neajutorare care însoțesc astmul bronșic este de a lua toate măsurile pentru a reduce riscul unei crize. Încercați să faceți pauze între activități și să vă faceți timp pentru a vă odihni. De asemenea, evitați sau limitați activitățile care par a vă agrava astmul.

Luați-vă măsuri de precauție când faceți mișcare

La multe persoane cu astm, mișcarea poate induce spasm al căilor respiratorii. Aceasta nu înseamnă că ar trebui să eliminați exercițiile fizice din viața dumneavoastră. De fapt, mișcarea regulată vă face bine. Vă ajută să vă păstrați tonusul muscular, ceea ce este important pentru starea dumneavoastră generală de sănătate. Dar luați-vă măsuri de precauție. Faceți mișcare doar în anumite condiții.

- Dacă vă simţiţi bine şi nu sunteţi afectat de vreo răceală sau o altă boală virală.
- Dacă sunteţi bine încălzit. 5-10 minute de încălzire sau de exerciţii uşoare vă pot relaxa şi pot să vă deschidă căile respiratorii.
- Luaţi-vă măsuri de precauţie pentru vremea rece, dacă aţi decis să faceţi mişcare afară şi dacă vremea este potrivită. Aerul rece sau uscat sunt susceptibile să provoace bronhospasm. Cea mai simplă protecţie faţă de frig constă în respiraţia pe nas – pentru a încălzi şi a umidifia aerul care intră în plămâni – precum şi în utilizarea unei eşarfe sau a unui fular. Statisticile recente sugerează că mişcarea făcută în mod repetat pe vreme rece poate agrava astmul bronşic pe termen lung. Mişcarea în aer rece trebuie făcută cu precauţie şi trebuie folosit un tratament preventiv pentru a nu scăpa astmul bronşic de sub control. Ar fi mai bine să alegeţi un tip de mişcare care să poată fi făcut într-o ambianţă mai caldă şi mai umedă, cum ar fi o piscină acoperită.
- Luaţi medicamentele care v-au fost prescrise. Medicul vă poate recomanda să luaţi medicaţia chiar înainte de a face efort, pentru a preveni simptomele de astm.

Dacă apar simptome în timpul efortului, puteţi continua cât timp acestea sunt uşoare. Altfel, faceţi o pauză şi administraţi-vă 2 pufuri din inhalatorul cu bronhodilatator. Dacă simptomele de astm persistă sau se agravează, este mai bine să opriţi exerciţiul.

Dacă aveţi astm, aveţi grijă să discutaţi cu medicul despre felul în care să integraţi mişcarea în stilul dumneavoastră de viaţă. Studiile făcute asupra sportivilor cu astm au arătat că este posibil pentru multe persoane care au astm să participe la orice fel de sport şi la orice nivel de performanţă – chiar la nivel olimpic.

Cunoaştera şi evitarea factorilor declanşatori

Identificaţi ceea ce vă declanşează astmul bronşic. Aceasta poate fi una dintre cele mai importante metode de a vă controla viaţa. Mai bine de 2 000 de iritanţi de interior pot declanşa o criză. Factorii declanşatori frecvenţi sunt fumul de ţigară, praful de casă şi animalele de casă. Factorii de exterior sunt polenul, mucegaiul şi aerul rece.

Pentru a reduce expunerea la factorii declanşatori ai astmului bronşic şi a scădea probabilitatea unei crize, luaţi unele măsuri de precauţie.

- Evitaţi toate tipurile de fum, inclusiv fumul de şemineu sau de frunze uscate. Fumul irită ochii, nasul şi bronşiile. Dacă aveţi astm, nu ar trebui să fumaţi şi nici să staţi în preajma unui fumător.
- Deoarece gripa poate declanşa o criză severă de astm, vaccinaţi-vă anual contra gripei, exceptând cazul în care aveţi o reacţie alergică la ouă, care sunt folosite în prepararea vaccinului. Vaccinul nu vă va proteja de răceli banale, care, de asemenea, pot declanşa o criză. Pentru a evita răceala, spălaţi-vă mâinile frecvent şi cu grijă.
- Dacă sunteţi alergic la polen, folosiţi un aparat de aer condiţionat şi ţineţi ferestrele şi uşile închise în sezonul polenului. Aceasta va ajuta la scăderea riscului unei crize din cauza expunerii la polenul din aer.
- Evitaţi folosirea lentilelor de contact. Încercaţi să înlocuiţi lentilele de contact cu ochelari atunci când polenul este în cantitate mare. Granulele de polen se pot prinde sub lentilele de contact.
- Ataşaţi un recipient de microfiltrare cu recirculare sau un filtru electrostatic la aspiratorul dumneavoastră dacă sunteţi alergic la praf. De asemenea, ataşaţi un filtru eficient pentru praf la sistemul de ventilaţie, chiar dacă este costisitor şi nu şi-a vădit eficienţa.
- Menţineţi o umiditate optimă în casă şi la serviciu – 40-50% - pentru a reduce expunerea la germenii din praf, care se înmulţesc în condiţii de umezeală şi căldură. Dacă trăiţi într-o zonă caldă, vorbiţi cu medicul despre posibilitatea folosirii unui deumidificator.
- Decontaminaţi-vă ambientul. Pentru a reduce praful care vă poate agrava noaptea simptomele,

MEDICINĂ COMPLEMENTARĂ



Deşi sunt necesare mai multe cercetări, unele studii arată că vitamina C poate îmbunătăţi funcţia pulmonară şi poate ajuta la prevenirea brohospasmului indus de efort. Manganul şi magneziul pot şi ele să ajute la controlul astmului bronşic.

Experienţa prezintă acupunctura ca o terapie complementară ce poate fi de folos în prevenirea crizelor de astm. Cercetătorii mai au încă de determinat felul în care acupunctura poate fi utilă. O teorie este că stimulează eliberarea anumitor substanţe chimice, de exemplu peptidul vasoactiv intestinal, o substanţă care acţionează ca bronhodilatator. Unele studii sugerează că introducerea unor ace de acupunctură în puncte speciale din peretele toracic poate duce la scăderea rezistenţei căilor respiratorii, ca şi la reducerea consistenţei sputei (viscozităţii) şi la ameliorarea somnului. Reacţiile adverse ale acupuncturii sunt rare, dar pot apărea. Boli infecţioase, ca hepatita B, pot fi transmise prin ace incorect sterilizate.

Este bine ca de fiecare dată când doriţi să încercaţi o nouă terapie să discutaţi cu medicul dumneavoastră. Şi nu înlocuiţi niciodată un tratament verificat, cum ar fi medicamentele, cu un tratament neverificat.

Desensibilizarea şi astmul bronşic

La persoanele care au atât astm cât şi alergii, evitarea factorilor declanşatori şi luarea medicamentelor nu sunt suficiente pentru controlul simptomelor. Desensibilizarea (imunoterapia cu alergeni) poate constitui o opţiune. În acest tratament, cantităţi minime de substanţe la care sunteţi alergic vă sunt injectate sub piele. Substanţa este injectată gradat, în doze tot mai mari, timp de câteva luni, pentru a vă creşte treptat toleranţa la ea. În unele cazuri, imunoterapia poate ajuta la prevenirea inflamaţiei căilor respiratorii şi a altor simptome care rezultă în urma contactului cu alergenul. Imunoterapia pare a acţiona mai bine în cazul alergiilor la germeni din praf, la polen şi păr de pisică.

Reacţiile adverse severe ale imunoterapiei sunt rare, dar pot apărea. Ca o precauţie, medicul vă poate recomanda să rămâneţi un timp în sala de aşteptare după ce aţi fost injectat. O reacţie adversă, dacă se produce, de obicei apare cam la 30 de minute de la injecţie.

acoperiţi saltelele, pernele şi somierele cu huse protectoare antipraf, care pot fi înlocuite şi curăţate frecvent. Evitaţi folosirea de lucruri pe care se depozitează praful, cum ar fi dantelele şi draperiile. Înlocuiţi saltelele făcute din puf, bumbac sau burete cu un material sintetic (Dacron). Spălaţi săptămânal, cu apă fierbinte, cearşafurile, feţele de pernă şi husele saltelelor. Înlocuiţi la 2-3 ani pernele sintetice.

- Menţineţi curat aerul din casă. Cereţi companiei producătoare să vă verifice instalaţia de aer condiţionat conform cu instrucţiunile de fabricare. Dacă folosiţi un umidificator, schimbaţi-i apa zilnic.
- Evitaţi activităţile care produc praf. Dacă nu se poate, folosiţi o mască protectoare, care se găseşte în farmacii şi în magazine cu articole de menaj. De asemenea, evitaţi activităţile care vă expun la factori declanşatori ai astmului bronşic, cum ar fi vaporii de vopsea sau rumeguşul.
- Reduceţi contactul cu animale. Dacă sunteţi alergic la animale, evitaţi animalele cu blană sau pene. Spălarea sau curăţarea regulată a animalelor de casă poate reduce cantitatea de păr din jurul dumneavoastră.
- Faceţi curat în mod regulat. Faceţi curăţenie în casă cel puţin o dată pe săptămână. Deoarece curăţenia ridică praful, purtaţi o mască pentru praf sau puneţi pe altcineva să vă facă menajul.
- Reduceţi stresul şi oboseala.
- Unii adulţi cu astm au crize puternice după ce iau medicamente antiinflamatoare nesteroidiene (AINS), cum ar fi aspirină sau ibuprofen (Advil, Motrin etc.). Ar fi bine să evitaţi să luaţi medicamente fără prescripţie pentru răceală sau contra durerii, care conţin aceste substanţe.
- La unele persoane, sulfiţii pot declanşa o criză de astm. Sulfiţii se găsesc în mai multe alimente şi băuturi, cum ar fi vin, bere, fructe proaspete şi deshidratate, fructe de mare şi unele băuturi răcoritoare. Dacă aveţi o reacţie la sulfiţi, întrebaţi atunci când luaţi masa în oraş dacă există sulfiţi în mâncare. Când sunteţi acasă, verificaţi pe etichetele produselor termeni ca bisulfit de sodiu, bisulfit de potasiu, dioxid de sulf şi metabisulfit de potasiu.

Controlaţi-vă respiraţia

Puteţi recunoaşte cu uşurinţă semnele unei crize cum ar fi tusea, wheezing-ul sau scurtarea respiraţiei. Dar funcţia pulmonară poate slăbi înainte să puteţi observa simptomele. De aceea, este important să vă măsuraţi debitul respirator maxim cu ajutorul unui peak flowmeter de casă.

Dacă aveţi astm sever, medicul vă poate recomanda o determinare a debitului respirator maxim cel puţin o dată pe zi. La fel ca şi termometrul sau tensiometrul, peak flowmeter-ul vă evaluează obiectiv starea. Acest dispozitiv poate fi dispozitivul dumneavoastră de avertizare pentru astm. Un peak flowmeter măsoară ritmul în care expiraţi aerul. Nu inspiraţia, ci expiraţia este afectată cel mai mult în inflamaţia căilor respiratorii din astm. O valoare mai mică decât normalul poate fi un semn de averitzare pentru o criză.

Medicul vă poate da indicaţii speciale despre felul în care să faceţi faţă unei scăderi a valorilor normale. Dacă aveţi astm foarte sever, se poate să aveţi nevoie să utilizaţi peak flowmeter-ul de mai multe ori pe zi.

Faceţi un plan de acţiune

Consideraţi-l pe medicul dumneavoastră ca partener în îngrijirea astmului bronşic de care suferiţi. Împreună cu el şi cu alţi membri ai echipei care vă îngrijeşte, puneţi la punct un plan pentru administrarea de medicamente de îngrijire continuă a astmului bronşic şi de medicamente pentru o criză de astm. Apoi, respectaţi acest plan.

Astmul bronşic este o afecţiune permanentă, care necesită monitorizare regulată şi tratament. De asemenea, administrarea sub control a tratamentului poate să vă facă să vă simţiţi mai stăpân pe viaţa dumneavoastră. Urmaţi acest plan cât timp este eficient. Dacă aveţi probleme, contactaţi medicul pentru instrucţiuni suplimentare.

Fiţi atent la simptome

Fiţi conştient de simptomele care, în general, preced o criză de astm şi reacţionaţi la ele atunci când apar. Nu aşteptaţi să apară wheezing-ul. Poate dispărea dacă fluxul respirator este restricţionat sever. Apelaţi la îngrijirea de urgenţă în următoarele situaţii:

- când respiraţia devine dificilă şi gâtul, pieptul sau coastele se trag la fiecare respiraţie;
- când aripile nasului se zbat;
- când vorbitul sau mersul devin dificile;
- când unghiile sau buzele devin albastre;
- când debitul respirator maxim, măsurat cu un peak flowmeter, scade la jumătate din nivelul normal sau nu se ameliorează după ce aţi luat medicamente.

Trataţi imediat crizele de astm

Dacă acţionaţi rapid, este puţin probabil să aveţi o criză severă de astm. Şi nu veţi mai avea nevoie de multe medicamente ca să controlaţi simptomele. Atunci când măsurătorile cu ajutorul peak flowmeter-ului vă anunţă o criză, luaţi medicaţia care vi s-a spus şi opriţi imediat orice acţiune care ar putea declanşa criza. Dacă simptomele nu se ameliorează, apelaţi la ajutorul medical aşa cum aţi fost instruit.

Copiii şi astmul bronşic

În SUA aproape 5 milioane de persoane sub 18 ani au astm. Mult mai mulţi au probabil astm nediagnosticat. Cu un tratament eficient, mulţi copii cu astm se pot bucura de diverse activităţi, inclusiv exerciţii fizice şi sport. În multe cazuri, simptomele lor se reduc cu vârsta.

Urmaţi un plan de tratament

Puneţi la punct împreună cu medicul copilului un plan de tratament. Cele 2 obiective sunt:

- scăderea frecvenţei şi severităţii episoadelor astmatice;
- controlul stării pentru a permite o desfăşurare normală a vieţii.

Planul terapeutic al copilului poate include mai multe strategii:

- medicamente;
- evitarea factorilor declanşatori ai astmului bronşic;
- utilizarea zilnică a unui peak flowmeter;
- desensibilizare.

Încurajaţi copiii

Atitudinea poate fi deosebit de importantă. Copiii cu astm pot fi preocupaţi de ceea ce nu pot face. Ajutaţi-i să se concentreze pe ceea ce pot face – şi pe felul în care pot controla astmul bronşic. Încurajaţi-i şi susţineţi-i.

Fiţi pregătit pentru o criză

O criză de astm poate fi un moment dificil pentru dumneavoastră şi copil. Tocmai de aceea este necesar să fiţi pregătit pentru a face faţă situaţiei. Medicul vă poate ajuta să puneţi la punct un plan de acţiune în cazul unei crize de astm. Acest plan vă va ajuta să nu intraţi în panică atunci când se produce o criză.

Copii ale planului trebuie păstrate în locuri accesibile în orice moment. Asiguraţi-vă că atât copilul cât şi persoanele care au grijă de el (bunicii, baby-sitter şi profesorii) ştiu unde este pus planul respectiv. De asemenea, ţineţi copii ale planului în portofelul sau borseta dumneavoastră, în maşină sau în gentuţa copilului în cazul în care criza de astm survine în afara casei. Deşi planul diferă de la copil la copil, ar trebui să conţină numărul de telefon al medicului şi aceste informaţii de bază:

- *semnale de alarmă* - simptomele şi valorile debitului respirator maxim care adesea anunţă o criză;
- *cum să procedaţi acasă în cazul unei crize*: medicamentele care trebuie folosite în timpul unei crize de astm, unde sunt puse şi cum să fie folosite;
- *indiciile unei crize de astm severe*; informaţiile necesare pentru a decide dacă eventual copilul necesită îngrijire medicală; lista de criterii pentru a determina cât de dificil respiră copilul. Notaţi ce doză de medicament se indică într-o criză severă. Citiţi instrucţiunile de utilizare a medicamentelor care sunt făcute special pentru tratarea unei crize severe de astm.
- *ce este de făcut într-o urgenţă*; semnalele de alarmă ale unei crize de astm ameninţătoare pentru viaţă, numărul de telefon al Salvării şi adresa celui mai apropiat spital.

Dacă aveţi îndoieli cu privire la gravitatea simptomelor copilului, este mai bine să vă asiguraţi decât să greşiţi. Chemaţi medicul. Nu contează dacă l-aţi chemat degeaba. Tratamentul de succes al crizelor de astm depinde de recunoaşterea simptomelor şi de intervenţia precoce.

Colaboraţi cu personalul şcolii

Orice părinte care are un copil cu astm se confruntă cu dilema cu privire la felul în care să ajute copilul să controleze astmul bronşic la şcoală. Potrivit *American Lung Association*, astmul bronşic determină cam 10 milioane de absenţe la şcoală în fiecare an. Aceasta face din astm cauza numărul 1 a absenteismului şcolar datorat bolilor cronice. Puteţi să vă ajutaţi copilul să nu intre în această statistică. Puneţi la punct un sistem de detectare a felului în care copilul a avut grijă de astmul său bronşic la şcoală.

Prezentaţi planul de tratament al copilului

Prezentaţi acest plan al tratamentului copilului tuturor adulţilor care interacţionează regulat cu el:

- dirigintele;
- asistenta medicală de la şcoală;



Pentru a utiliza un peak flowmeter, urmaţi aceşti paşi:

1. montaţi piesa bucală la peak flowmeter;
2. puneţi indicatorul la baza scalei gradate;
3. trageţi aer adânc în piept şi suflaţi cât de tare şi de repede puteţi – ca şi cum aţi vrea să stingeţi o lumânare aflată la vreo 2 m distanţă – cu buzele strânse în jurul piesei bucale;
4. notaţi valoarea indicatorului. Acesta este debitul dumneavoastră respirator maxim;
5. mişcaţi indicatorul la baza scalei gradate şi repetaţi testul de încă 2 ori;
6. notaţi cea mai mare valoare din cele 3 teste.

Copiii și corticosteroizii

De câțiva ani, Administrația pentru Alimente și Medicamente din SUA a cerut producătorilor de medicamente să scrie pe etichetele corticosteroizilor faptul că reduc ritmul creșterii la unii copii. Înseamnă aceasta că nu este bine pentru un copil să ia un corticosteroid inhalator sau intranazal?

Corticosteroizii inhalatori sau administrați intranazal rămân, prin consensul specialiștilor, cea mai bună și mai eficientă medicație din astm. Majoritatea medicilor continuă să recomande aceste medicamente pentru mulți, dacă nu chiar pentru marea majoritate a persoanelor cu astm.

Folosirea corticosteroizilor poate reduce ritmul creșterii la unii copii. Nu se poate prevedea cu exactitate care copil va fi afectat. Studiile nu arată foarte clar dacă încetinirea creșterii în greutate este permanentă sau dacă, mai târziu, copiii afectați îi „prind din urmă pe ceilalți".

Astmul bronșic este o boală cronică debilitantă și chiar amenințătoare de viață. Pentru copiii cu astm, beneficiile corticosteroizilor inhalatori depășesc cu mult potențialul risc de reducere a ritmului creșterii.

Pentru a scădea eventualele reacții adverse, este important să folosiți cu prudență corticosteroizii inhalatori sau intranazali. Iată câteva lucruri importante de reținut atunci când copilul dumneavoastră ia aceste medicamente:

- Urmați cu grijă instrucțiunile.
- Împreună cu medicul, determinați în timp care este cea mai mică doză de corticosteroid inhalator sau intranazal care poate trata alergiile sau astmul bronșic al copilului dumneavoastră.
- Discutați cu medicul alte opțiuni. Exsită și alte medicamente pentru alergii și astm. Dar și ele pot avea reacții adverse și să nu ofere aceleași avantaje ca ale corticosteroizilor inhalatori sau intranazali.
- Vorbiți cu medicul înainte de a înterupe corticosteroizii inhalatori sau intranazali. Oprirea bruscă a medicației fără o urmărire serioasă poate afecta sever sănătatea copilului.
- Asigurați-vă că medicul urmărește creșterea copilului.

- specialiștii ca profesori de muzică, de arte plastice sau de sport;
- specialiștii în consiliere;
- antrenorii.

Întâlniți-vă cu profesorii copilului și cu restul personalului școlar încă din primii ani de școală. Descrieți toate medicamentele pe care le ia copilul, cum sunt administrate și ce reacții adverse au. Explicați felul în care copilul se comportă într-o criză de astm. În final, lăsați un număr de telefon unde puteți fi găsit când copilul este la școală.

Stabiliți o medicație de luat la școală

Copilul dumneavoastră ar trebui să ia medicamente cu el la școală. Stabiliți cu copilul dumneavoastră să-și ia zilnic medicația, fără nici o întrerupere.

Întâlniți-vă cu profesorul de educație fizică

Flexibilitatea este cuvântul cheie în educația fizică. Cereți medicului să scrie un bilet către profesorul de educație fizică al copilului dumneavoastră. Acest bilet poate include recomandări pentru cele mai adecvate exerciții și explicarea simptomelor de astm ale copilului, precum și planul de îngrijire al astmului bronșic.

Evaluați mediul de la școală

Verificați dacă sălile de clasă în care învață copilul dumneavoastră sunt cât de cât curățate de praf, de mucegai și de mirosuri chimice cum ar fi cele de lipici și vopsea. Hamsterii, porcii de Guineea și alte animale în clasă pot, de asemenea, să ridice probleme. Puteți cere să se facă o schimbare în clasa în care învață.

Supravegheați învățatul copilului dumneavoastră

Cereți profesorilor copilului să ia legătura cu dumneavoastră dacă are dificultăți în a fi atent sau în a face ce i se spune, și interveniți prompt la orice scădere a notelor. Pot fi de vină simptomele din astm sau medicația.

Evaluați rezultatele

Observați simptomele copilului. Dacă sesizați o schimbare, consultați medicul.

Alergiile cutanate

Majoritatea americanilor prezintă reacții cutanate la un moment dat în viață. Cea mai frecventă sensibilitate este la plante ca iedera otrăvitoare, stejarul otrăvitor sau oțetarul otrăvitor. La persoanele sensibile la aceste plante, contactul cu iritanții din ele produce o erupție pruriginoasă, uneori cu vezicule. Multe alte substanțe pot produce alergii ale pielii.

Dermatita de contact

Semne și simptome

- Erupție pruriginoasă alcătuită din mici proeminențe, bășicuțe sau umflături
- Senzație de arsură în ochi sau în mucoase

În fiecare an, milioane de persoane suferă de dermatită de contact, o iritație a pielii cauzată de contactul direct cu anumite plante, cosmetice, chimicale, metale, medicamente sau adezivi. Dermatita de contact este o reacție de hipersensibilitate produsă de celulele imune din piele.

Cei mai cunoscuți iritanți sunt:

- rășinile de iedera otrăvitoare, stejar otrăvitor și oțetarul otrăvitor;
- para-fenilendiamina, folosită în vopseaua pentru păr și pentru blănuri, la prelucrarea pielii, la fabricarea cauciucului și în tipografie;
- compușii cu nichel, adesea utilizați în fabricarea bijuteriilor și a ceasurilor de mână;
- compușii din cauciuc, inclusiv latexul;
- etilendiamina, un conservant din cremele pentru piele și din soluțiile oftalmice;

- bicromaţii, folosiţi în coloranţii textili, în vopseluri şi la prelucrarea pielii;
- formaldehida, găsită în produse cum ar fi coloranţii pentru imprimeuri textile, substanţe pentru lustruire, tencuieli, hârtie, carpete, izolaţiile cu spumă şi materiale de construcţie şi mobilier.

Diagnostic

În dermatita de contact apare o erupţie care, în general, se dezvoltă în 2 zile de la expunerea la alergen. La persoanele cu sensibilitate mare la alergen, poate apărea doar în câteva ore.

Zona afectată se înroşeşte, se umflă şi se formează mici vezicule pruriginoase. Acestea se umplu întâi cu lichid clar, apoi se sparg, lăsând să se vadă o piele susceptibilă la infecţii bacteriene. Mâncărimea poate fi de la minimă la severă. Erupţia atinge maximum după 5 zile, în general, şi dispare cam în 1-2 săptămâni. În cazul formaldehidei, poate apărea o senzaţie arzătoare la ochi şi pe mucoasele nazală, bucală, faringiană sau oculară.

Cât de gravă este dermatita de contact?

Dermatita de contact este iritativă. Produce durere şi disconfort, iar veziculele se pot infecta. Poate fi debilitantă o vreme, dar nu are efecte de lungă durată.

Tratament

Pruritul poate fi ameliorat prin aplicarea unei paste făcute din apă şi bicarbonat de sodiu sau sare, sau a unei loţiuni calmante ori a unei creme cu hidrocrotizon, eliberată fără prescripţie, pentru erupţii. Unele pesoane sunt sensibile la agenţi din anumite creme şi loţiuni, care le agravează starea. Nu puneţi alcool pe erupţie, deoarece poate agrava pruritul. Acoperiţi veziculele deschise cu pansament steril pentru a preveni infecţia. Cremele şi loţiunile nu ajută prea mult dacă veziculele sunt deschise, dar pot fi folosite de îndată ce acestea se vindecă. Încercaţi să nu vă scărpinaţi.

În cazul dermatitei de contact severe în zone sensibile, cum ar fi faţa, ochii sau organele genitale, consultaţi medicul. Acesta vă poate prescrie un antihistaminic, un unguent cu un cortizon mai puternic sau un medicament oral cu cortizon.

Prevenire

Evitarea este cea mai bună metodă de a preveni dermatita de contact. Alergenii nu sunt totdeauna uşor de detectat în substanţele folosite în casă, dar plantele periculoase pot fi. Învăţaţi să recunoaşteţi plantele care ridică probleme şi să le evitaţi sau să purtaţi haine care să vă protejeze.

Dacă sunteţi alergic la o substanţă chimică precum formaldehida, luaţi măsuri de evitare a expunerii la ea. De exemplu, spălaţi toate hainele noi care au imprimeuri de câteva ori înainte de a le îmbrăca şi evitaţi spuma izolatoare cu formaldehidă în casa dumneavoastră. În cazul sensibilităţii la nichel, purtaţi aur pur (nu podoabe suflate cu aur) şi bijuterii din argint de calitate.

? Întrebare şi răspuns

Am auzit discuţii în contradictoriu despre umidificatoarele de casă. O persoană cu astm ar trebui să folosească un umidificator?

Este o întrebare bună, la care este dificil de răspuns. Pe de o parte, umiditatea mare în interior poate face să se dezvolte mucegaiul şi germenii din praf – ambii fiind factori declanşatori ai astmului bronşic şi ai simptomelor alergice. În plus, umidificatoarele pot fi o sursă de fungi şi bacterii care se dezvoltă în aer. Pe de altă parte, umiditatea scăzută, de asemenea, poate agrava uscăciunea nazală şi tusea – mai ales la persoanele care sunt răcite, au gripă sau crup.

Cel mai bun sfat este să folosiţi cu precauţie umidificatoarele. Menţineţi o umiditate în interior care să nu depăşească 50%. Curăţaţi umidificatorul în mod regulat, urmând instrucţiunile. Evitaţi folosirea umidificatorului în perioada în care cineva din casă este răcit, are gripă sau crup.

Eczema

Semne şi simptome

- Prurit persistent, extrem
- Zone de piele îngroşată

Eczema, numită şi dermatită atopică, apare, de obicei, la sugari şi copii, deşi poate apărea şi la alte vârste. Aproximativ 70% dintre persoanele cu eczemă au istoric familial de această boală. Pe lângă aceasta, 40-60% dintre indivizii cu eczemă au alergii respiratorii ca febra de fân şi astmul bronşic.

Diagnostic

Eczema constă din zone de piele uscată, foarte pruriginoasă, îngroşată. În mod specific, afectează pielea din spatele genunchilor şi din pliurile coatelor. Pruritul este persistent, persoana afectată scărpinându-se înnebunitor. Sugarii şi copiii care au această afecţiune transpiră mai mult decât normal, au pielea uscată cu o tendinţă mai mare decât în mod normal de a fi pruriginoasă. Cei mai mulţi sugari cu eczemă provin din familii în care există şi alţi membri cu boli corelate cu alergia, cum ar fi febra de fân sau astmul bronşic.

Copiii se vindecă, în general, pe la vârsta de 6 ani, deşi la unii indivizi, ameliorarea nu survine nici până la pubertate sau vârsta adultă.

Cât de gravă este eczema?

Eczema este supărătoare, dar la cei mai mulţi oameni este o problemă trecătoare. Unele persoane pot prezenta eczemă severă.

Tratament

În principal, constă în folosirea de creme, loţiuni sau antihistaminice. Scopul este de a stopa pruritul intens, deoarece duce la scărpinat şi devine şi mai intens.

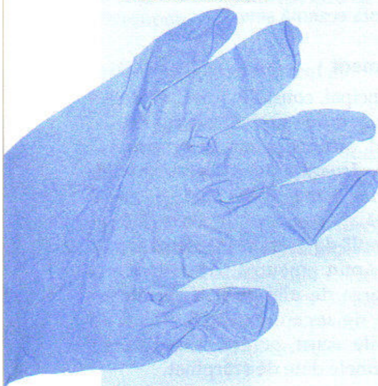
Îmbăiaţi copiii puţin timp, nu mai mult de 3 ori pe săptămână, cu săpun neutru, neiritant. Utilizarea de ulei de baie fereşte pielea de uscare excesivă. Tăiaţi unghiile scurt pentru a reduce problemele date de scărpinat.

Alergia la latex

Reacţia alergică la latex – o substanţă din multe produse de îngrijire a sănătăţii şi de larg consum – a devenit tot mai frecventă. Latexul este un produs elastic natural derivat din seva lăptoasă a arborelui de cauciuc. Este prezent în mănuşile chirurgicale, în dispozitivele pentru perfuzii intravenoase şi în aparatele de asistare a respiraţiei, precum şi în multe alte produse medicale şi dentare. Multe produse de larg consum conţin latex, de exemplu prezervativele, diafragmele, mănuşile de cauciuc, mingile şi anvelopele.

Reacţiile la latex pot fi de 2 tipuri: 1. o erupţie cutanată (dermatita de contact). Este adesea prezentă la persoanele care poartă mănuşi de cauciuc şi se aseamănă cu erupţia care apare pe piele de la iedera otrăvitoare. Acest tip de răspuns alergic, în general, nu este o reacţie la latex, ci la aditivii chimici folosiţi în fabricarea produselor de latex. 2. O reacţie alergică clasică, ce poate fi mult mai serioasă. În acest caz, alergenii sunt chiar proteinele din latex. Semnele şi simptomele includ urticarie, febră de fân, secreţie nazală abundentă şi altele asociate cu astmul bronşic ocupaţional (vezi pag. 533).

Cea mai bună metodă de tratament este evitarea latexului sau reducerea expunerii la el cât mai mult cu putinţă. Dacă bănuiţi că aveţi o alergie la latex, mergeţi la un alergolog ca să verificaţi. Un istoric medical şi testele alergice pot depista sensibilitatea dumneavoastră la latex.



Folosiţi creme şi loţiuni pentru a păstra pielea hidratată. Pentru a reduce inflamaţia şi pruritul, aplicaţi o cremă sau un unguent cu corticosteroid. Dacă aceasta nu ajută, medicul v-ar putea prescrie un antihistaminic.

Dacă afecţiunea durează de luni sau ani, poate îngroşa pielea, care devine pergamentoasă – proces numit lichenificare. În asemenea situaţii, medicul vă recomandă unguente care conţin gudron de cărbune, un lichid gros care se obţine din distilarea cărbunelui. Gudronul de cărbune conţine substanţe chimice cu posibil efect terapeutic, dar poate murdări şi poate avea miros neplăcut.

Prevenire

Evitaţi transpiraţia şi supraîncălzirea, care sunt factorii declanşatori cei mai cunoscuţi ai eczemei. Deşi alergenii nu pot produce direct eczemă, ei pot declanşa o criză.

Alergenii inhalatori, ca polenul, germenii din praf sau părul de animal sunt deosebit de periculoşi. Aerul uscat, de asemenea, poate irita eczema, aşa că puteţi să vă gândiţi la folosirea unui umidificator în casă în perioada uscată a anului.

Urticaria şi angioedemul

Semne şi simptome

Urticaria

- Dungi ridicate, roşii şi adesea pruriginoase de diferite mărimi care apar şi dispar aleator pe suprafaţa pielii
- Apariţia de dungi pe zona pruriginoasă (dermatografism)

Angioedemul

- Dungi late pe suprafaţa pielii, mai ales în jurul ochilor şi buzelor, dar şi pe mâini şi picioare, precum şi în gât.

Aproximativ 20% dintre oameni au urticarie la un anumit moment în viaţă. Denumirea provine din cuvântul latin „urtica" (urzică). Urticaria apare, de obicei, mai degrabă în buchet decât izolat, şi poate dura câteva minute sau câteva zile. Urticaria apare pe suprafaţa pielii. Angioedemul este o umflătură asemănătoare care survine mai profund în piele.

Se consideră că urticaria şi angioedemul rezultă în urma eliberării de histamină sau de alte substanţe chimice în circulaţia sangvină. Cauza acestei eliberări este necunoscută, deşi au fost depistate o serie de substanţe care ar declanşa urticaria, cum ar fi alimentele, polenul, părul de animale, latexul, veninul de insecte, infecţiile, boala, frigul, căldura, lumina şi tulburările emoţionale. Ca şi în cazul multor alergii, ereditatea poate juca un rol important în apariţia urticariei şi a angioedemului.

Alimentele care pot produce urticarie sunt scoicile, peştele, nucile, ouăle şi laptele. Au mai fost incriminate penicilina şi aspirina. Unii oameni fac urticarie în urma contactului cu polen şi păr de animal.

Diagnostic

Principalul semn al urticariei şi al angioedemului îl constituie umflarea pielii sub formă de dungi roşii. În cazul urticariei, dungile sunt pe suprafaţa pielii. Ele sunt adesea intens pruriginoase.

În cazul angioedemului, dungile sunt mai profunde şi apar mai ales în jurul ochilor şi gurii, făcându-i să pară umflaţi. Dungile pot să mai fie şi pe mâini şi picioare, deşi mai puţin frecvent.

Pentru a determina cauza afecţiunii, medicul vă poate cere să faceţi un istoric amănunţit al expunerii la posibili alergeni în ultimele 2 – 4 săptămâni şi o relatare a locului unde apare urticaria.

Deoarece urticaria şi angioedemul pot fi declanşate de diverşi factori şi pentru că sunt exacerbate de stres şi alte emoţii, uneori este imposibil să se determine cauza.

Cât de grave sunt urticaria şi angioedemul?

Urticaria şi angioedemul sunt, în general, lipsite de pericol. Ele nu lasă semne în timp şi uneori produc doar câteva simptome.

Lăsaţi în pace frunzele în grupuri de câte trei

Expresia „Lăsaţi în pace frunzele în grupuri de câte trei" este cunoscută de mulţi şi pe bună dreptate. Anumite frunze de plante, mai ales de iederă otrăvitoare şi de stejar otrăvitor, sunt cele mai cunoscute a produce dermatita de contact.

Oţetarul otrăvitor, care are cele mai multe frunze, este şi el ştiut ca agresor. 4 din 5 americani sunt sensibili într-o anumită măsură la aceste plante. Substanţa care face probleme este în cazul fiecărei plante o răşină uleioasă numită urushiol.

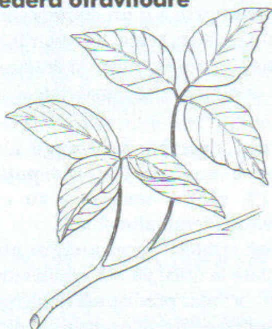
Reacţia la urushiol apare atunci când o persoană sensibilă vine în contact cu răşina plimbându-şi mâna printre frunzele plantei sau atingând o haină sau blana unui animal care au fost în contact cu planta.

Este necesară doar o cantitate mică de urushiol pentru a produce reacţia, dar contactul este esenţial. Răşina se poate împrăştia prin frecare pe orice altă parte a pielii, înainte de a fi îndepărtată complet prin spălare.

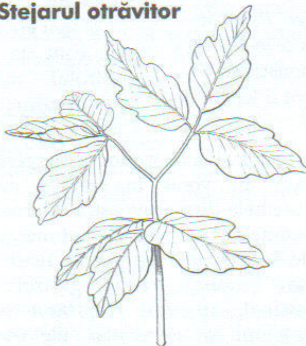
Dacă veniţi în contact cu o plantă otrăvitoare, eliminarea completă a răşinii nocive prin spălare cu săpun timp de 5-10 minute de la expunere poate ajuta la evitarea unui episod de dermatită de contact.

Nu încercaţi să o îndepărtaţi prin îmbăiere, deoarece aceasta poate răspândi răşina în alte părţi ale corpului. Înlăturaţi-o cu grijă şi spălaţi hainele, podoabele, încălţămintea şi şireturile care ar fi putut veni în contact cu răşina.

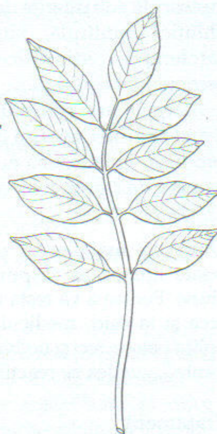
Iedera otrăvitoare



Stejarul otrăvitor



Oţetarul otrăvitor



Iedera otrăvitoare poate fi o plantă târâtoare, un arbust sau o plantă căţărătoare. Frunzele ei sunt de formă elipsoidală şi cresc în grupuri de trei pe o tulpină.
Stejarul otrăvitor poate creşte ca o plantă târâtoare sau un arbust. Frunzele lui, care seamănă cu acelea ale stejarului obişnuit, de asemenea cresc în grupuri de câte trei pe tulpină.
Oţetarul otrăvitor poate fi un arbust sau un copac. Are două rânduri de frunze pe fiecare tulpină şi o altă frunză în vârf. Marginile netede ale frunzelor îl deosebesc de speciile de oţetar obişnuit cu care este înrudit.

Dar când angioedemul afectează gâtul sau limba, poate obstrucţiona căile aeriene şi poate deveni ameninţătoare pentru viaţă.

Pe lângă aceasta, angioedemul ereditar, o formă rară de boală, este mult mai supărător şi poate fi deosebit de periculos. Rezultă dintr-o tulburare a unei proteine din sânge care implică răspunsul sistemului imunitar. Simptomele acestei afecţiuni includ o tumefacţie nepruriginoasă, posibil asociată cu crampe abdominale şi diaree.

Tratament

Tratamentul standard pentru urticarie şi angioedem este un antihistaminic. În cazuri mai severe, se pot utiliza alte medicamente, cum ar fi o injecţie cu adrenalină (epinefrină). Uneori, medicii prescriu un medicament corticosteroid. Pentru a preveni urticaria şi angioedemul, evitaţi substanţe cunoscute ca declanşatoare de reacţii alergice.

Reacţii la căldură, frig sau la lumină

Semne şi simptome

- Erupţie
- Dungi ca în urticarie care apar în urma expunerii la căldură, la frig, la soare sau la scărpinat.

Semne şi simptome de alarmă

Semnele şi simptomele de urgenţă pot rezulta în urma imersiei în apă rece. Acestea includ:

- Crampe musculare
- Vărsături
- Leşin

Una dintre cele mai enigmatice reacţii alergice este aceea la stimuli fizici, cum ar fi presiune, căldură, frig, lumină artificială şi solară. Persoanele care prezintă acest tip de răspuns au, în multe cazuri, o piele sensibilă. Uneori, numai frecarea pe piele a unui obiect neted produce o umflătură în câteva minute.

Diagnostic

Semnele şi simptomele includ mici umflături care pot rezulta ca răspuns la efort fizic intens, la un duş fierbinte, la stres emoţional sau la încălzirea părţilor corpului care au fost expuse la aer rece.

Vă simţiţi de parcă aţi fi alergic la aproape toate lucrurile?

La majoritatea persoanelor, reacţiile alergice derivă din sensibilitatea la agenţi specifici, ca polen sau mucegai. Unii oameni, totuşi, simt că sunt alergici la aproape orice se află în jurul lor. Mirosurile puternice, gazele de eşapament, covoarele noi, fumul de ţigară, solvenţii, obiectele din plastic, formaldehida şi pesticidele sunt printre iritanţii amintiţi cel mai des că ar produce diverse simptome.

Aceşti indivizi pot avea ameţeli, dificultăţi de concentrare, cefalee, dureri articulare, pierderi de memorie sau intoleranţă la căldură. Starea este cunoscută sub diferite denumiri cum ar fi sensibilitate chimică multiplă, sindromul alergic total sau intoleranţe idiopatice ambientale – termen recomandat de OMS.

Alergiile nu constituie cauza acestor simptome. S-au emis diferite teorii cu privire la ceea ce le-ar putea produce, dar nici una nu a putut fi demonstrată. Unii oameni de ştiinţă cred că simptomele pot fi legate de o imunodeficineţă. Alţii consideră că se pot datora hipersensibilităţii imunologice, hiperstimulării centrului olfactiv (al mirosului) din creier, afectării ţesuturilor, depresiei sau unei tulburări anxioase. Aproape 1/2 dintre persoanele cu intoleranţe idiopatice ambientale au şi depresie sau anxietate. Nu se poate spune cu certitudine dacă acestea produc starea sau mai degrabă sunt asociate cu ea.

Persoanele cu intoleranţe idiopatice ambientale se simt frustrate atunci când medicii nu pot găsi o cauză fizică a simptomelor lor şi, adesea, apelează la alţi specialişti din domeniul sănătăţii pentru găsirea unei explicaţii a bolilor lor. Unii adoptă măsuri extreme care sunt costisitoare şi le afectează stilul de viaţă. Acestea pot fi părăsirea slujbelor pentru a se muta la munte, locuirea într-o casă care să nu aibă nici un material sintetic sau consumul doar de hrană organică. În ciuda acestor metode, în puţine cazuri simptomele dispar pentru totdeauna.

Cel mai eficient tratament pare a fi un demers care ţine cont de mai mulţi factori, care se referă la controlul – nu vindecarea – simptomelor şi tratarea altor afecţiuni asociate, ca depresia sau anxietatea.

Umflarea mâinilor şi picioarelor poate apărea ca răspuns la presiune. Pentru a vă testa reacţiile la rece şi la cald, medicul vă poate aplica obiecte reci şi fierbinţi pe piele pentru a vedea ce reacţii apar.

Tratament

Cea mai bună metodă pentru tratarea hipersensibilităţii la cald sau rece este de a evita, pe cât posibil, temperaturile extreme.

Puteţi preveni urticaria indusă de soare evitând expunerea la soare sau folosind ecranante solare, mai ales dacă luaţi antibiotice, antihistaminice, diuretice, medicamente antifungice, tranchilizante sau hipoglicemiante, care pot să vă facă pielea mai sensibilă la soare. Unele parfumuri pot produce şi ele reacţii la soare.

Alergiile alimentare, medicamentoase şi la înţepături de insecte

Se consideră că alergiile la alimente, medicamente şi înţepături de insecte sunt rezultatul unui răspuns al anticorpilor la alergeni care au venit în contact cu sistemele dumneavoastră interne. Semnele şi simptomele pot merge de la o simplă erupţie la reacţii care implică tractul gastrointestinal, aparatul respirator şi sistemul cardiovascular. Ele pot apărea imediat după ce un anumit aliment este consumat, după administrarea unui medicament sau după o înţepătură de insectă.

Alergiile alimentare

Semne şi simptome

- Dureri abdominale, diaree, greaţă sau vărsături
- Leşin
- Urticarie, eczemă sau umflături sub piele
- Umflarea buzelor, feţei, ochilor, limbii şi gâtului
- Congestie nazală
- Astm bronşic

Semne şi simptome de alarmă

- Simptome severe ale reacţiilor citate mai sus
- Şoc anafilactic

Puţine lucruri sunt mai supărătoare decât o reacţie la mâncare deoarece mâncarea este un lucru esenţial. Aproximativ 40% dintre americani se cred alergici la anumite alimente, dar majoritatea au mai degrabă intoleranţe alimentare (vezi pag. 546). Mai puţin de 1% dintre americani au cu adevărat alergii alimentare.

Deşi puteţi face alergii alimentare la orice vârstă, copiii sunt de 10 ori mai predispuşi la alergii alimentare decât adulţii. 90% dintre alergiile alimentare sunt produse de lapte, ouă, soia, arahide, făină, peşte, scoici, nuci, migdale şi nuci de cocos. Alte alimente care pot produce probleme sunt porumbul şi unele legume. Ciocolata, despre care s-a crezut multă vreme că ar fi alergenă, rareori produce alergii.

Din fericire, mulţi copii scapă de alergia la lapte, ouă şi făină pe la vârsta de 6 ani. Alergiile la nuci şi la scoici par a dura toată viaţa.

Diagnostic

Cele mai multe alergii produc o reacţie imediată. Dacă mâncaţi ceva şi după câteva minute limba şi buzele vi se umflă, puteţi bănui o alergie alimentară. Este neobişnuit pentru un aliment să producă o reacţie alergică la mai mult de 2 ore după consum.

Medicul va determina dacă aveţi o alergie alimentară urmând mai multe etape. Va trebui să revedeţi simptomele şi contextul

în care apar, şi vi se poate cere să ţineţi o evidenţă strictă a tot ceea ce mâncaţi şi beţi timp de mai multe săptămâni, ca şi cu privire la medicamentele pe care le luaţi. Diverse teste vă pot ajuta să depistaţi alergenii specifici.

Testele cutanate

Un test cutanat este folosit pentru a vedea dacă manifestaţi simptome alergice atunci când cantităţi mici de extrase alimentare sunt injectate în pielea dumneavoastră. Testele cutanate negative sunt, de obicei, demne de încredere pentru excluderea unei alergii alimentare, dar nu toate testele alimentare pozitive sunt certe.

O verificare o constituie testul dublu-orb. În acest test, vi se fac injecţii în piele cu extracte din alimentele suspectate, într-o formă mascată, astfel încât nici dumneavoastră şi nici medicul să nu ştie ce aliment a fost administrat. Aceste rezultate sunt mai concludente, dar acest test este dificil de realizat şi ia mult timp.

Testele imunologice

Aceste teste implică examinarea anticorpilor specifici pentru imunoglobulina E (Ig E) la anumite alimente dintr-o probă de sânge. Un test negativ exclude în mod clar o alergie alimentară.

Cât de grave sunt alergiile alimentare?

La cei mai mulţi oameni, alergiile alimentare sunt mai degrabă supărătoare, dar în puţine cazuri pot fi ameninţătoare de viaţă. Reacţiile variază de la o uşoară înfundare a nasului şi tuse la şoc anafilactic ameninţător pentru viaţă.

Tratament

Singurul tratament cu adevărat eficient pentru alegiile alimenatare este evitarea alimentului care produce problema. Pentru unele persoane, aceasta nu este o dificultate. Pentru persoanele care sunt alergice la alimente sau la ingredienţi alimentari prezenţi în dieta obişnuită, aceasta înseamnă, însă, a ţine un regim alimentar strict.

Tratamentul de urgenţă, constând în injectarea imediată de adrenalină (epinefrină), este necesar atunci când apare anafilaxia. Dacă aveţi o alergie alimentară, discutaţi cu medicul despre posibilitatea de a avea în permanenţă la dumneavoastră această medicaţia de urgenţă.

Alergiile medicamentoase

Semne şi simptome

- Erupţie
- Urticarie
- Prurit generalizat
- Wheezing şi respiraţie dificilă

Şocul anafilactic

Şocul anafilactic, numit şi anafilaxie, este cel mai sever şi mai înspăimântător răspuns alergic. Din fericire, este şi destul de rar, deşi în fiecare an mor câteva sute de americani din cauza acestei reacţii. Anafilaxia este un răspuns al anticorpilor imunoglobulinici la un număr mare de alergeni. Răspunsul este brusc, apărând în secunde sau minute de la contactul cu un alergen.

Semne şi simptome

- Constricţia căilor respiratorii, inclusiv umflarea gâtului, ceea ce duce la o respiraţie dificilă
- Şoc asociat cu o scădere severă a tensiunii sangvine
- Puls rapid
- Urticarie şi dungi sub piele (angioedem)
- Greaţă, vărsături sau diaree
- Ameţeli, confuzie mentală, vorbire incoerentă sau anxietate extremă
- Umflarea buzelor şi a limbii
- Încălzirea bruscă a pielii şi pruritul intens

Reacţia anafilactică este sistemică, aceasta însemnând că nu se limitează la locul iritaţiei. Simptomul caracteristic este constricţia căilor aeriene.

Constricţia se asociază adesea cu şoc – o situaţie în care se produce o scădere bruscă a tensiunii sangvine ce determină puls rapid, precum şi slăbiciune, paloare, confuzie mentală şi inconştienţă. Anafilaxia necesită tratament imediat şi poate produce moartea dacă nu este tratată rapid.

O persoană care are iniţial doar o reacţie uşoară poate prezenta o reacţie severă după o altă expunere. O persoană poate prezenta hipersensibilizare în orice moment, indiferent că a fost sau nu sensibilizată anterior.

Cauze

Aproape orice alergen poate produce această reacţie. Anafilaxia survine mai frecvent după înţepăturile anumitor insecte sau după injectarea intravenoasă a numitor medicamente. Anumite alimente, ca arahide, nuci şi scoici, pot declanşa, de asemenea, reacţii fatale. Polenurile determină rareori răspuns anafilactic. Unii oameni au reacţii anafilactice cărora nu li se poate depista cauza.

Tratament

Tratamentul standard pentru anafilaxie este injectarea de adrenalină (epinefrină) cât mai repede cu putinţă. Aceasta deschide căile aeriene şi ameliorează circulaţia sangvină.

Resuscitarea cardiopulmonară (CPR) şi traheostomia de urgenţă – o incizie care creează o deschidere în trahee – trebuie realizate uneori ca metode de salvare a vieţii.

Dacă observaţi la cineva o reacţie alergică cu semne de anafilaxie, chemaţi imediat personalul medical de urgenţă. Verificaţi dacă personalul are medicaţia specială – pentru inhalare, înghiţire sau injectare – pentru simptomele unei crize alergice. Dacă aveţi pregătire în CPR, realizaţi procedura, în caz că persoana nu respiră sau nu are puls.

Semne şi simptome de alarmă

- Obstrucţia gâtului din cauza umflării
- Astm sever
- Şoc anafilactic

Aproape orice medicament poate produce o reacţie adversă care poate merge de la o iritaţie până la ameninţarea vieţii. Anumite reacţii sunt cu adevărat răspunsuri alergice – anticorpii sunt mobilizaţi împotriva medicamentului agresor şi se eliberează histamină. Mai survin şi reacţii nonalergice.

Penicilina şi medicamentele din aceeaşi familie sunt răspunzătoare de multe reacţii alergice, inclusiv erupţiile uşoare, urticaria şi chiar şocul anafilactic. Majoritatea reacţiilor sunt erupţii minore.

Alte medicamante care pot produce reacţii alergice sunt sulfaţii, barbituricele, anticonvulsivantele, insulina şi anestezicele locale. Pe lângă acestea, substanţele de contrast injectabile pentru examenele radiologice conţin iod, putând produce o reacţie alergică.

Diagnostic

Erupţia este cea mai obişnuită reacţie alergică la un medicament. Penicilina şi medicamentele din aceeaşi familie pot produce o erupţie similară cu urticaria, precum şi o altă afecţiune numită boala serului. Aceasta reacţie, care se dezvoltă în 3 săptămâni, se caracterizează prin febră, dureri articulare, mărirea ganglionilor limfatici şi o erupţie. În anumite cazuri, medicamente ca streptomicina, insulina şi tetraciclina pot determina un şoc anafilactic.

Sensibilitatea la medicamentele din familia penicilinei poate fi depistată printr-un test cutanat, dar sensibilitatea la alte medicamente nu este la fel de uşor de depistat din cauză că testele cutanate pentru cele mai multe medicamente sunt fie ineficiente, fie periculoase. Aceasta înseamnă că medicul trebuie să se bazeze pe memoria pacientului cu privire la ce medicamente a luat şi când.

Cât de gravă este o alergie medicamentoasă?

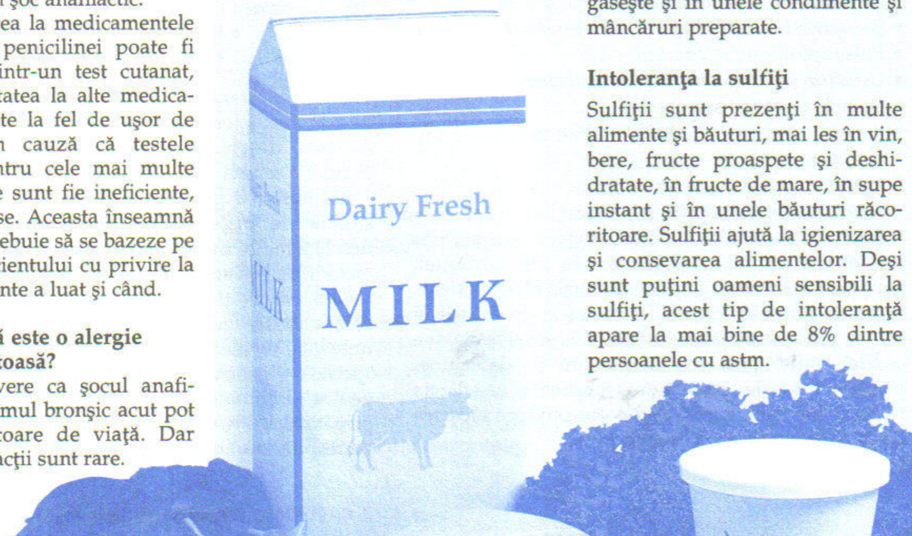
Reacţii severe ca şocul anafilactic sau astmul bronşic acut pot fi ameninţătoare de viaţă. Dar asemenea reacţii sunt rare.

Alergie versus intoleranţă

Alergiile alimentare şi intoleranţa alimentară sunt considerate adesea acelaşi lucru, ceea ce nu este adevărat. Într-o reacţie alergică adevărată, corpul eliberează histamină şi alte substanţe care produc simptome gastrointestinale, respiratorii şi cutanate asociate cu alergiile alimentare. Doar 1% din populaţie are cu adevărat alergii alimentare.

Intoleranţa alimentară poate produce simptome asemănătoare alergiei, dar reacţiile chimice diferă, deoarece nu se eliberează histamină. În plus, dacă aveţi intoleranţă alimentară, puteţi consuma mici cantităţi din alimentul respectiv fără a avea vreo reacţie. Dimpotrivă, dacă aveţi o alergie alimentară adevărată, chiar o cantitate mică din acel aliment poate declanşa o reacţie alergică imediată.

Unul dintre aspectele înşelătoare ale diagnosticului de intoleranţă alimentară este că anumite persoane nu sunt sensibile la acel aliment, ci la o substanţă sau la un ingredient folosit în prepararea lui. Acest lucru este valabil mai ales în cazul alimentelor care conţin lactoză, grâu, glutamat monosulfat (MSG), sulfiţi, salicilaţi şi, eventual, tartrazină.



Cauzele intoleranţei alimentare includ stresul emoţional şi fizic, sindromul de colon iritabil şi absenţa unei enzime necesare digerării unui anumit aliment, producând o digestie incompletă (malabsorbţie). Tulburările de tip malabsorbţie includ:

Intoleranţa la lactoză

Pe măsură ce oamenii îmbătrânesc, ei tolerează mai greu lactoza, un glucid aflat în lapte şi în alte lactate. Chiar 1-3% dintre copii au intoleranţă la lactoză. Pentru mai multe informaţii cu privire la această afecţiune vezi pag. 872.

Intoleranţa la grâu şi legume

Intoleranţa la gluten, care se găseşte mai ales în produsele din grâu, apare mai frecvent la copiii mici, care pot sau nu să se vindece de această sensibilitate. Legumele la care persoanele au intoleranţă sunt broccoli şi mazărea, care produc gaze intestinale, precum şi ciupercile şi vinurile care determină indigestie şi diaree.

Intoleranţa la glutamat monosulfat (MSG)

Acesta este un aromatizant frecvent folosit, care poate produce un acces febril, cefalee şi amorţeli în jurul gurii persoanelor sensibile la el. Deoarece multe restuarante chinezeşti folosesc MSG, acest tip de intoleranţă este numit, uneori, sindromul de restaurant chinezesc. MSG se mai găseşte şi în unele condimente şi mâncăruri preparate.

Intoleranţa la sulfiţi

Sulfiţii sunt prezenţi în multe alimente şi băuturi, mai les în vin, bere, fructe proaspete şi deshidratate, în fructe de mare, în supe instant şi în unele băuturi răcoritoare. Sulfiţii ajută la igienizarea şi consevarea alimentelor. Deşi sunt puţini oameni sensibili la sulfiţi, acest tip de intoleranţă apare la mai bine de 8% dintre persoanele cu astm.

Majoritatea reacţiilor se limitează la erupţii şi urticarie, dar aceasta nu înseamnă că trebuie ignorate.

Tratament

Cele mai cunoscute reacţii alergice la medicamente – erupţia, pruritul şi urticaria – se tratează cu antihistaminice sau, uneori, cu corticosteroizi. Reacţiile astmatice sunt tratate cu bronhodilatatoare şi corticosteroizi. Anafilaxia se tratează cu adrenalină (epinefrină) injectabilă.

În unele cazuri, sensibilitatea la penicilină poate fi redusă prin tratament, astfel ca persoana să poată tolera medicamentul. Se administrează cantităţi mici de medicament, crescute gradat. Uneori, se dau antihistaminice şi corticosteroizi înainte de administrarea penicilinei pentru a reduce reacţia alergică.

Prevenire

Dacă ştiţi că sunteţi alergic la anumite medicamente, evitaţi-le. Aceasta presupune şi să vă anunţaţi medicul despre sensibilităţile dumneavoastră medicamentoase.

Persoanele sensibile la aspirină ar trebui să evite toate medicamentele care o conţin. Purtaţi mereu un lănţişor sau o brăţară care să avertizeze personalul medical cu privire la alergie, în caz de urgenţă.

Reacţiile medicamentoase nonalergice

Multe medicamente pot produce reacţii adverse care mimează simptomele unei alergii, dar reacţiile nu sunt rezultatul unui răspuns al sistemului imunitar, ca în cazul adevăratelor alergii. Aproape 1 milion de americani, mai ales adulţi, au reacţii la banala aspirină. Reacţia poate include urticarie, dungi sub piele (angioedem) şi anafilaxie. Aproximativ 10% dintre persoanele cu astm sunt sensibile la aspirină. La aceştia, aspirina poate agrava astmul bronşic. Pot apărea reacţii şi la alte medicamente antiinflamatoare nesteriodiene, ca ibuprofen (Advil, Motrin etc.).

Inhibitorii de conversie a angiotensinei (ACE), o clasă de medicamente care relaxează vasele de sânge şi se folosesc pentru a reduce presiunea sangvină sau pentru tratarea insuficienţei cardiace congestive, produc uneori tuse şi angioedem care nu sunt de natură alergică. Opiaceele, ca morfina şi codeina pot determina reacţii care mimează anafilaxia.

Unele antibiotice, ca eritromicina, pot produce deranjamente la stomac sau diaree, iar ampicilina poate produce o erupţie care nu are legătură cu alergia.

Alergiile la înţepături de insecte

Semne şi simptome

- Urticarie
- Prurit ocular
- Senzaţie de constricţie în gât şi în piept

Semne şi simptome de alarmă

- Umflarea gâtului care poate produce dificultăţi de respiraţie
- Tuse sau wheezing
- Urticarie severă
- Confuzie mentală
- Vorbire incoerentă
- Crampe abdominale, greaţă şi vărsături
- Scăderea tensiunii sangvine care poate conduce la pierderea conştienţei.

Pentru cei mai mulţi oameni, înţepătura unei albine sau unei viespi înseamnă o iritaţie temporară. Această zonă se poate umfla şi deveni pruriginoasă sau dureroasă pentru mai multe ore, dar după aceea îşi revine.

La 1-2% dintre oameni asemenea înţepături pot produce simptome grave. Aceste persoane sunt foarte sensibile la anumite veninuri de insecte, mai ales la acelea de albine, de viespi sau de furnici roşii. Apare un răspuns al anticorpilor imunoglobulinici, cu eliberare de histamină. Păianjenii, căpuşele, ţânţarii şi alte insecte sunt doar câteva exemple de creaturi care pot produce o reacţie nonalergică.



Dacă aveţi o alergie medicamentoasă, purtaţi cu dumneavoastră permanent o semnalizare adecvată, cum ar fi un lănţişor sau o brăţară.

Diagnostic

Simptomele unei alergii la înţepături de insecte apar la câteva minute după producerea înţepăturii. Pe lângă durere şi mâncărime puternică în zona înţepăturii, o reacţie uşoară mai poate include urticarie şi prurit ocular. Persoanele foarte sensibile pot avea semne şi simptome mai serioase cum ar fi urticaria severă şi şocul anafilactic (vezi pag. 545).

Reacţiile severe la înţepătura de insecte pot apărea în 2-3 minute. În general, cu cât reacţia apare mai devreme, cu atât va fi mai severă. Pentru a verifica un răspuns alergic la o anumită insectă, medicul vă poate face teste cutanate la câteva săptămâni după incident.



Cât de grave sunt alergiile la înţepături?

Reacţiile la înţepăturile de insecte variază de la cele uşoare la cele ameninţătoare de viaţă. Dacă ştiţi că sunteţi sensibil la înţepături de insecte, cereţi o investigare medicală pentru orice înţepătură. Multe persoane nu ştiu că sunt foarte sensibile şi experienţele trecute nu prezintă importanţă todeauna, deoarece sensibilitatea lor se dezvoltă doar uneori.

Tratament

În caz de reacţii severe, se poate administra o injecţie cu adrenalină (epinefrină) pentru deschiderea căilor aeriene îngustate. Corticosteroizii, care acţionează o perioadă

mai lungă de timp decât adrenalina, sunt prescrişi adesea pentru a reduce urticaria şi alte tumefieri. Dacă persoana nu mai respiră, resuscitarea cardiopulmonară (CPR) poate fi necesară. Uneori, dacă tumefierea gâtului este prea mare încât să blocheze trecerea aerului, se va practica o traheostomie şi tubul va fi introdus direct în trahee.

Dacă reacţia este mai puţin severă, puteţi reduce simptomele având grijă ca veninul să nu se extindă. Îndepărtaţi insecta care a produs înţepătura, dacă este prezentă acolo, şi puneţi o compresă rece pe rană pentru a reduce umflătura şi pruritul.

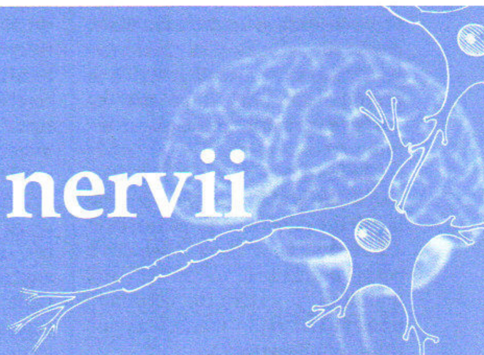
Prevenire

O dată ce alergia la înţepături de insecte a fost confirmată prin teste, se poate folosi imunoterapia pentru a creşte toleranţa la veninul agresor. În fiecare săptămână se administrează injecţii cu mici cantităţi de venin pentru ca să ajungeţi să toleraţi cantitatea de venin dintr-o înţepătură. După aceea, veţi ajunge să primiţi injecţii de menţinere la fiecare 4-6 săptămâni, timp de 3-5 ani.

De asemenea, este important să evitaţi expunerea la insecte. De exemplu, dacă sunteţi afară, evitaţi să purtaţi haine cu imprimeuri florale sau în culori vii, care atrag anumite insecte. Nu folosiţi parfumuri dulci, săpunuri puternic mirositoare, loţiuni şi cosmetice pentru bronzare. Purtaţi, pe cât posibil, pantofi şi cămăşi cu mânecă lungă. Şi încercaţi să staţi departe de locurile în care se găsesc insecte înţepătoare, cum ar fi livezile, grădinile de flori, câmpiile şi pajiştile cu trifoi. Dacă vă sunteţi în pericol de a fi înţepat, staţi liniştit. Îndepărtaţi uşor insecta, fără a face mişcări bruşte. Datul din mâini grăbit agită insectele, crescând riscul de înţepături.

Persoanele care sunt foarte sensibile la înţepături de insecte pot să se protejeze purtând cu ele o trusă de prim ajutor care conţine tablete de antihistminice şi o seringă cu adrenalină (epinefrină). Medicul vă poate recomanda o astfel de trusă. Purtarea unui lanţ sau a unei brăţări de avertizare sau a unui card medical de identificare poate oferi informaţii utile în caz de urgenţă. ■

CAPITOLUL **22** PARTEA a V-a



Creierul şi nervii

Puteţi să vă imaginaţi creierul ca pe organul executiv al organismului dumneavoastră. El modelează şi controlează toate gândurile şi emoţiile dumneavoastră, şi teoretic toate funcţiile şi acţiunile corpului. Împreună cu măduva spinării formează sistemul nervos central.

Sistemul nervos periferic se întinde de la măduva spinării până la vârful degetelor şi picioarelor dumneavoastră. Nervii senzitivi culeg permanent informaţii din interiorul şi exteriorul corpului, transmiţând rapid mesajele creierului dumneavoastră.

Acesta primeşte sute de impulsuri de la această reţea nervoasă. Pe măsură ce interpretează mesajele, creierul transmite aceste informaţii în diferite regiuni ale sale pentru stocarea în memorie. Apoi, trimite înapoi instrucţiuni ce determină răspunsuri adecvate ale diferitelor părţi ale corpului, de exemplu degetele, picioarele, gura şi altele. Prin procesarea, sortarea, stocarea şi trimiterea răspunsurilor conform informaţiilor primite, creierul dumneavoastră dă înţeles lumii ce vă înconjoară. Modul specific fiecăruia în care creierul realizează acest lucru determină unicitatea fiinţei dumneavoastră.

Structura creierului

Creierul este alcătuit dintr-o mulţime de structuri ce deţin funcţii diferite. Într-un creier sănătos aceste regiuni conlucrează într-un mod eficient şi incredibil de complex. Deşi cercetătorii nu au elucidat toate aspectele legate de funcţionarea creierului, ei cunosc acum mult mai multe decât în urmă cu 10 ani. Progresele tehnologice şi ştiinţifice au permis atât de multe descoperiri despre această parte vitală a organismului uman încât Congresul SUA a declarat anii '90 drept „Decada creierului".

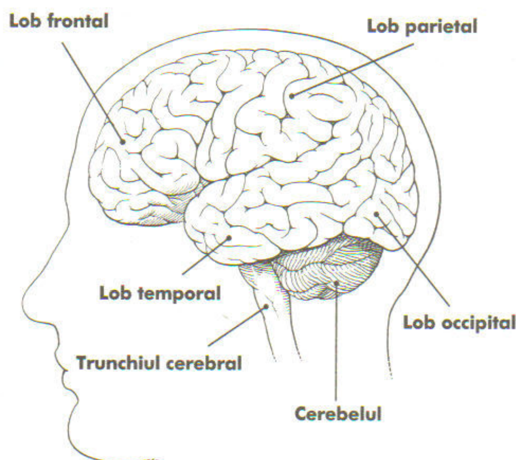
Structurile bazale ale creierului includ: trunchiul cerebral, cerebelul, emisferele cerebrale şi sistemul limbic. Trunchiul cerebral, localizat la baza creierului, este responsabil de controlul unor funcţii vitale ale organismului ca respiraţia şi frecvenţa cardiacă. Cerebelul, localizat în spatele trunchiului cerebral, controlează mişcările de tipul spălatului pe dinţi şi mersului pe bicicletă. Emisferele cerebrale, situate deasupra trunchiului cerebral, constituie cea mai mare parte a creierului uman şi cea mai uşor de recunoscut. Ele sunt responsabile de toate activităţile dumneavoastră intelectuale: capacitatea de a gândi, de a face judecăţi, de a memora, de a imagina şi planifica viitorul.

Sistemul limbic, localizat în regiunile mai profunde ale creierului, este responsabil de emoţiile dumneavoastră, fiind format din următoarele structuri:

- *hipotalamusul:* controlează funcţiile corpului şi nevoile de genul alimentaţiei, somnului şi comportamentului sexual, şi reglează temperatura corpului;
- *talamusul:* acţionează ca un centru releu informaţional, sortând şi trimiţând mesaje la şi de la diferite regiuni ale creierului;
- *amigdala*: guvernează emoţiile de tipul furiei şi fricii şi declanşează răspunsurile dumneavoastră la pericolele reale sau percepute ca reale - reacţie numită în mod obişnuit de „luptă sau fugă";
- *hipocampul*: joacă un rol important în formarea şi evocarea amintirilor pe care le trimite spre stocare în zone corespunzătoare ale emisferelor cerebrle sau ale cerebelului, de unde le evocă atunci când este necesar.

Emisferele cerebrale se împart în emisfera stângă şi cea dreaptă. Ţinând lipiţi pumnii în faţa dumneavoastră, vă puteţi face o imagine aproximativă a emisferelor cerebrale. Fiecare emisferă cerebrală este subîmpărţită în câte 4 lobi ce controlează activităţi diferite. Lobii frontali, localizaţi imediat înapoia frunţii dumneavoastră, controlează activităţi de genul vorbirii, gândirii abstracte şi mişcărilor voluntare.

În spatele lobilor frontali se găsesc lobii parietali, ce primesc informaţii senzoriale de tipul durerii, gustului şi simţului tactil. Lobii temporali, situaţi sub cei frontali şi temporali, vă ajută să auziţi şi să interpretaţi diferite sunete şi sunt răspunzători de memorie. Lobul temporal al emisferei dumneavoastră dominante- de regulă stânga- joacă un rol major în funcţia limbajului. În



Partea externă a emisferelor cerebrale este formată din lobii frontali, parietali, temporali, occipitali. Alte zone importante ale creierului sunt trunchiul cerebral şi cerebelul.

partea posterioară a creierului se găsesc lobii occipitali, responsabili de vederea dumneavoastră.

Creierul este acoperit de un strat de țesut ce are o grosime de mai puțin de 0,5 cm. De culoare gri-brun și de aspect încrețit, acest strat poartă numele de cortex cerebral (scoarță cerebrală), popular numit materie cenușie. Cortexul este locul din creier în care are loc cea mai mare parte a procesării informației. Toate aceste încrețituri și falduri ale scoarței permit unei suprafețe mai mari să încapă sub craniu- mărind astfel cantitatea de informație ce poate fi procesată. Creierul uman are mai multe circumvoluțiuni ca orice creier animal.

În plus, sub scoarță există structuri numite ganglioni bazali, care joacă un rol important în transmiterea mesajelor între diferite arii cerebrale. Unele boli, de exemplu boala Parkinson, constau în anumite anomalii ale ganglionilor bazali.

Creierul și măduva spinării sunt protejate de structuri osoase. Creierul este protejat de cutia craniană, iar măduva spinării de vertebre. Creierul și măduva spinării sunt acoperite de 3 straturi de membrane (meninge): dura mater (stratul extern), arahnoida (stratul intermediar) și pia mater (stratul intern). Aceste straturi au și ele rol protector pentru creier și măduva spinării. În plus, creierul și măduva sunt protejate împotriva traumatismelor și de lichidul cefalorahidian situat în spațiul dintre arahnoidă și pia mater.

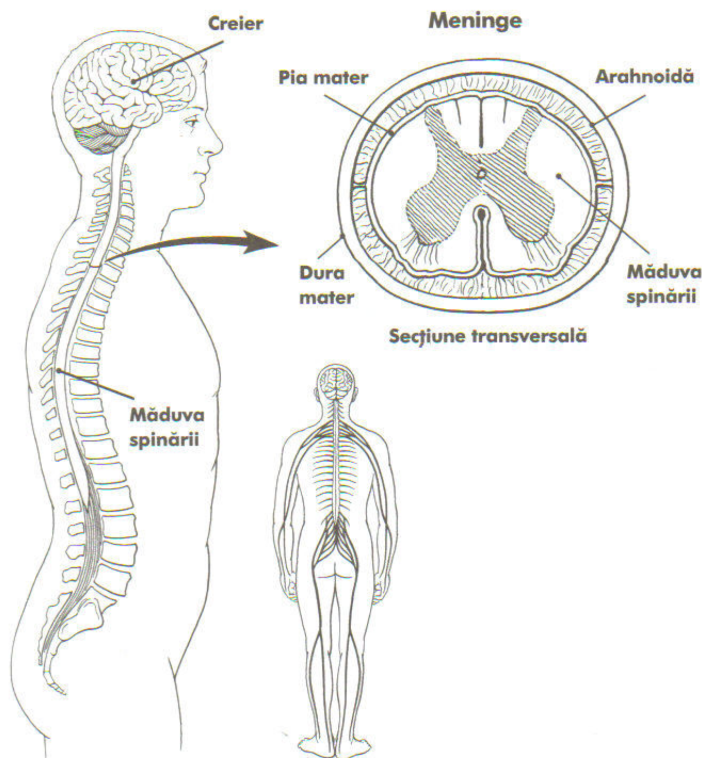
Structura sistemului nervos

Nervii periferici pleacă de la nivelul măduvei spinării spre toate regiunile corpului dumneavoastră. Sistemul nervos periferic se împarte, în funcție de cele 4 zone medulare din care provin rădăcinile lor în: cervical (corespunzător gâtului), toracic (corespunzător trunchiului), lombar (corespunzător porțiunii inferioare a coloanei) și sacral (corespunzător pelvisului). Măduva spinării funcționează ca centrul unei rețele de comunicații ce transmite informații dinspre și spre creier, și zonele cele mai îndepărtate în care ajunge sistemul nervos periferic.

Sistemul nervos autonom distribuie nervi către musculatura netedă a vaselor sangvine și a organelor interne, către glandele endocrine și exocrine, și către celulele cu rol în controlul funcțiilor organelor interne. Acest sistem intricat controlează activități inconștiente dar vitale cum ar fi: distribuirea circulației sangvine, reglarea tensiunii arteriale, reglarea frecvenței cardiace, transpirația și reglarea temperaturii corporale. Conexiunile între funcțiile sistemului nervos autonom și alte funcții cerebrale au loc la nivelul trunchiului cerebral și hipotalamusului.

Nervii cranieni sunt acei nervi conectați direct la creierul dumneavoastră. Ei părăsesc craniul pentru a controla musculatura facială, oculară, a limbii, urechilor și gâtului. Nervii cranieni culeg informații senzoriale de la aceste părți ale corpului și le transmit înapoi la creier.

Arterele, ce transportă oxigenul și factorii nutritivi de la plămâni și inimă la creier, sunt de o importanță crucială pentru funcționarea normală a creierului dumneavoastră. În ciuda dimensiunii și greutății lui mici, creierul folosește 20% din cantitatea de sânge pompată de inimă și 20% din oxigenul consumat de organismul dumneavoastră în condiții de repaus. Sângele este adus la creier de perechile de artere vertebrale și carotide care se extind prin regiunea cervicală, dinspre aortă. Aceste mari artere



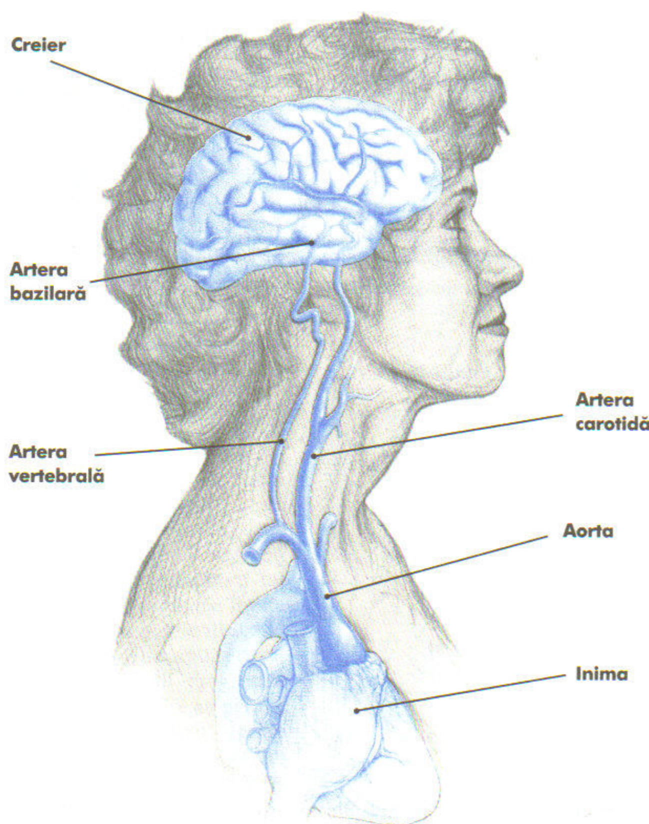
Sistemul nervos central, compus din creier și măduva spinării, este protejat de cutia craniană, vertebre și cele 3 straturi de membrane (meningele): dura mater, arahnoida și pia mater. Sistemul nervos periferic (jos dreapta) se întinde de la măduva spinării spre toate regiunile corpului.

se împart apoi în unele mai mici, pentru a distribui sângele în diferite regiuni ale creierului dumneavoastră.

Cum funcţionează un creier sănătos

Unitatea de bază a creierului şi a sistemului nervos este celula nervoasă, numită şi neuron. Acesta permite comunicarea între diferitele părţi ale corpului. Neuronii realizează acest lucru prin generarea de impulsuri electrice- mesaje- şi transmiterea lor în zone mai apropiate sau mai îndepărtate, la şi de la creierul dumneavoastră în restul corpului. În jurul neuronilor se găsesc celulele gliale, cu rol de gardieni- protejează, hrănesc şi susţin neuronii. Creierul uman conţine aproximativ 12 miliarde de neuroni şi 50 de miliarde de celule gliale.

Fiecare neuron este format dintr-un corp celular, ce conţine nucleul şi o serie de alte structuri necesare funcţionării neuronale. De la nivelul corpului neuronal se întind prelungirile neuronale numite dendrite care recepţionează mesajele ce vin de la alţi neuroni. Tot de la nivelul corpului neuronal pleacă şi nişte prelungiri mai groase numite axoni. Axonii transportă informaţiile de la nivelul corpului neuronal spre celelalte celule, de exemplu un neuron vecin sau o celulă musculară. Interconectaţi unii cu alţii, neuronii sunt capabili să transmită rapid şi eficient informaţiile.



Creierul are nevoie de un aport constant de oxigen şi substanţe nutritive din sânge, acestea fiind distribuite printr-o serie de artere importante.

Unii axoni sunt acoperiţi de o substanţă albă, grăsoasă numită mielină. Teaca de mielină are rol în protecţia axonilor şi în creşterea vitezei de transmitere a impulsului electric. Un neuron comunică cu alte celule nervoase sau corpuri celulare prin intermediul impulsurilor electrice. Pentru a putea trimite un impuls, neuronul trebuie să fie, la rândul lui, stimulat de ceva – care poate varia de la o ciupitură a degetului dumneavoastră, la o scenă comică dintr-un film, printr-un impuls ce vine de la neuronul vecin. Mesajul este transmis apoi de la un neuron la altul.

La nivel neuronal, impulsul circulă prin corpul celular spre terminaţia axonală unde există mici vezicule ce conţin neurotransmiţători (substanţe chimice ce funcţionează ca mesageri informaţionali). Sosirea unui impuls electric determină eliberarea de neurotransmiţători în sinapsă- o mică fantă între doi neuroni. În această fantă sinaptică, neurotransmiţătorul se leagă de receptorii celulei ce primeşte mesajul, permiţând intrarea impulsului în celula receptoare şi transmiterea lui spre axonul celulei. O dată ce neurotransmiţătorii şi-au realizat sarcina, ei sunt eliberaţi înapoi în fanta sinaptică şi se reîntorc în celula lor de origine, unde unii dintre ei pot fi refolosiţi (vezi ilustraţia color, pag. 414). Acest proces se repetă de la neuron spre neuron, pe măsură ce impulsul călătoreşte spre destinaţia sa.

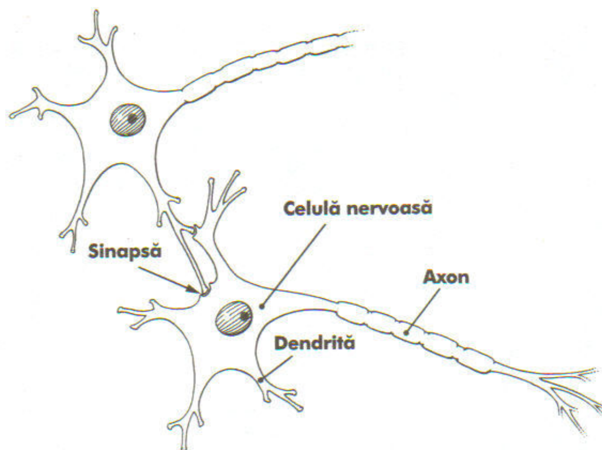
Neuronii îşi păstrează buna lor funcţionare prin convertirea substanţelor nutritive din circulaţia sangvină, de tipul glucozei şi oxigenului, în energie, printr-un proces numit metabolism. Neuronii se află într-un continuu proces de reînnoire pentru a putea funcţiona mai bine. Aceste procese sunt esenţiale pentru un creier sănătos.

Când lucrurile nu merg bine

Asemenea unei maşini bine reglate, creierul şi sistemul nervos au nevoie, pentru a funcţiona bine, de un echilibru armonios între toate părţile lor componente. Creierul şi sistemul nervos sunt vulnerabile la o serie de injurii.

Întreruperea aportului sangvin la creier determină apariţia accidentelor vasculare cerebrale. Degenerarea neuronilor determină boli de tipul bolii Alzheimer, sclerozei laterale amiotrofice şi bolii Parkinson. O reacţie inflamatorie a creierului la o infecţie poate determina o meningită sau o encefalită. Un traumatism cranian sau o tumoră cerebrală poate duce la alterarea structurilor creierului. Tulburările de procesare corticală şi de învăţare fac parte din tulburările cognitive şi pot fi cauzate de diverşi factori ce afectează funcţiile corticale superioare. Crizele epileptice sunt determinate de stimularea anormală a populaţiilor de neuroni.

Tulburările cerebrale şi cele ale sistemului nervos sunt tratate de medici neurologi şi neurochirurgi.



Celula nervoasă (neuronul) este unitatea de bază a creierului şi a sistemului nervos. El este constituit dintr-un corp celular, o prelungire mai mare (axon) şi de numeroase prelungiri mai mici (dendrite). Fiecare celulă nervoasă este legată de celulele vecine prin puncte de contact numite sinapse.

Examenul neurologic

Cel mai important element în diagnosticarea unei boli a sistemului nervos este descrierea semnelor şi simptomelor dumneavoastră, precum şi a modului în care ele s-au dezvoltat. Cefaleea, tulburările de vedere sau senzaţiile de furnicătură pot fi cauzate de mai multe afecţiuni. Pentru a diagnostica afecţiunea dumneavoastră, medicul vă va pune întrebări mai amănunţite despre semnele şi simptomele pe care le prezentaţi şi apoi vă va face un examen neurologic. Un examen neurologic constă în testarea sistematică a funcţionării diferitelor părţi ale sistemului dumneavoastră nervos. Multe anomalii pe care dumneavoastră nu le-aţi observat pot fi detectate prin teste simple, efectuate în cabinetul medicului. Testele nu sunt dureroase şi nu presupun procedee chirurgicale sau injecţii. Unele teste de rutină ale funcţionării sistemului nervos sunt descrise mai jos.

Reflexele osteotendinoase

Acestea sunt controlate pentru a evalua funcţiile nervoase motorii şi senzitive, conexiunile medulare şi cele ale nervilor periferici. De exemplu, medicul poate provoca reflexul prin ciocănirea uşoară a genunchiului sau a cotului dumneavoastră cu ajutorul unui ciocănel de reflexe prevăzut cu un capăt de cauciuc.

Reflexul Babinski

Stimularea uşoară a tălpii poate provoca un anumit tip de mişcare involuntară a degetului mare de la piciorul respectiv, ce poate sugera o anomalie a tracturilor nervoase cu originea în creier sau în măduva spinării.

Forţa musculară

Slăbiciunea unui muşchi sau a unui grup de muşchi poate reprezenta manifestarea unei boli neurologice. Din această cauză, medicul trebuie să vă testeze forţa diferiţilor muşchi în timpul examenului neurologic.

Tonusul muscular

Pentru a examina tonusul dumneavoastră muscular, medicul vă va mişca braţul sau piciorul pentru a evalua uşurinţa şi amplitudinea mişcărilor. De exemplu, vă va examina ambele picioare pentru a verifica dacă există diferenţe între cele două părţi – dreaptă şi stângă ale corpului dumneavoastră. Creşterea tonusului muscular (rigiditate, spasticitate) sau scăderea tonusului muscular (hipotonie musculară) pot indica anumite probleme ale nervilor ce controlează diferitele grupe musculare.

Funcţia senzorială

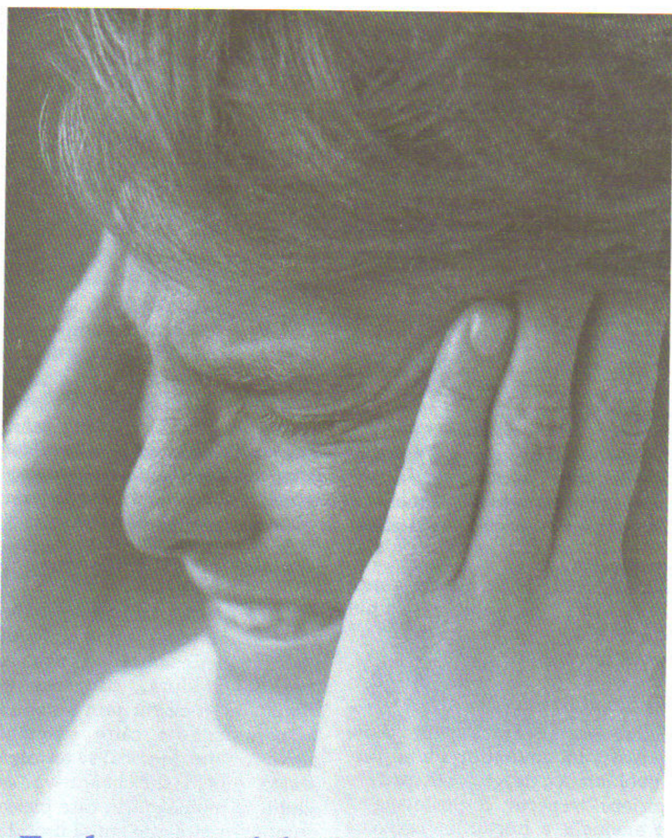
Testarea funcţiei senzoriale este o parte importantă a examenului neurologic deoarece senzaţii ca durerea, căldura, atingerea şi vibraţia se transmit prin sistemul nervos periferic către sistemul nervos central. Medicul vă testează aceste funcţii întrebându-vă ce simţiţi în momentul în care pielea dumneavoastră este atinsă uşor de un obiect fierbinte sau rece, de o bucată de vată sau un obiect ascuţit. Tulburările neurologice vă pot afecta şi ochii, gustul, mirosul şi auzul. Testarea ochilor este în mod particular de ajutor. Dimensiunea pupilelor, diferenţele diametrelor pupilare, capacitatea de fixare a obiectelor, câmpul vizual –sunt deseori foarte utile în diagnosticul tulburărilor ce pot afecta nervii ce controlează vederea.

Mersul, postura, coordonarea mişcărilor şi echilibrul

Pentru a le testa, medicul vă va cere să staţi în picioare, să mergeţi sau să vă mişcaţi corpul într-un mod particular, pentru a descoperi posibile anomalii.

Statusul mintal

Medicul poate, de asemenea, să vă pună anumite întrebări pentru a descoperi eventuale tulburări de gândire, raţionament sau memorie.



Evaluarea cefaleei

Pentru a putea evalua mai bine cefaleea, medicul vă va pune o serie de întrebări legate de ea.

- Există anumite lucruri ce declanşează durerea dumneavoastră de cap?
- Cât de frecvent apare?
- Apare la intervale regulate şi dacă da, în ce perioadă a zilei sau a nopţii?
- Unde este localizată durerea iniţială?
- Ce fel de durere este? Este intensă?
- Cât durează, de obicei, o cefalee?
- Există semne sau simptome ce preced apariţia cefaleei?
- Există semne sau simptome ce acompaniază cefaleea?
- Ce ameliorează durerea?
- Există istoric familial de cefalee?
- Cum răspundeţi la medicaţia analgezică?
- Afectează cefaleea capacitatea dumneavoastră de a lucra sau de a participa la alte activităţi?
- Care este părerea dumneavoastră despre cefaleea pe care o aveţi?
- De ce cereţi acum ajutor?

Dacă aveţi frecvent dureri de cap, ar fi util să ţineţi un jurnal al acestor dureri, care să includă răspunsuri la întrebările de mai sus. Un astfel de jurnal ar putea să vă ajute, pe dumneavoastră sau pe medic, să identificaţi factorii declanşatori pentru a-i putea evita pe viitor.

Diagnosticul poate fi greu de stabilit deoarece semnele şi simptomele pot fi numeroase şi diverse. Dificultatea poate consta şi în delimitarea tulburărilor neurologice de cele psihiatrice. Deseori, pentru a pune un diagnostic corect este necesară o evaluare atentă a caracteristicilor şi a evoluţiei în timp a semnelor şi simptomelor, precum şi efectuarea testelor de laborator.

Cefaleea

Aproape toată lumea a avut, măcar o dată în viaţă, o cefalee (durere de cap). Durerile de cap sunt determinate de multe cauze, iar localizarea, intensitatea şi frecvenţa cu care apar variază mult. Aproximativ 95% dintre toate cefaleele sunt primare, însemnând că nu sunt cauzate de altă boală sau tumoră subiacentă. Rareori, cefaleea poate fi secundară unor probleme medicale severe.

Cauzele cefaleei

Deşi ţesutul cerebral nu doare, există dovezi că anumite zone ale creierului pot contribui la apariţia diferitelor tipuri de dureri de cap. De fapt, cea mai mare parte a craniului şi o importantă parte a membranelor ce acoperă creierul nu pot simţi durerea. Observaţiile făcute în timpul intervenţiilor neurochirurgicale au arătat că doar anumite structuri ale creierului sunt sensibile la durere. Aceste structuri cuprind pielea şi ţesuturile situate imediat sub piele pe partea externă a craniului, muşchii, arterele, învelişurile craniului, ochii, urechile, precum şi cavităţile nazale şi sinusale. Structurile sensibile la durere din interiorul craniului dumneavoastră includ arterele, sinusurile venoase şi venele tributare lor, o parte din membrana externă de la baza creierului şi anumiţi nervi cranieni sau cervicali.

Nervii cranieni sau cervicali transmit senzaţiile dureroase din aceste părţi ale creierului către sistemul nervos central. De exemplu, durerile dentare şi mandibulare

sunt transmise de nervii cranieni. Nervii cervicali transmit informaţia despre durere din regiunea cervicală şi de la baza craniului.

Durerea cu localizare extracraniană poate fi cauzată de inflamaţia sau tensiunea musculară, inflamaţia arterelor scalpului sau inflamaţia sinusurilor, urechilor sau gingiilor. În interiorul craniului, cefaleea poate fi produsă de dilatarea sau spasmul arterial, inflamaţia membranelor creierului, de presiunea determinată de o tumoră sau de o hemoragie.

Deşi cauza exactă a cefaleei rămâne neclară, cercetătorii sugerează că durerile de cap pot apărea datorită modificării concentraţiilor anumitor neurotransmiţători cerebrali cum ar fi serotonina sau noradrenalina. Un dezechilibru în concentraţia acestor neurotransmiţători poate determina inflamaţia arterelor craniene şi iritarea consecutivă a structurilor sensibile la durere. Acest lucru va determina transmiterea impulsurilor dureroase de-a lungul nervului trigemen - o cale majoră a durerii - spre creier.

Nivelul endorfinelor, substanţe naturale cu efect antialgic, produse de creier şi măduva spinării, poate fi scăzut determinând astfel apariţia durerii.

Cefaleea poate fi surdă, pulsatilă sau ascuţită, sfredelitoare. O descriere precisă a tipului de durere poate fi de ajutor în stabilirea tipului de cefalee pe care îl prezentaţi.

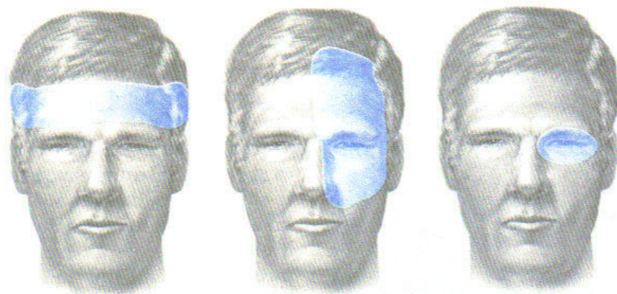
Cefaleea primară se clasifică, în general, în 3 categorii: cefalee de tensiune, migrene şi cefalee tip cluster (în ciorchine).

Cefaleea de tensiune constă, de obicei, într-o durere surdă sau o presiune la nivelul frunţii, scalpului sau cefei. Migrenele constau în dureri severe localizate într-o jumătate a capului, fiind însoţite adesea de senzaţii de greaţă sau de tulburări temporare de vedere. Cefaleea tip cluster este caracterizată de o durere intensă în sau în jurul unui ochi sau a unei jumătăţi de cap, durere ce tinde să fie episodică.

O durere de cap ce nu poate fi ameliorată, care afectează activitatea şi durează 6 luni sau mai mult, este considerată cronică. Aproximativ 42 de milioane de americani prezintă cefalee cronică dintre care cele mai frecvente forme sunt migrenele şi cefaleea de tensiune.

Deşi cauza exactă a cefaleei primare rămâne neclară, se ştie însă că poate fi declanşată de o serie de factori. Cefaleea, în special migrena, apare la unele femei în perioada premenstruală sau în timpul menstruaţiei, fiind legată, probabil, de variaţiile hormonale. Cefaleea datorată hipertensiunii arteriale apare, de obicei, dimineaţa la trezire, dar este rară şi apare doar în cazul unei hipertensiuni severe.

Cefaleea secundară unei infecţii a cavităţii nazale poate fi deosebit de intensă, fiind accentuată de



Cele mai frecvente 3 tipuri de cefalee determină tipuri diferite de durere. Durerea din cefaleea de tensiune este de obicei surdă, sâcâitoare putând afecta fruntea, scalpul, tâmplele sau ceafa. O migrenă afectează, de obicei, doar o jumătate a capului. Cefaleea tip cluster apare, de obicei, pe o jumătate a capului sau ca o durere înţepătoare în ochi.

Când cefaleea indică o problemă medicală serioasă

Cefaleele ce indică probleme medicale grave sunt rare, însă pot apărea ca simptom adjuvant în cazul unor afecţiuni ca hemoragiile cerebrale, tumorile cerebrale sau ruperea anevrismelor vasculare. Dacă aveţi unul sau mai multe din următoarele simptome de alarmă mergeţi urgent la medic.

- Cefalee bruscă, severă, deseori descrisă ca un trăznet.
- Cefalee însoţită de febră, înţepenirea gâtului, erupţie cutanată, stare de confuzie, diplopie (vedere dublă), slăbiciune, paralizie sau dificultăţi de vorbire.
- Cefalee după un traumatism cranian, chiar dacă este vorba de o căzătură minoră sau lovitură, mai ales dacă durerea se agravează.
- Cefalee cronică, progresivă, ce se accentuează după tuse, efort sau după efectuarea unei mişcări bruşte.
- Schimbarea caracteristicilor unei cefalee, în special după vârsta de 55 de ani.

O afecţiune rară însoţită de cefalee, ce debutează frecvent după 55 de ani, este arterita temporală - o inflamaţie a arterelor scalpului, cerebrale sau oculare. Acest tip de cefalee este tratabilă dar, dacă este ignorată, poate duce la orbire sau, rareori, la accident vascular cerebral.

În general, nu trebuie să vă îngrijoreze o durere de cap ocazională. Aproape toată lumea a avut aşa ceva; aceste cefalee sunt de obicei asociate situaţiilor obişnuite de genul stresului, alergiilor sau consumului excesiv de alcool. Dacă, însă, cefaleea prezentată de dumneavoastră apare însoţită de anumite semne şi simptome sau dacă este deosebit de severă, cereţi ajutorul medicului.

Cefaleea de rebound

Dacă sunteţi în situaţia de a lua analgezice pentru durerile de cap, de trei sau mai multe ori pe săptămână, în mod regulat, puteţi prezenta aşa numitul fenomen de rebound. Cu alte cuvinte, medicaţia dumneavoastră poate contribui într-un fel la menţinerea durerii de cap.

Cu toate că oamenii de stiinţă nu sunt siguri de ce se întâmplă acest lucru, ei sunt de părere că folosirea în exces a analgezicelor poate scurtcircuita sistemele corticale de control al durerii. Când efectul analgezic se termină, cefaleea revine, uneori chiar mai puternică decât înainte.

Semne şi simptome

Acest tip de cefalee este, de obicei, constantă în cursul zilei dar nu în mod necesar severă. Puteţi constata o accentuare a durerii în anumite momente, în special atunci când începe să scadă efectul analgezicelor. Adesea, cefaleea poate fi provocată de factori de stres minori, mentali sau fizici. Simptome ca starea de greaţă, anxietatea, neliniştea, iritabilitatea, dificultăţile de concentrare şi depresia pot însoţi cefaleea de rebound.

Ruperea cercului vicios

Pentru a rupe acest cerc vicios va trebui să vă lipsiţi de medicaţia dumneavoastră împotriva durerii. Primul pas va fi un consult la medicul dumneavoastră sau la un neurolog.

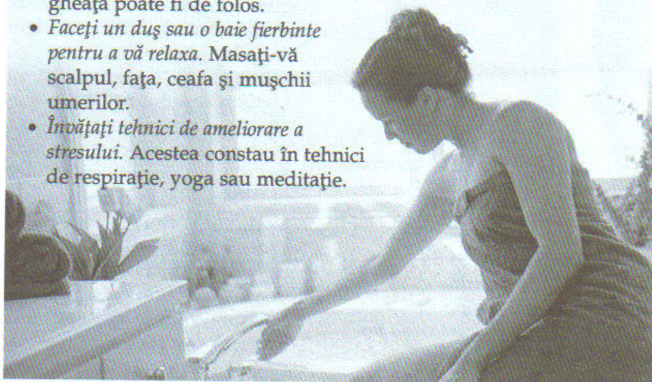
În funcţie de medicaţia pe care aţi luat-o, vi se poate recomanda să opriţi temporar administrarea tuturor analgezicelor. Un prim efect va fi, cu siguranţă, accentuarea durerii de cap în următoarele 7 - 10 zile, dar persoanele care au reuşit să renunţe cu succes la analgezice au prezentat o ameliorare semnificativă a simptomatologiei în decurs de 2 luni de la oprirea medicaţiei.

O dată ciclul vicios rupt, puteţi stabili împreună cu medicul un plan adecvat de gestionare a durerii de cap. Adesea, sunt disponibile procedee preventive zilnice pentru diferite tipuri de cefalee ca de exemplu: evitarea sau diminuarea anumitor factori declanşatori de tipul cafelei, stresului sau mâncatul neregulat. În plus, medicul vă poate prescrie o anumită medicaţie, pentru tratarea cefaleei dumneavoastră, adaptată tipului de cefalee la care sunteţi predispus.

Metode alternative de control al durerii

În locul folosirii analgezicelor, încercaţi mai bine următoarele tehnici, ce pot fi la fel de eficiente ca medicamentele, fără a avea însă efectele secundare ale acestora:

- *Odihniţi-vă în camere întunecate şi liniştite.* Puneţi-vă pe frunte un prosop îmbibat în apă rece şi comprimaţi tâmplele cu mâinile. Şi gheaţa poate fi de folos.
- *Faceţi un duş sau o baie fierbinte pentru a vă relaxa.* Masaţi-vă scalpul, faţa, ceafa şi muşchii umerilor.
- *Învăţaţi tehnici de ameliorare a stresului.* Acestea constau în tehnici de respiraţie, yoga sau meditaţie.



aplecarea capului. Ea este, de obicei, însoţită şi de semne şi simptome de infecţie. Durerile de cap de cauză oculară pot apărea după perioade lungi de citit sau după condusul pe timp de noapte. Cefaleea poate apărea şi în condiţii de surmenaj.

Diagnostic

Diagnosticul cefaleei se bazează, în general, pe istoricul bolii şi pe examinarea fizică. Dacă cefaleea a debutat recent, survine în atacuri severe, este declanşată de efort, apare de obicei dimineaţa, fiind acompaniată de vomă sau de alte semne şi simptome, vor fi necesare, în continuare, alte testări.

Acestea pot consta într-o tomografie computerizată (CT) sau o rezonanţă magnetică nucleară (RMN) la nivelul capului pentru găsirea oricăror anomalii structurale şi pentru examinarea sinusurilor, oaselor feţei şi ţesutului şi oaselor regiunii cervicale. Dacă cefaleea dumneavoastră a apărut după un traumatism cranian sau cervical, poate fi necesară o radiografie de coloană cervicală.

Medicul va avea nevoie şi de alte teste, ca de exemplu puncţia lombară (vezi pag. 578) sau arteriografie cerebrală, pentru a pune diagnosticul.

Cefaleea de tensiune

Semne şi simptome

- O durere surdă, asemănătoare unei presiuni, la nivelul frunţii, scalpului, tâmplelor sau cefei

Cefaleea de tensiune este adesea difuză, durerea fiind mai intensă în creştetul capului şi la nivelul cefei. Poate fi resimţită ca o senzaţie de plinătate sau tensiune, ca şi cum capul dumneavoastră ar fi strâns de o bandă sau cască. Puteţi prezenta tulburări de somn. Mulţi se plâng de o senzaţie de încordare la nivelul muşchilor cefei şi al umerilor.

Cefaleea de tensiune ce este prezentă de două sau mai multe ori pe săptămână, pe o perioadă de o lună sau mai mult poate fi considerată cronică. Unii prezintă asemenea dureri de cap ani sau

zeci de ani. De obicei, această durere are un caracter ondulator, de accentuare şi ameliorare.

Cefaleea de tensiune este, probabil, cel mai frecvent tip de cefalee. Stresul, depresia şi anxietatea sunt cei mai frecvenţi factori declanşatori. Anumite cefalee de tensiune pot fi declanşate de posturi defectuase, lucrul în poziţii chinuitoare sau de o întindere bruscă. Deoarece acest tip de durere de cap răspunde bine la automedicaţia analgezică, persoanele cu cefalee de tensiune nu-şi consultă, de obicei, medicul.

Acest tip de cefalee poate afecta persoanele de ambele sexe şi de orice vârstă. Forma cronică se dezvoltă, frecvent, spre vârsta mijlocie şi poate dura câţiva ani de la debut.

Diagnostic

Pentru a pune diagnosticul, medicul dumneavoastră vă va pune anumite întrebări sau va efectua unele teste pentru a exclude alte cauze posibile de durere. Testele pot consta în examene urinare, examen oftalmologic, o radiografie de sinusuri şi o rezonanţă magnetică nucleară (RMN) sau o tomografie computerizată (CT).

Medicul va căuta, de asemenea, semne de anxietate sau depresie. Veţi fi întrebat dacă există, în viaţa dumneavoastră de familie sau la serviciu, vreun anume stres care să poată fi asociat cu agravarea cefaleei.

Cât de gravă este cefaleea de tensiune?

Acest tip de cefalee nu duce la alte boli mai grave, fiind, mai degrabă, un semn de stres, anxietate sau depresie.

Tratament

Cefaleea de tensiune răspunde, de obicei, bine la tehnicile de relaxare, de exemplu un masaj, un duş fierbinte, o baie cu apă caldă, biofeedback şi meditaţie. Ţinând un jurnal al durerilor de cap, veţi putea identifica şi evita mai uşor factorii declanşatori.

Tratament medicamentos

Analgezicele de tipul paracetamolului, aspirinei şi ibuprofenului sunt, de obicei, eficiente. Pentru problemele cronice poate fi prescrisă medicaţie antidepresivă. Evitaţi însă tranchilizantele.

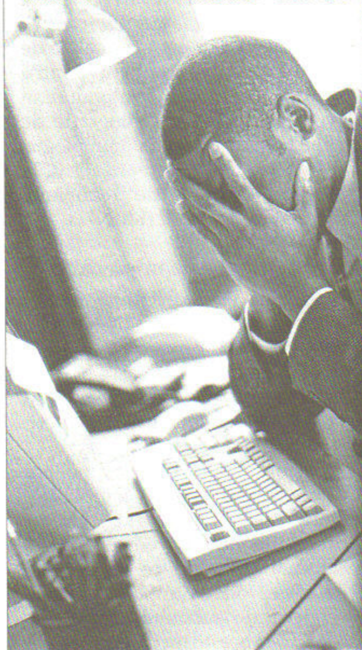
Medicamentele nu sunt însă o soluţie. Folosirea în exces a analgezicelor poate duce chiar la apariţia durerii de cap, situaţie cunoscută sub numele de cefalee de rebound. În plus, eficacitatea analgezicelor poate diminua în timp. Persistenţa unei cefalee de tensiune poate fi un semnal de alarmă tras de corpul dumneavoastră, în sensul unei schimbări a stilului de viaţă.

Migrenele

Semne şi simptome

- Cefalee moderată sau severă
- Greaţă şi vomă
- Sensibilitate la lumină şi zgomote
- Oboseală
- Aură constând în cercuri colorate sau pete albe în câmpul vizual

Migrena debutează, de obicei, dimineaţa devreme sau în cursul zilei printr-o durere intensă, constrictivă, localizată într-o jumătate a feţei, pentru a se extinde ulterior. În mod obişnuit, ea atinge un maxim de intensitate într-un interval de ordinul minutelor şi până într-o oră sau două şi ţine între patru ore şi două zile, dacă nu este tratată. Somnul ameliorează în general simptomatologia dar după trezire puteţi fi ameţit, neatent. Frecvenţa atacurilor poate varia între atacuri zilnice şi atacuri ocazionale. Atacurile migrenoase pot fi însoţite de greaţă şi, uneori, de vomă.



Cauza exactă a migrenelor rămâne necunoscută. Cercetătorii sugerează că ea este legată de un dezechilibru al serotoninei şi posibil al altor neurotransmiţători cerebrali. Serotonina reglează transmiterea mesajului dureros pe calea nervului trigemen – o cale majoră a durerii. Modificările din activitatea noradrenalinei pot fi responsabile de aura pe care mulţi o prezintă imediat înainte de instalarea migrenei.

În timpul atacului migrenos, scad nivelurile cerebrale de serotonină. Cercetătorii sunt de părere că acest lucru determină nervul trigemen să elibereze anumite substanţe numite neuropeptide, care circulă spre învelişul extern al creierului determinând dilatarea şi inflamarea vaselor de sânge. Rezultatul va fi durerea de cap.

Multe aspecte în legătură cu migrenele rămân încă necunoscute, dar experţii cred că acest tip de cefalee începe iniţial la nivelul trunchiului cerebral, urmează apoi o iradiere spre nervul trigemen, care este o cale majoră a durerii din creier. De aici, se deplasează spre vasele de sânge de la nivelul învelişului extern al creierului. Vasele de sânge se dilată, se inflamează, apărând senzaţia de durere. Deoarece concentraţia magneziului scade imediat înainte sau în timpul producerii migrenei, este posibil ca nivelurile scăzute ale acestei substanţe minerale, implicate în buna funcţionare a neuronilor, să producă disfuncţionalităţi ale celulelor nervoase cerebrale.

Tipuri de migrenă

Migrenele au diferite forme clinice.

Migrena cu aură

În cazul migrenei clasice, unele persoane primesc nişte avertizări neurologice cu 5 - 20 de minute înainte de atacul migrenos.

Această avertizare, numită aură, poate consta în flashuri strălucitoare de lumini colorate, linii în zig-zag, pete negre ce cresc progresiv şi ameţeală. De asemenea, puteţi avea o senzaţie de amorţeală pe o parte a corpului. Mai puţin frecvent, simptomele pot consta într-o slăbiciune sau amorţire a feţei, mâinii sau piciorului, precum şi amorţirea buzelor şi dificultăţi de vorbire sau scriere. Rareori, aceste simptome pot persista, probabil din cauza unui accident vascular cerebral.

Migrena fără aură

Migrena obişnuită începe progresiv fără nici un fel de simptom caracteristic de avertizare. Cu ore înainte de migrenă puteţi simţi o stare de bună dispoziţie, să fiţi plin de energie, puteţi simţi sete, o poftă de dulciuri, ameţeală, iritabilitate sau depresie. Acestea se consideră frecvent simptome premonitorii. De obicei, migrena atinge maximum de intensitate în câteva minute sau mai mult.

Alte tipuri de migrene

Tipurile mai puţin frecvente de migrene cuprind:

- *migrena cu aură şi paralizie*. Numită migrenă hemiplegică familială, acest tip de migrenă constă în paralizia unei jumătăţi a corpului. Pacientul are cel puţin o rudă apropiată cu atacuri similare;
- *migrena cu aură, dar fără durere de cap*. Acest tip de migrenă apare mai mult la adulţii în vârstă;
- *statusul migrenos*. Aceasta este o migrenă ce durează mai mult de 72 de ore.
- *infarct migrenos*. În acest tip de migrenă, unul sau mai multe din simptomele ce constituie aura persistă mai mult de 21 de zile.

Debutul migrenei poate fi în copilărie, adolescenţă sau la maturitate, ea crescând în intensitate o dată cu vârsta. În mai mult de 1/2 de cazuri există istoric familial de migrenă. Femeile au o probabilitate de 3 ori mai mare decât bărbaţii de a dezvolta o migrenă. Atacurile migrenoase au tendinţa să diminue în timpul sarcinii, în special în cursul trimestrului al doilea.

Cauzele biologice ale migrenelor sunt necunoscute, însă s-au identificat mulţi factori declanşatori. O perioadă de muncă intensă, urmată de o perioadă de relaxare poate duce la aşa numita migrenă de sfârşit de săptămână. Stresul, variaţiile hormonale din timpul menstruaţiei, consumul de alcool, înfometarea sau folosirea contraceptivelor orale, pot declanşa migrena la unele persoane.

Anumite mâncăruri pot provoca atacurile migrenoase; de exemplu vinul roşu, ciocolata, brânzeturile fermentate, laptele, ficatul de pui, carnea conservată cu nitraţi sau orice mâncare preparată cu glutamat monosodic. Unele persoane raportează că expunerea la soare sau exerciţiile fizice le precipită atacurile migrenoase. Însă, multe atacuri migrenoase nu au un factor declanşator specific.

Diagnostic

Dacă prezentaţi crize migrenoase cu simptome premonitorii caracteristice sau un istoric familial cu astfel de crize migrenoase, medicului îi va fi uşor să vă pună diagnosticul. Dacă, însă, nu prezentaţi aceste caracteristici sau dacă durerile de cap sunt severe şi cu debut recent, va trebui să faceţi teste pentru a găsi alte cauze, de tipul unei tumori, anevrism sau o boală structurală. În anumite cazuri, medicul va recomanda analize de genul puncţiei lombare pentru analiza lichidului cefalorahidian (vezi pag. 578), o radiografie de sinusuri, un examen oftalmologic, o tomografie computerizată (CT) sau un examen de rezonanţă magnetică nucleară (RMN).

Cât de gravă este migrena?

Migrenele sunt afecţiuni cronice ce nu pot fi vindecate. Durerile de cap nu sunt ameninţătoare de viaţă şi nu există dovezi că ar duce la alte boli. Cu tratament, veţi putea scădea numărul şi severitatea atacurilor migrenoase.

Uneori, în efortul de a ameliora durerea, pot apărea complicaţii. Dacă vă administraţi singur preparate antimigrenoase, de 3 sau mai multe ori pe săptămână, puteţi dezvolta o complicaţie numită cefaleea de rebound (vezi pag. 556). Deşi aceste medicamente pot produce ameliorări temporare, organismul dumneavoastră se obişnuieşte cu ele în timp, rezultatul fiind agravarea intensităţii sau frecvenţei atacurilor. Veţi lua, în consecinţă, şi mai multe analgezice, intrând într-un cerc vicios.

În plus, medicamentele antiinflamatoare nesteroidiene de tipul ibuprofenului (Advil, Motrin etc.) şi aspirinei, pot produce efecte adverse de tipul durerilor de stomac, sângerari sau ulcer, în special dacă sunt luate în cantităţi mai mari sau pe perioade mai lungi de timp.

Tratament

Medicamentele care pot ameliora migrenele se clasifică în 2 tipuri: cele care opresc sau reduc durerea după ce aceasta a apărut şi cele ce reduc sau previn atacurile migrenoase.

Medicaţia de fază acută

Aceste medicamente scad sau opresc durerea după ce migrena a început. Efectul analgezic va fi mai mare dacă după administrarea medicaţiei vă odihniţi sau dormiţi într-o cameră întunecată:

- *Analgezicele* de tipul paracetamolului (Tylenol, Eferalgan etc.) sau antiinflamatoarele nesteroidiene pot ameliora migrenele uşoare până la moderate, la aproximativ 50% dintre persoanele ce prezintă astfel de migrene. Dacă medicaţia luată din proprie iniţiativă nu ajută, medicul poate recomanda mărirea dozelor. Reţineţi: medicamentele antimigrenoase noi, ce pot fi cumpărate fără prescripţie, conţin aceeaşi cantitate de analgezic ca versiunile originale ale acestor medicamente şi sunt, de obicei, ineficiente la cei cu migrene severe. Luate prea des sau pe perioade lungi de timp, ele pot provoca ulcer, sângerare gastrointestinală sau cefalee de rebound.
- *Triptanii*. Sumatriptanul (Imitrex, Imigran) a fost primul medicament sintetizat special pentru tratarea migrenelor. El mimează acţiunea corticală a serotoninei prin legarea de receptorii serotoninici şi determinând vasoconstricţie. Acest medicament este disponibil pentru administrare orală, intranazală şi injectabilă.

După administrarea de tablete, efectul se instalează în decurs de aproximativ 2 ore. Administrarea injectabilă produce o ameliorare a simptomelor în 15 minute. Forma pentru administrare intranazală acţionează mai încet decât cea injectabilă dar mai rapid ca cea orală. Cu toate acestea, injecţiile pot fi neplăcute şi pot apărea zone de iritaţie în jurul locului de injectare. Sumatriptanul este un medicament scump şi eficacitatea sa este totuşi limitată, el putând îndepărta durerea doar pentru aproximativ 5 ore.

De la apariţia acestui medicament, o serie de alte medicamente similare au devenit disponibile, printre care: rizatriptan (Maxalt), naratriptan (Amerge), zolmitriptan (Zomig), almotriptan (Axert) şi frovatriptan (Frova). Rizatriptan şi zolmitriptan sunt eficace la aproximativ 60-80% din persoanele cu migrenă.

Efectele adverse ale triptanilor cuprind: greaţă, ameţeli şi slăbiciune musculară. Deşi rareori, pot apărea efecte adverse de tipul accidentelor vasculare cerebrale sau infarctului de miocard. În cazuri rare, anumite persoane ce au luat Imitrex au dezvoltat dureri abdominale severe, crampe şi diaree cu sânge datorită scăderii fluxului sangvin intestinal (ischemie mezenterică). Aceste simptome necesită spitalizare şi chiar intervenţii chirurgicale.

Dacă luaţi antidepresive de genul inhibitorilor de monoaminoxidază (IMAO), nu luaţi concomitent triptani. Asiguraţi-vă că aţi menţionat medicului toate medicamentele pe care luaţi.

- *Derivaţii de ergotamină*. Medicamente de tipul ergotaminei sau dihydroergotamina (D.H.E. 45) sunt considerate eficace în ameliorarea durerii prin legarea lor de receptorii serotoninici, asemănător triptanilor.
- *Metoclopramid* este eficient în combaterea stării de greaţă şi a vomei ce acompaniază migrenele.

Dacă migrena este prelungită şi însoţită cu atacuri continue de vomă, mergeţi de urgenţă la medic pentru un tratament de



Relaxarea musculară

Uneori, oamenii dezvoltă un răspuns muscular habitual la stres – o stare de permanentă încordare musculară. Tehnicile de relaxare musculară pot ameliora durerea produsă de încordarea musculară. Aceste procedee şi-au arătat eficacitatea în tulburări ca cefaleea de tensiune, sindromul articulaţiei temporomandibulare şi durerile de spate. Pentru multe persoane, practicarea tehnicilor de relaxare musculară sunt de ajutor în îndepărtarea stresului. Dacă aveţi o stare de anxietate, încercaţi următoarea strategie de relaxare:

1. Staţi pe un scaun confortabil sau culcaţi-vă pe pat. Închideţi ochii. Începeţi să respiraţi încet şi profund. Continuaţi să respiraţi adânc şi ritmic pentru câteva minute. În timp ce inspiraţi lăsaţi-vă abdomenul şi pieptul să se umfle cu aer şi contractaţi-le în expir. Între inspir şi expir, ţineţi-vă răsuflarea câteva secunde. După ceva antrenament, vor fi de ajuns câteva astfel de respiraţii pentru a vă calma în cursul situaţiilor stresante.
2. Încordaţi-vă muşchii degetelor mari de la picioare şi apăsaţi în picioare. Ţineţi-le întinse. Simţiţi tensiunea din degete şi picioare. Ţineţi-vă muşchii încordaţi şi concentraţi-vă la această tensiune aproximativ 20 de secunde. Apoi relaxaţi-vă degetele şi picioarele. Simţiţi cum tensiunea se risipeşte din muşchii dumneavoastră. Simţiţi cum muşchii devin din ce în ce mai relaxaţi, din ce în ce mai grei. Simţiţi căldura circulând prin ei pe măsură ce tensiunea se risipeşte. Repetaţi-vă în gând cuvintele calm şi relaxat. Când picioarele şi degetele dumneavoastră sunt relaxate, repetaţi procedura cu altă grupă musculară vecină, progresând foarte încet spre cap, cu fiecare grupă musculară în parte: gleznele şi gambele, coapsele, pelvisul şi fesele, abdomenul, pumnii, braţele şi umerii.
3. Apăsaţi capul în pernă şi încordaţi-vă muşchii gâtului. Strângeţi din dinţi, încruntaţi-vă şi priviţi cruciş. Apoi, relaxaţi-vă. În timp ce vă relaxaţi fiecare segment al capului şi gâtului, repetaţi-vă în gând cuvintele „calm şi relaxat". Respiraţi rar şi profund.

Pentru mai multe informaţii despre reducerea stresului vezi cap. 5 „Controlul stresului".

reechilibrare hidroelectrolitică şi control al durerii.

Tratament preventiv

Medicaţia preventivă poate fi utilă în reducerea frecvenţei şi intensităţii atacurilor migrenoase, şi în creşterea eficienţei medicamentelor antimigrenoase administrate în timpul atacurilor. În general, tratamentul profilactic este recomandat după epuizarea celorlalte metode de tipul evitării factorilor declanşatori sau în cazul în care atacurile migrenoase au o frecvenţă mai mare de 2-3 ori pe lună.

În majoritatea cazurilor, aceste medicamente profilactice nu previn toate migrenele şi unele dintre ele pot avea efecte secundare destul de serioase. Pentru a fi eficiente, ele trebuie administrate zilnic sau cum vă recomandă medicul dumneavoastră.

- *Medicaţia cardiovasculară.* Betablocanţii sau blocanţii canalelor de calciu, folosiţi curent în tratarea hipertensiunii arteriale sau a bolilor coronariene, pot fi de folos în diminuarea frecvenţei şi intensităţii migrenelor. Efectele secundare pot consta în: ameţeală, dezorientare şi senzaţia de plutire. De asemenea, betablocanţii pot masca semne şi simptome de hipoglicemie la cei cu diabet şi pot agrava astmul bronşic.
- *Antidepresivele.* Anumite antidepresive sunt eficiente în prevenirea tuturor tipurilor de cefalee, inclusiv a migrenelor. Cele mai eficiente sunt antidepresivele triciclice de tipul nortriptilinei (Aventyl, Pamelor) şi Amitriptilinei (Elavil, Laroxyl). Aceste medicamente pot reduce migrenele prin acţiunea lor asupra serotoninei sau a altor neurotransmiţători cerebrali.
- *Medicamentele anticonvulsivante.* Anumite antiepileptice, de

Copiii şi cefaleea

Cefaleea reprezintă una din cauzele cele mai frecvente pentru care copiii mai mari lipsesc de la şcoală. Durerile recurente de cap sunt obişnuite în copilăria târzie şi adolescenţă, deşi se datorează rareori unei probleme serioase. Durerile de cap însoţesc multe afecţiuni virale. Totuşi, când copilul se plânge frecvent de dureri de cap, chiar şi în perioadele în care altfel este bine, consultaţi medicul.

Cefaleea poate indica stresul legat de şcoală, prieteni sau familie. Poate fi un efect advers al unui medicament, în special al unui decongestionant.

Dacă sunteţi de părere că este o cefalee de tensiune, ajutaţi copilul să găsească moduri de a se relaxa şi de a evita stresurile inutile. Dacă durerile de cap sunt frecvente, ajutaţi-vă copilul să ţină un jurnal al acestor dureri. Folosiţi paracetamol (Tylenol, Eferalgan etc.) sau ibuprofen (Advil, Motrin etc.) în cantităţi mici şi pe perioade scurte de timp pentru a nu neglija anumite probleme mai serioase pe care analgezicele le pot masca.

Nu administraţi aspirină copiilor sub 16 ani fără avizul medicului. Folosirea aspirinei la copii este asociată cu posibilitatea dezvoltării sindromului Reye, o afecţiune rară şi potenţial ameninţătoare de viaţă.

Copiii pot prezenta, de asemenea, şi migrene ce pot fi însoţite de vomă, sensibilitate la lumină şi somnolenţă. Ameliorarea apare, de obicei, în câteva ore.

Dacă cefaleea persistă, debutează brusc fără vreun motiv aparent sau se agravează constant, sunaţi-vă medicul. De asemenea, consultaţi medicul dacă cefalee debutează după o infecţie a urechii, a dinţilor, a gâtului etc. Nu uitaţi să spuneţi medicului dacă există persoane care au migrenă în familia dumneavoastră. Această informaţie ar putea elucida diagnosticul.



exemplu acidul valproic (Depakene) şi gabapentin (Neurontin), folosite în tratarea epilepsiei şi a tulburărilor bipolare, pot preveni şi migrenele. Acidul valproic poate avea efecte adverse de tipul greţei şi vomei, pirozisului, diareei, crampelor abdominale, căderii părului şi confuziei. Efectele adverse ale Gabapentinului pot fi astenia, ameţeala, vedere tulbure sau scăderea acuităţii vizuale, nelinişte, greaţă şi vomă. Nu folosiţi aceste medicamente dacă sunteţi gravidă.

- *Cyproheptadină.* Antihistaminicul cyproheptadină (Periactin, Peritol) are efect asupra activităţii serotoninergice. Medicamentul este uneori folosit în prevenirea migrenelor la copii.
- *Riboflavina.* Luată în doză mare - aproximativ 400 mg/zi, riboflavina poate preveni apariţia migrenei. Riboflavina (vitamina B_2) poate corecta deficitul neuronal de vitamină, care poate fi asociat cu apariţia migrenelor la anumiţi subiecţi. Cantităţi mari de asemenea vitamină trebuie luată, însă, doar sub control medical.

Autoîngrijire

Dacă aţi observat că anumite mâncăruri vă pot declanşa o migrenă, evitaţi-le. La anumite persoane, migrenele pot fi prevenite sau diminuate prin menţinerea unui program regulat de somn, inclusiv la sfârşitul săptămânii.

Exerciţiile aerobice- aproximativ 30 de minute în majoritatea zilelor săptămânii- diminuă încordarea musculară putând preveni apariţia migrenelor la anumite persoane. Aveţi grijă să faceţi o încălzire progresivă, deoarece efectuarea bruscă a unui efort fizic intens poate declanşa episodul migrenos. Pot fi de folos tehnicile de relaxare.

Dacă bănuiţi că migrenele dumneavoastră sunt legate de anumite medicamente de tipul anticoncepţionalelor orale sau terapiei de substituţie hormonală, luaţi în calcul întreruperea acestor medicamente. Aceste medicamente conţin estrogen care poate declanşa sau contribui la migrene. Consultaţi medicul asupra opţiunilor terapeutice sau asupra dozelor pe care să le luaţi.

Dacă aveţi cefalee frecvent, ţineţi un jurnal pentru a putea observa ce anume declanşează atacurile dumneavoastră. Notaţi ora de debut a durerii de cap, ce aţi mâncat cu 24 de ore înainte, cum v-aţi simţit şi ce anume făceaţi când a început durerea de cap, orice stres neobişnuit, cât a durat durerea de cap şi ce a oprit-o. Puteţi, de asemenea, folosi acest jurnal pentru a putea trece mai uşor în revistă semnele şi simptomele de boală, în timpul consultaţiei medicale.

Cefaleea tip cluster

Semne şi simptome

- Durere constantă în sau în jurul unui ochi, ce apare în episoade ce respectă acelaşi moment al zilei sau nopţii
- Lăcrimare şi înroşire oculară însoţite de obstrucţie nazală pe aceeaşi parte a feţei

Cefaleea tip cluster (în ciorchine) este caracterizată printr-o senzaţie intensă de arsură sau durere sfredelitoare localizată, de obicei, în jurul unui ochi sau la tâmplă şi ocazional într-un obraz sau maxilar. Ochiul afectat este roşu şi lăcrimos. Nara de partea respectivă se obstruează şi poate prezenta rinoree profuză. Alte semne posibile sunt micşorarea diametrului pupilar şi o pleoapă superioară căzută.

Durerea se intensifică rapid în decurs de 5-10 minute până la un maxim ce ţine, de regulă, de la 30 de minute la 2 ore. Cei afectaţi, de regulă nu stau culcaţi în timpul atacului deoarece această poziţie le poate amplifica durerea.

Cefaleea tip cluster are un debut brusc şi poate apărea oricând, dar cel mai frecvent la 2-3 ore după ce aţi adormit, în mod obişnuit în timpul fazei de somn cu mişcări rapide ale globilor oculari (REM). Aceste dureri de cap pot apărea zilnic timp de zile, săptămâni sau luni, până la o perioadă de remisiune ce poate dura săptămâni sau ani (atacuri episodice) sau pot fi prezente un an sau mai mult fără vreo remisiune (atacuri cronice). O fază cronică poate urma unei perioade de atacuri episodice.

Spre deosebire de migrene, care apar mai frecvent la femei, acest tip afectează în principal bărbaţii. Primul atac apare la bărbaţi în perioada adolescenţei sau în jur de 20 de ani. Aproape toţi cei afectaţi sunt fumători înrăiţi. Nu există, de obicei, un istoric familial de cefalee similare.

Nu s-au identificat anumite cauze pentru cefaleea tip cluster. Unii cercetători susţin că apariţia acestui tip de cefalee este legată de unele substanţe chimice prezente în creier şi de anumiţi nervi cranieni. Substanţele determină vasodilataţie şi durere.

Studii recente sugerează că această cefalee poate fi cauzată de o activitate anormală a hipotalamusului. Acesta are multe funcţii, printre care şi reglarea bioritmului somn- veghe şi a altor bioritmuri. O activitatea anormală a hipotalamusului ar putea explica caracterul nocturn şi sezonier al atacurilor.

Consumul de alcool poate declanşa atacurile de cefalee tip cluster, dacă sunteţi predispus la asemenea atacuri.

Diagnostic

Dacă prezentaţi semnele şi simptomele clasice de cefalee tip cluster, nu va fi nici o dificultate pentru medicul dumneavoastră de a pune diagnosticul. Cu toate acestea, va trebui să faceţi anumite teste pentru a exclude alte afecţiuni ce pot prezenta dureri similare, ca de exemplu un anevrism al unei artere cerebrale, o tumoră vasculară, o sinuzită sau un glaucom.

Cât de gravă este cefaleea tip cluster?

Este o afecţiune cronică. Nu se cunoaşte un tratament care s-o vindece şi există puţine cunoştinţe despre caracteristicile periodicităţii atacurilor. Poate fi o boală care să dureze toată viaţa. Durerea din timpul atacului poate să vă afecteze temporar funcţionarea, dar nu determină o afectare fizică permanentă şi cefaleea nu este cauza altor boli.

Tratament

Cefaleea tip cluster este de obicei rezistentă la analgezicele obişnuite deoarece efectul acestora apare prea lent. Există, totuşi, anumite medicamente prescrise de medic care pot ameliora sau preveni apariţia durerii de cap.

Medicaţia de fază acută

Medicamentele de fază acută opresc sau diminuă durerea după debutul unei cefalee tip cluster:

- *Sumatriptanul* (Imitrex, Imigran) în formă injectabilă, este folosit la controlul cefaleei tip cluster. El îşi face efectul în 15 minute. Sumatriptanul mimează acţiunea neurotransmiţătorului cerebral serotonină prin legare de receptorii serotoninergici şi determinând vasoconstricţie carebrală.
- *Derivaţii de ergotamină.* Medicamentele de tipul Ergotaminei sau Dihydroergotaminei (D.H.E. 45) determină vasoconstricţia vaselor cerebrale şi ale scalpului. Acest lucru este eficient în cazul anumitor persoane, dar dozele trebuie limitate pentru a evita efectele adverse, în special greaţa. Medicaţia poate, de asemenea, fi prescrisă şi pentru prevenirea crizelor.
- *Oxigenul.* Inhalarea de oxigen 100% ameliorează deseori simptomatologia şi poate fi, adesea, cel mai eficient tratament al acestui tip de cefalee, ce apare noaptea.

Medicaţia preventivă

Acest tip de medicaţie poate fi de folos la diminuarea frecvenţei şi severităţii cefaleei tip cluster şi la creşterea eficacităţii medicaţiei analgezice în timpul atacului.

- *Methysergid maleat.* Acest medicament poate fi folosit pentru controlul şi prevenirea atacurilor. Aproximativ 60% dintre cei afectaţi de cefaleea tip cluster răspund la această medicaţie. El inhibă acţiunea serotoninei şi blochează eliberarea de histamină din celule. Este folosit în perioadela dureroase, dozele scăzându-se progresiv în timpul remisiunii.
- *Carbonatul de litiu.* Unul dintre efectele acestui compus este blocarea acţiunii serotoninei la nivel cortical. El poate fi eficient în cursul fazei cronice a cefaleei tip cluster. În timpul perioadelor de remisiune, se scad dozele pentru evitarea efectelor nedorite.
- *Blocanţii canalelor de calciu.* Medicamente de genul verapamilului (Calan, Isoptin, Falicard) relaxează musculatura netedă a vaselor sangvine şi pot fi eficiente în prevenirea atacurilor de cefalee tip cluster, în cazul multor persoane. Tratamentul poate fi continuat timp de 3-4 săptămâni de la ultimul atac, apoi va fi scos progresiv sub îndrumarea medicului. Uneori, în cazul cefaleei cronice, este necesar tratament pe termen lung.
- *Corticosteroizii.* Medicamentele de tipul prednisonului pot fi de ajutor în oprirea unui atac de cefalee tip cluster. Această medicaţie poate fi prescrisă în cazul unui debut recent al durerilor sau dacă prezentaţi frecvent atacuri de scurtă durată urmate de lungi perioade de remisiune.

Tratament chirurgical

Rareori, pot fi recomandate intervenţii chirurgicale pe anumite grupuri limitate de celule nervoase dacă medicamentele nu sunt eficiente. Chirurgia poate produce ameliorări la aproximativ 60% dintre pesoanele ce prezintă cefalee cronică tip cluster. Riscurile operaţiei constau în posibile slăbiciuni musculare permanente sau pierderi ale sensibilităţii în anumite zone ale feţei şi capului.

Crizele epileptice

Celulele nervoase comunică între ele prin intermediul semnalelor electrice. O criză epileptică apare atunci când există o modificare bruscă a acestor semnale, determinând dezorganizarea neuronilor. În timpul unei crize epileptice, anumiţi neuroni trimit mesaje anormale ce împiedică ceilalţi neuroni să funcţioneze normal. Semnalele anormale pot determina modificări temporare în senzaţii, comportament, mişcări sau stare de conştienţă.

Aceste crize pot apărea ca urmare a unei boli sau a unui traumatism care a afectat creierul sau fără vreun motiv cunoscut.

Când să mergeţi la medic

Mergeţi la un control medical cât mai repede după prima dumneavoastră criză de grand mal. Dacă, în urma evaluării medicale, rezultă că aveţi epilepsie, nu va trebui să vă prezentaţi la medic ori de câte ori aveţi o criză epileptică. Dar, prezentaţi-vă de urgenţă la medic dacă prezentaţi următoarele caracteristici:

- Criza durează mai mult de 5 minute.
- Revenirea după criză este lentă.
- Criza este urmată imediat de o alta.
- Sunteţi gravidă.
- Există semne de leziuni sau afectare.
- Crizele dumneavoastră se îndesesc.
- Apar modificări în modul în care vă simţiţi în timpul sau după criză.
- Aţi schimbat medicaţia antiepileptică sau aţi introdus medicamente noi.





Ce trebuie să faceţi când cineva are o criză epileptică

Dacă sunteţi de faţă când cineva are o criză epileptică, chemaţi de urgenţă ajutor medical şi urmaţi aceste instrucţiuni:

- Culcaţi încet persoana respectivă pe o parte şi puneţi-i ceva moale sub cap.
- Desfaceţi-i gulerul.
- Nu încercaţi să vă introduceţi degetele sau un alt obiect în gura persoanei respective. Limba nu poate fi înghiţită.
- Nu încercaţi să opriţi mişcările persoanei respective.
- Căutaţi o eventuală brăţară de avertizare medicală, la persoana respectivă. Pe ea poate fi notat cine trebuie alertat în caz de urgenţă şi ce medicamente foloseşte persoana respectivă. Pot fi menţionate şi alergiile medicamentoase.

Dacă prezentaţi un singur episod, nu înseamnă neapărat că aveţi epilepsie. Dacă, însă, crizele se repetă spontan, afecţiunea este numită epilepsie. Tulburarea convulsivă este un termen mai larg ce include atât o criză convulsivă unică, cât şi epilepsia.

Acestea nu sunt tulburări mintale, deşi starea de sănătate mintală poate influenţa controlul crizelor. Aceste crize convulsive nu produc probleme psihiatrice sau retard mintal, deşi cei cu epilepsie pot suferi concomitent şi de aceste afecţiuni. În cazul anumitor persoane, factorii ereditari sau de mediu pot contribui la apariţia crizelor convulsive recurente.

Crizele epileptice grand mal

Semne şi simptome

- Un episod de pierdere a conştienţei însoţit de convulsii

O criză grand mal (tonico-clonică generalizată) începe cu o fază de 15-20 de secunde de rigiditate musculară (faza tonică) şi apoi o perioadă de 30-60 de secunde de mişcări ritmice (faza clonică). Are loc pierderea conştienţei ce poate fi urmată de cădere. Criza se termină cu o perioadă de somn profund, relaxat, ce variază între câteva minute şi câteva ore până la recăpătarea conştienţei. Persoana nu-şi aminteşte despre criză. Criza grand mal poate fi urmată de cefalee sau de o stare de ameţeală sau confuzie.

Crizele convulsive grand mal sunt cauzate de o excitabilitate neuronală anormală rezultând o activitate electrică anormală ce se împrăştie rapid în creier. În cele mai multe cazuri, crizele par să apară la intervale de timp întâmplătoare, dar unele persoane le asociază cu menstruaţia, deprivarea de somn, hipoglicemia, stresul crescut şi, rareori, cu anumiţi stimuli de genul luminii, zgomotelor, atingerii sau cititului. Uneori, în criză sunt implicaţi doar câţiva muşchi (criză focală), ca de exemplu un membru sau o parte a feţei.

Uneori, crizele epileptice au caracter ereditar. De fapt, o serie de gene au fost asociate anumitor sindroame convulsive. Alte cauze cunoscute ale crizelor epileptice recurente sunt cicatrice rezultate din alte afectări sau traumatisme ale creierului, infecţiile cerebrale, tumorile cerebrale, abcesele sau hemoragiile, sevrajul alcoolic sau al drogurilor şi tulburări metabolice din cadrul diabetului, bolilor renale sau hepatice. Când debutul bolii se situează înainte de 25 de ani, cauza este de obicei necunoscută. Crizele epileptice ce apar după 25 de ani sunt mai probabil datorate creşterii lente a unei tumori cerebrale.

Aproximativ 2 milioane de americani suferă de epilepsie şi până la 5% din populaţie a suferit un episod unic de criză convulsivă. Mulţi din cei din ultima categorie au avut o criză grand mal, uneori în combinaţie cu un alt tip de criză.

Diagnostic

O criză epileptică de grand mal este uşor de recunoscut, dar cauza poate fi dificil de găsit. Medicul dumneavoastră va dori să obţină un istoric medical amănunţit. După o examinare fizică, puteţi avea nevoie de un test numit electroencefalogramă (EEG), care înregistrează activitatea electrică a creierului.

Alte teste diagnostice pot fi tomografia computerizată (CT) sau rezonanţa magnetică nucleară (RMN), precum şi analize de sânge. Crizele focale sunt cauzate adesea de cicatrice corticale sau de o tumoră într-o zonă specifică a creierului. O asemenea cauză poate fi determinată cu ajutorul unei tomografii computerizate sau unei rezonanţe magnetice nucleare.

Cât de gravă este criza de grand mal?

Gravitatea unei crize grand mal depinde de ce anume a provocat-o. Din această cauză este important să mergeţi la medic dacă aţi prezentat o criză grand mal.

Când cauza producerii crizei convulsive este una de genul hipoglicemiei şi acest lucru este corectat, atunci tulburarea convulsivă nu este gravă. În alte cazuri, însă, criza se poate datora unei probleme medicale importante cum ar fi o tumoră sau o infecţie cerebrală.

O criză convulsivă care determină pierderea conştienţei sau pierderea controlului poate fi periculoasă dacă are loc în momentul în care conduceţi maşina sau manipulaţi un anumit tip de echipament. De aceea, multe state au restricţii de condus în funcţie de gradul de control al crizelor epileptice. Crizele epileptice pot duce la accidentări datorită căzăturilor.

Medicamente anticonvulsivante

Pentru mulţi oameni ce prezintă tulburări convulsive, medicamentele pot controla sau diminua simţitor frecvenţa crizelor. Selectarea şi dozarea medicamentelor necesită tatonare sub supraveghere medicală. Puteţi prezenta efecte secundare de genul ameţelii, tulburări gastrice sau erupţie cutanată.

În anumite cazuri, medicaţia poate fi întreruptă după mai mulţi ani fără crize, dar acest lucru trebuie realizat prin scăderea progresivă a dozelor şi sub supraveghere medicală. În cazul în care crizele sunt simptomatice, se datorează unei cauze anume, de tipul unei infecţii sau unui accident vascular cerebral, medicul poate decide oprirea medicaţiei după ce cauza subiacentă a fost tratată şi este sub control.

Medicamentele anticonvulsivante (antiepileptice) cele mai frecvent prescrise sunt:

- Carbamazepina (Carbatrol, Tegretol, Finlepsin)
- Clonazepam (Klonopin, Rivotril)
- Ethosuximide (Zarontin, Petinimid)
- Fenobarbital (Solfoton, Gardenal, Luminal)
- Fenitoin (Dilantin, Phenhydan)
- Primidone (Mysoline)
- Acid valproic (Depakene, Convulex)
- Divalproex (Depakote)

În ultimii 10 ani au apărut noi medicamente anticonvulsivante, printre care:

- Gabapentin (Neurontin)
- Felbamate (Felbatol)
- Lamotrigine (Lamictal)
- Topiramat (Topamax)
- Tigabine (Gabitril)
- Oxacarbazepine (Trileptal)
- Levetiracetam (Keppra)
- Zonisamide (Zonagran)

Pentru crizele prelungite sau starea de rău epileptic, medicul vă poate prescrie un sedativ de tipul diazepamului (Diastat, Valium) sau lorazepam (Ativan). Pentru copiii ce au un tip de epilepsie numit spasm infantil sau epilepsie rezistentă la tratamentul antiepileptic obişnuit, se prescrie uneori un medicament corticoid numit ACTH (hormon adrenocorticotrop sau corticotrofina) sub formă injectabilă.

Multe medicamente antiepileptice pot creşte riscul malformaţiilor congenitale. Dacă plănuiţi să rămâneţi gravidă, spuneţi medicului despre epilepsia dumneavoastră şi despre medicaţia pe care o luaţi.

Tratament

Când crizele dumneavoastră nu sunt frecvente şi nu sunt consecinţa unei cauze subiacente, atunci puteţi duce o viaţă aproape normală. Medicamentele pot fi foarte eficiente în controlul crizelor epileptice. Este important să respectaţi timpul şi orele de odihnă. Evitaţi excesul de alcool, care vă creşte riscul de a face crize. Purtaţi o banderolă de semnalizare medicală la mână sau la gât pe care să fie specificat cine trebuie chemat în cazul în care dumneavoastră aveţi o criză epileptică.

Dacă medicaţia nu este eficientă, aveţi şi alte opţiuni la dispoziţie cum ar fi intervenţia chirurgicală sau un tratament numit stimularea nervului vagal.

Tratament medicamentos

Medicamentele constituie prima linie terapeutică în cazul epilepsiei şi pentru multe tipuri reprezintă o metodă eficientă de a controla crizele epileptice. Discutaţi cu medicul despre efectele adverse ale diferitelor antiepileptice. Majoritatea acestor medicamente se administrează oral. Este important să respectaţi instrucţiunile de pe prospect sau indicaţiile medicului. Administrarea regulată a medicaţiei ajută la menţinerea unui nivel constant al medicamentului în sânge.

Sarcina poate modifica necesarul dumneavoastră de medicament aşa că informaţi-vă medicul despre dorinţa dumneavoastră de a rămâne gravidă sau despre faptul că sunteţei deja gravidă în timp ce luaţi medicaţie antiepileptică.

Tratament chirurgical

Crizele epileptice apărute ca urmare a prezenţei unei tumori, unui abces sau unei hemoragii cerebrale pot să nu se mai repete după îndepărtarea chirurgicală a cauzei. Uneori, când focarul epileptogen este localizat într-o anumită parte a creierului care poate fi excizată fără consecinţe majore, chirurgia poate fi o opţiune. Localizarea activităţii epileptice poate fi făcută cu ajutorul EEG-ului şi a RMN-ului.

Pentru copiii la care nu se poate localiza focarul epileptogen şi care îşi pierd adesea starea de conştienţă în cursul crizelor epileptice,

o soluție este secționarea chirurgicală a fibrelor ce conectează cele două emisfere cerebrale (corpul calos), ducând la scăderea importantă a numărului de crize, fără o afectare prea importantă a celorlalte funcții cerebrale. Metoda chirurgicală este luată în calcul atunci când tratamentul medicamentos nu reușește să controleze crizele.

Dieta ketogenă

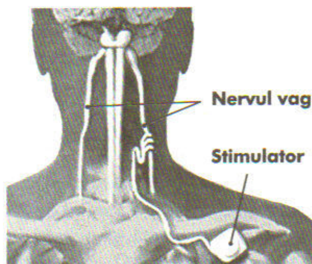
Când copilul dumneavoastră este rezistent la tratamentul medicamentos sau dacă efectele adverse sunt intolerabile, medicul vă poate recomanda o anumită dietă ce este bogată în grăsimi și săracă în proteine și carbohidrați. Scopul acestei diete este să determine corpul să producă corpi cetonici, determinând organismul să folosească drept sursă de energie grăsimi în loc de glucoză. Acest proces împiedică crizele epileptice deși nu se știe exact prin ce mecanism.

Această dietă ketogenă este un tratament complex și necesită o implicare atentă a medicului, dieteticianului și familiei. Dieta, ce constă în cantități precise de anumite alimente și băuturi, trebuie urmată cu strictețe pentru a da rezultate. Chiar și un minuscul aport de zahăr poate compromite eficacitatea dietei. Această dietă s-a dovedit eficientă la 2 din 3 copii care au urmat-o. Ea este folosită, de regulă, o perioadă limitată de timp și nu este la fel de eficientă în cazul adulților ca în cazul copiilor.

Stimularea vagală

Dacă medicamentele nu sunt eficiente sau prezintă efecte adverse grave, o altă opțiune terapeutică poate fi stimularea nervului vag cu ajutorul unui dispozitiv implantat sub claviculă. Firele aparatului sunt dispuse în jurul nervului vag la nivelul regiunii cervicale. Acest nerv conectează partea inferioară a creierului dumneavoastră la inimă, plămâni și tractul gastrointestinal.

Dispozitivul stimulează creierul într-un regim intermitent, conform unui program ce se poate ajusta. Stimularea are, în cazul anumitor pacienți, un efect de inhibitor asupra crizelor convulsive deși mecanismul de producere nu este clar.



Stimulatorul vagal emite intermitent mici stimuli electrici către nervul vag. La anumite persoane, aceste stimulări inhibă crizele convulsive.

Crizele epileptice tip absență

Semne și simptome

- Scurte momente de pierdere a conștienței
- Prezența de mișcări rapide ale pleoapelor în timpul momentelor de absență
- Recăpătarea completă a stării de conștiență după aceste momente de absență

Epilepsia tip absență (epilepsia tip petit mal) este un alt tip de epilepsie. Durata fiecărei absențe este de numai câteva secunde, dar frecvența lor poate varia de la zeci, la sute de crize zilnic.

În timpul unei absențe există o scurtă suspendare a stării de conștiență însoțită de mișcări rapide ale pleoapelor sau de tresăriri ale mâinilor. Conștiența este pe deplin restabilită imediat după terminarea absenței, fără nici un pic de confuzie. De obicei, persoana care a prezentat criza de absență nu-și amintește ce s-a întâmplat.

Absențele apar, în mod tipic, la copii cu vârsta cuprinsă între 6 și 12 ani și rareori după 20 de ani. După debut pot trece săptămâni sau chiar luni până ce un adult să le observe deoarece sunt, de obicei, foarte scurte și cu puține mișcări anormale. Copilul poate prezenta inițial dificultăți de învățare înainte ca dumneavoastră sau un profesor să observați crizele de absență.

Mai puțin de 10% din cei cu crize epileptice prezintă crize tip absență. Uneori, ele apar în combinație cu alte crize. De obicei, cauza crizelor rămâne necunoscută, iar copilul nu mai prezintă alte probleme neurologice.

Crizele tip absență atipice sunt însă asociate unor tulburări neurologice de tipul malformațiilor cerebrale congenitale, tulburărilor metabolice de origine renală sau hepatică sau cicatricelor corticale posttraumatice sau postpartum. Față de o criză de absență tipică, o absență atipică este mai lungă și are mai multe mișcări anormale.

Diagnostic

În general, pentru evidențierea unui activități electrice anormale corespunzătoare unei epilepsii tip absență se efectuează o ectroencefalogramă (EEG), care măsoară activitatea undelor corticale. În unele cazuri, medicul poate recomanda teste de sânge, o tomografie computerizată (CT) sau o rezonanță magnetică nucleară (RMN) pentru a determina alte posibile cauze ale crizelor epileptice.

Cât de gravă este epilepsia tip absență?

Majoritatea copiilor cu epilepsie tip absență prezintă semnificativ mai puține sau chiar nu mai prezintă crize după introducerea tratamentului medicamentos. Până la 70% dintre copiii cu crize tip petit mal nu mai prezintă aceste crize până la vârsta adolescenței. La această vârstă majoritatea adolescenților pot să întrerupă tratamentul sub controlul medicului.

Tratament

Majoritatea copiilor cu crize de absență tipice pot avea un regim normal de viață și trebuie încurajați să o facă. Medicul va recomanda copilului practicarea sportului și a altor activități școlare cu câteva mici restricții. Restricțiile pentru condus sau pentru manipularea anumitor echipamente în cazul înaintării în vârstă a copilului depind de gradul de control al crizelor.

Tratament medicamentos

Crizele petit mal sunt, de regulă, foarte sensibile la tratament. Este necesară o evaluare medicală pentru a alege medicamentul și dozele potrivite pentru copilul dumneavoastră. Posibilele efecte adverse ale medicamentelor pot fi: amețeala, iritație gastrică și letargie.

Convulsiile febrile

Semne şi simptome

- Un scurt episod de pierdere a conştienţei şi de convulsii asociate cu febră

O convulsie febrilă este o convulsie a copiilor mici, declanşată de o febră înaltă. Tipic, convulsia febrilă durează 5 minute sau mai puţin. După criză, copilul poate fi plângăcios sau somnoros. Majoritatea copiiilor ce prezintă o convulsie febrilă au între 6 luni şi 5 ani.

Convulsiile febrile sunt cele mai obişnuite convulsii ale copiilor. Ele apar la aproximativ 4% din copii înainte de vârsta de 4 ani. Unii copii moştenesc vulnerabilitatea de a face convulsii febrile. Convulsiile febrile dispar, de regulă, după vârsta de 5-6 ani.

Ele pot fi declanşate de o ascensiune rapidă a febrei, cauzată frecvent de o infecţie, de exemplu o otită medie.

Diagnostic

Când copilul dumneavoastră are o convulsie când are febră, mergeţi imediat la medic. Deseori, acest tip de convulsie este declanşat de ascensiunea rapidă a febrei. Simptomele de debut ale meningitei pot fi convulsii în context febril şi în acest caz este nevoie de tratament medical de urgenţă.

Medicul vă va pune întrebări despre istoricul medical al familiei dumneavoastră şi îi va face copilului un examen medical. Dacă febra este clar datorată unei afecţiuni obişnuite a copilăriei, singurul test necesar va fi o electroencefalogramă pentru a verifica activitatea electrică a creierului. Dacă EEG-ul este normal, diagnosticul va fi, de obicei, de convulsie febrilă.

Cât de grave sunt convulsiile febrile?

Deşi o convulsie febrilă poate fi impresionantă pentru dumneavoastră ca părinţi, de obicei este inofensivă pentru copil şi nu generează probleme medicale pe termen lung. Aproximativ 90% din convulsiile febrile se opresc spontan în decurs de 5 minute şi riscul de o afectare mintală viitoare este minim. Totuşi, o convulsie febrilă cere întotdeauna atenţie medicală pentru identificarea cauzei febrei.

Riscul de a dezvolta ulterior o epilepsie creşte când copilul dumneavoastră prezintă o convulsie febrilă complexă. O convulsie febrilă complexă durează mai mult de 15 minute, are o frecvenţă mai mare de una la 24 de ore sau afectează o parte a corpului mai mult decât cealaltă. Tratamentul medicamentos poate, de obicei, controla crizele viitoare sau poate reduce semnificativ frecvenţa sau intensitatea acestora.

Tratament

Aşezaţi copilul pe podea şi îndepărtaţi orice obiect de care s-ar putea lovi. Întoarceţi uşor copilul pe o parte. Nu puneţi nimic în gura copilului în timpul crizei convulsive. Fiţi atent la nevoile copilului pe tot parcursul crizei.

După episod, menţionaţi medicului criza respectivă. Scăderea rapidă a febrei nu împiedică apariţia unei viitoare crize convulsive. Când criza durează mai mult de 5 minute sau dacă are 2 sau mai multe crize convulsive căutaţi ajutor medical de urgenţă.

Tratament medicamentos

După o criză unică de convulsii febrile medicul poate prescrie sau nu copilului medicaţie anticonvulsivantă pentru prevenirea recurenţelor.

Dacă susceptibilitatea la convulsii febrile este demonstrată de cel puţin 2 episoade, medicul vă va recomanda controlul rapid şi susţinut al febrei în timpul bolilor copilăriei pentru a preveni apariţia convulsiilor febrile. Aceasta poate însemna administrarea de paracetamol (Tylenol, Eferalgan etc.) sau ibuprofen (Advil, Motrin etc.) la primele semne de febră.

Evitaţi administrarea de aspirină pentru combaterea febrei deoarece poate declanşa o boală rară, dar potenţial fatală numită sindromul Reye.

Doar un mic număr de copii necesită tratament antiepileptic continuu (vezi pag. 564) până la vârsta de 3 - 4 ani. Medicamentele antiepileptice sunt eficiente în prevenirea convulsiilor febrile dar, deseori, determină efecte adverse importante.

Copiii ce prezintă convulsii febrile prelungite sau frecvente pot



beneficia de tratament preventiv cu diazepam oral sau intrarectal, în momentul apariției febrei.

Dacă timp de câțiva ani, nu mai are loc nici o criză convulsivă și rezultatele examenelor EEG și neurologic sunt normale, medicul poate să vă recomande reducerea dozelor medicamentelor. La unii copii se poate, uneori, opri toată medicația și să nu mai facă crize.



Crizele de lob temporal

Semne și simptome

- Prezența înaintea crizei de pete colorate sau puncte albe în câmpul vizual (aura)
- Pierderea temporară a conștienței
- Efectuarea de acte simple repetitive de tipul plescăitului

Aceste crize își au, de obicei, originea în lobul temporal, zona din creier ce se întinde de la tâmplă până în spatele urechii. În cazul în care criza se asociază cu pierderea conștienței, ea poartă numele de criză parțială complexă.

Crizele de lob temporal sunt în mod frecvent precedate de o senzație particulară (aură) care este urmată de 1 - 2 minute de pierdere a conștienței sau al contactului cu lumea exterioară. Componenta fizică poate fi un act simplu repetitiv de genul plescăitului, înghițire repetată sau aranjarea hainelor. Mișcările se numesc automatisme. După criză, pot trece minute până la ore pentru reluarea activității mintale normale, iar criza este uitată.

Aura care, în mod normal, precede cu câteva secunde sau minute criza convulsivă, este descrisă în moduri diferite ca halucinații olfactive, vizuale sau auditive. Aura mai poate fi percepută ca o percepție deformată de tipul „deja vu" sau emoții bruște de genul anxietății sau fricii.

Crizele convulsive sunt uneori determinate de anumite afectări ale lobului temporal ca de exemplu un țesut cicatricial sau o tumoră, adesea însă, nu se poate găsi cauza. Crizele convulsive temporale cronice se numesc epilepsie de lob temporal. Aproape 1/2 dintre cei cu crize convulsive parțiale complexe prezintă și crize de grand mal.

Diagnostic

Medicul va dori să cunoască istoricul medical și al familiei dumneavoastră. Testele diagnostice cuprind, de obicei, electroencefalografia (EEG) pentru depistarea eventualelor anomalii în activitatea electrică a creierului, teste de sânge pentru depistarea unor dezechilibre chimice și tomografia computerizată (CT) sau rezonanța magnetică nucleară (RMN) pentru a găsi eventuale anomalii structurale ale creierului ce pot provoca crizele epileptice.

Cât de grave sunt crizele epileptice de lob temporal?

Crizele în sine nu sunt amenințătoare de viață dar pot determina accidentări datorate căzăturilor. O criză ce produce fie pierderea conștienței fie a controlului este periculoasă când șofați, înotați, lucrați la înălțime sau manipulați un anumit tip de echipamente. În anumite cazuri, epilepsia impune restrângerea anumitor activități fizice. Totuși, limitările sunt adesea temporare și multe persoane cu epilepsie pot duce o viață activă.

O brățară cu o alertă medicală poate fi de folos. Pe ea poate fi notat cine anume trebuie anunțat dacă survine o criză și ce medicamente trebuie administrate.

Tratament

Scopul oricărui tratament antiepileptic este de a reduce sau a elimina crizele convulsive, de a micșora, cât mai mult posibil, efectele secundare ale tratamentului și de a permite o viață normală și sănătoasă. Tratamentul poate fi medicamentos, chirurgical sau, în anumite cazuri, un tratament numit stimulare vagală.

Tratament medicamentos

Pentru a reduce crizele convulsive, va trebui să luați în mod regulat medicamente (vezi pag. 564). Selectarea medicamentului antiepileptic și stabilirea dozei necesită evaluare și testare medicală. Aceste medicamente pot produce, uneori, efecte adverse de tipul amețelii și sedării.

Tratament chirurgical

În anumite cazuri de epilepsie de lob temporal - acelea în care cauza crizelor epileptice poate fi localizată într-o arie a lobului temporal - poate fi recomandată intervenția chirurgicală, în cazul în care medicația nu a putut

controla crizele. Intervenţia chirurgicală este, în general, mai eficientă dacă este efectuată timpuriu în procesul terapeutic – când primele 2 opţiuni medicamentoase nu au putut controla crizele.

Pentru a vedea dacă sunteţi un bun candidat pentru tratamentul chirurgical este nevoie de o evaluare amănunţită la un centru pentru epilepsie. Evaluarea implică, de obicei, identificarea focarului epileptic. Pentru aceasta este nevoie de efectuarea unei RMN şi o EEG în condiţii de spitalizare pentru a putea înregistra video crizele convulsive.

Datorită tehnicilor chirurgicale îmbunătăţite, rata de succes a operaţiilor este de 95% din cazurile selecţionate. Această rată de succes depinde de tipul de crize epileptice, de cauza lor şi de prezenţa unor alte eventuale tulburări cerebrale. În cazul anumitor persoane, rata de succes poate fi mai mică, variând între 60 şi 70% . Succesul înseamnă a nu mai avea crize convulsive sau de a avea numai aură care nu intervine prea mult în activităţile zilnice.

Ca în orice operaţie chirurgicală, şi în cele folosite la tratarea epilepsiei pot apărea anumite riscuri. Deşi rareori, este totuşi posibilă apariţia a noi probleme neurologice după intervenţia chirurgiclă.

Stimularea nervului vag

În cazul în care medicaţia este ineficientă sau implică severe efecte secundare şi nu există indicaţie chirurgicală, o opţiune poate fi implantarea unui dispozitiv numit stimulator de nerv vagal (vezi pag. 565). Şansele de a controla crizele temporale cu stimulare vagală sunt doar de 4-5%, dar 50% din persoane prezintă reducerea numărului de crize la cel puţin jumătate.

Accidentul vascular cerebral şi alte boli vasculare

Există 2 mari sisteme arteriale ce urcă prin regiunea cervicală pentru a iriga creierul. Întreruperea circulaţiei sangvine într-unul din aceste sisteme – chiar de ordinul secundelor- produce, de obicei, un efect grav asupra funcţionării corticale. În funcţie de ariile cerebrale afectate, puteţi avea dificultăţi de vedere sau de vorbire, paralizii ale anumitor părţi ale corpului sau pierderea conştienţei. Dacă irigarea creierului este întreruptă mai mult de cîteva minute, celulele nervoase din acele zone mor, determinând deficite permanente sau moarte. Există 2 situaţii care afectează irigarea creierului: ischemia şi sângerarea (hemoragia).

Accidentul ischemic tranzitor

Semne şi simptome

- Instalarea bruscă a slăbiciunii sau paraliziei la nivelul feţei, braţului sau piciorului, deseori de o parte a corpului
- Pierderea bruscă a capacităţii de coordonare a membrelor
- Pierderea bruscă a vederii sau vedere dublă
- Dificultăţi de vorbire sau înţelegere a altora, instalate brusc
- Instalarea bruscă a unei stări de ameţeală, pierderii echilibrului sau dificultăţi de mers

Un accident ischemic tranzitor (AIT) este cauzat de un deficit temporar de irigare a creierului. Majoritatea episoadelor durează doar câteva minute, dar unele pot dura până la 24 de ore. Un AIT are aceleaşi cauze ca un accident ischemic cerebral.

Majoritatea AIT-urilor se datorează aterosclerozei, situaţie în care plăci de aterom ce conţin colesterol se depun pe pereţii arteriali. Aceste plăci îngustează diametrul vaselor determinând diminuarea fluxului sangvin. Un cheag de sânge (tromb) se poate forma pe o placă lezată. Un fragment de placă de aterom sau o mică bucată dintr-un cheag de sânge format în inimă se poate desface şi circula până la o arteră mai mică, blocând-o. Când cheagul sau fragmentul blochează temporar circulaţia sangvină într-o zonă îndepărtată a creierului, se produce un AIT.

Semnele şi simptomele AIT-ului sunt asemănătoare celor ale accidentului vascular ischemic cu o deosebire importantă: semnele şi simptomele dispar complet după 24 de ore. Un AIT se poate repeta în aceeaşi zi sau după un interval de timp şi fiecare episod durează doar câteva minute.

Există mulţi factori care vă pot creşte riscul de AIT. Factorii de risc pe care îi puteţi schimba sau controla sunt: hipertensiunea arterială, fumatul, diabetul şi nivelurile crescute de colesterol sangvin. Şi anumite boli cardiovasculare pot favoriza apariţia AIT-urilor, de exemplu insuficienţa cardiacă congestivă, un infarct miocardic anterior, boală cardiacă valvulară sau înlocuirea unei valve cardiace şi aritmii cardiace (fibrilaţie atrială).

Rasa neagră este mai expusă AIT-urilor decât cea albă, ceea ce se datorează parţial prevalenţei crescute a hipertensiunii arteriale şi diabetului. Riscul este cu atât mai mare cu cât unul dintre părinţi sau fraţi a avut un AIT sau accident vascular cerebral.

Diagnostic

Cea mai semnificativă caracteristică a unui AIT este viteza cu care apare şi dispare. Debut brusc, durată scurtă şi apoi o revenire la normal este secvenţa obişnuită. Sunt semnificative şi repetarea episoadelor cu aceleaşi semne şi simptome.

O descriere exactă a semnelor şi simptomelor dumneavoastră este de ajutor în punerea diagnosticului. Slăbiciunea la nivelul unui singur braţ sau picior, de exemplu, poate arăta o perturbare a circulaţiei printr-o ramură a arterei carotide interne, pe când slăbiciunea ambelor braţe indică o perturbare în circulaţia sângelui prin arterele vertebrale sau bazilară.

Altă informaţie pe care medicul va dori să o obţină pentru punerea diagnosticului este aflarea presiunii intraoculare şi celei arteriale, şi suflul auscultat cu stetoscopul în regiunea gâtului, ce apare atunci cînd circulaţia sângelui prin diferite artere este afectată.

Veţi fi, de asemenea, supus unor teste, în scopul strângerii de alte informaţii şi obţinerea imaginilor arteriale pentru a putea fi evaluate. Aceste teste pot include tomografia computerizată (CT) sau rezonanţa magnetică nucleară (RMN), arteriografia cerebrală, arteriografia cu rezonanţă magnetică

(ARM), ecografia carotidiană sau ecocardiografia transesofagiană pentru depistarea eventualilor trombi în camerele inimii.

Cât de grav este atacul ischemic tranzitor?

Atacul ischemic tranzitor trebuie privit ca pe o avertizare a accidentului vascular cerebral ce poate urma. Aproximativ 1/3 dintre cei cu AIT au mai târziu şi un accident vascular cerebral, 1/3 prezintă mai multe AIT-uri, iar 1/3 nu mai prezintă alte simptome şi semne neurologice de afectare vasculară cerebrală.

Tratament

Scopul tratamentului pentru un AIT este prevenţia altor episoade viitoare sau a unui accident vascular cerebral consecutiv.

Tratament medicamentos

Dacă aţi avut AIT-uri şi aveţi şi hipertensiune arterială, medicamentele prescrise au scopul de a scădea valoarea tensiunii arteriale. Dacă nu prezentaţi hipertensiune arterială, vi se poate prescrie medicaţie antiagregantă plachetară pentru prevenirea formării cheagurilor de sânge.

Cel mai folosit medicament în acest sens este aspirina. Pe lângă efectul ei antialgic, aspirina are şi efect antiagregant plachetar. O creştere a agregării plachetare asociată unei îngustări arteriale va compromite şi mai mult circulaţia spre creier a sângelui.

Pentru reducerea fenomenului de agregare plachetară se poate folosi o combinaţie medicamentoasă cu aspirină şi dipiridamol (Aggrenox). Dacă aspirina nu este eficientă sau vă este contraindicată, medicul vă poate prescrie medicamente cu acţiune asemănătoare de genul clopidogrelului (Plavix) sau ticlopidinei (Ticlid). Ambele trebuie monitorizate de medicul dumneavoastră.

Medicaţia anticoagulantă de tipul heparinei sau warfarinei (Coumadin) poate fi recomandată în anumite situaţii. Anticoagulantele au şi ele efect hipocoagulant, dar ele acţionează pe factorii de coagulare (proteine) şi nu pe plachetele sangvine. Aceste medicamente sunt cunoscute şi sub denumirea de medicamente ce subţiază sângele, deşi ele nu au efectiv acest efect.

Tratament chirurgical

Dacă aveţi o îngustare carotidiană moderată sau severă, medicul vă poate recomanda o intervenţie chirurgicală numită endarterectomie carotidiană (vezi pag. 573). Prin această intervenţie preventivă se pot îndepărta plăcile de aterom, pentru prevenirea unui alt AIT sau AVC (accident vascular cerebral).

Dacă nu sunteţi un bun candidat pentru această operaţie, poate fi efectuată o procedură numită angioplastie carotidiană cu implantarea unui tub metalic, pentru a o menţine deschisă. Acest procedeu implică introducerea unui cateter sub formă de balonaş în zona îngustată de arteră, balonul este apoi umflat astfel încât va comprima plăcile ateromatoase de pereţii arteriali. Ulterior, se plasează în lumenul arterial un tub metalic (stent) cu rolul de a preveni o nouă îngustare arterială.

Accidentul vascular cerebral

Semne şi simptome

- Instalare bruscă a slăbiciunii sau paraliziei feţei, braţului sau piciorului, deseori pe o singură parte a corpului
- Deficit brusc de coordonare a membrelor
- Pierderea bruscă a vederii sau vedere dublă
- Dificultate de vorbire sau de înţelegere a celorlalţi, instalate brusc
- Instalarea bruscă a unei stări severe de ameţeală, pierdere a echilibrului sau a dificultăţii de a merge
- Cefalee severă instalată brusc

Accidentul vascular cerebral (AVC) este numele comun al mai multor tulburări ce apar în decurs de secunde după perturbarea aportului sangvin cerebral. Când circulaţia sangvină spre creier este blocată, celulele nervoase sunt deprivate de oxigen şi substanţe nutritive. Drept urmare, funcţionarea neuronală poate fi alterată sau compromisă definitiv. Este posibil ca ţesutul nervos respectiv să moară.

Din această cauză, este necesară intervenţia medicală de urgenţă. Cu cât este mai mare durata de timp în care un AVC rămâne netratat, cu atât mai mari vor fi leziunile. Succesul terapeutic depinde, deci, de promptitudinea instituirii tratamentului medicamentos.

AVC-ul este a treia mare cauză de deces în ţările industrializate. Anual, aproximativ 750 000 de oameni prezintă un AVC. 1/4 dintre ei mor şi 1/2 dintre supravieţuitori rămân cu sechele pe termen lung. Probabilitatea de a suferi un AVC creşte cu înaintarea în vârstă, riscul dublându-se la fiecare 10 ani, după vârsta de 35 de ani. 5% din populaţia peste 65 de ani a avut deja un AVC.

Semnele de alarmă pot fi atacurile ischemice tranzitorii ce durează de la câteva minute la 24 de ore. Chiar şi simptomele ce durează puţin pot indica riscul apariţiei unui AVC. De aceea, este foarte important să fie luate în serios. Simptomele pot progresa sau fluctua în cursul primelor 2 zile după debut. Acesta poartă numele de AVC în evoluţie. Dacă nu se mai produce nici o deteriorare, situaţia este considerată un AVC constituit. Singurul semnal care vă poate avertiza că puteţi avea un AVC este un AIT. Un AIT durează, de obicei, mai puţin de o oră şi nu lasă sechele fizice sau cognitive permanente.

Tipuri de AVC

AVC se clasifică în funcţie de localizare şi de tipul tulburării pe care o determină. Cele 2 mari tipuri sunt: ischemice şi hemoragice.

Accidentul vascular ischemic

Cea mai frecventă tulburare de circulaţie a sângelui este reprezentată de furnizarea inadecvată de sânge print-o arteră (ischemie). Când se întâmplă acest lucru, ţesutul nervos irigat de acea arteră îşi pierde rapid funcţionalitatea şi poate muri. Ţesutul mort poartă denumirea de zonă de infarct. Mulţi dintre factorii de risc pentru un accident ischemic sunt cumulativi. Poate acesta este motivul pentru care accidentele ischemice apar mai frecvent la cei peste 65 de ani.

Ateroscleroza este cauza obişnuită a accidentelor vasculare ischemice. Aceasta presupune acumularea progresivă a depozitelor grase de colesterol (plăci de aterom) pe peretele intern al

Tratamentul de urgență

Cât așteptați venirea ambulanței, supravegheați atent persoana suspectă de un AVC.

Dacă respirația se oprește este nevoie de resuscitare cardio-pulmonară (CPR). Dacă persoana are dificultăți de respirație, sprijiniți-i capul și umerii pe o pernă.

Dacă persoana afectată vomită, întoarceți-i capul într-o parte pentru a nu se sufoca prin aspirarea vărsăturii. Nu lăsați persoana respectivă să mănânce sau să bea ceva.



arterelor. Aceste acumulări îngustează, indurează și înăspresc suprafața internă a arterelor. În aceste condiții se poate forma un cheag de sânge (trombus) ce poate bloca circulația sângelui. Acest tip de accident ischemic poartă numele de tromboză cerebrală.

Alt tip de accident vascular ischemic este embolismul cerebral, care se datorează prezenței intraarteriale a unui embol ce blochează curgerea sângelui. Un embol este un fragment de placă ateromatoasă sau un cheag de sânge desprins de pe o valvă cardiacă sau de pe peretele arterial.

Accidentul vascular hemoragic

Acesta apare când o arteră se rupe. Pierderea de sânge prin peretele arterial spre țesutul cerebral cauzând compresie, deplasare sau moartea țesutului nervos poartă numele de hemoragie intracerebrală. Efectul inițial al unei hemoragii intracerebrale este deseori mai sever decât acela al unui accident ischemic. Cu toate acestea, efectele pe termen lung sunt similare.

Un alt tip de accident hemoragic, răspunzător de 5-10% din toate accidentele vasculare cerebrale, este hemoragia subarahnoidiană. Aceasta apare în cazul sângerării în spațiul dintre suprafața creierului și craniu. Hemoragia subarahnoidiană spontană apare frecvent în urma rupturii unui anevrism - o dilatație, de forma unui balon, a peretelui arterial.

Hemoragia subarahnoidiană este adesea semnalizată de o cefalee fulgerătoare, mai intensă ca orice durere de cap pe care ați avut-o până atunci. Aproximativ 1/2 din cazuri sunt mortale și mulți supraviațuitori rămân cu sechele permanente. Hemoragia intracerebrală mai poate fi cauzată și de o sângereare anevrismală. Mai puțin frecvent, hemoragia poate fi rezultatul ruperii unei malformații arteriovenoase. Această masă malformată de vase sangvine cu pereți subțiri poate determina cefalee, crize convulsive și, în caz de ruptură, hemoragie subarahnoidiană sau intracerebrală.

O cefalee severă urmată de alte semne și simptome este mai caracteristică unui accident hemoragic decât unuia ischemic. Multe hemoragii cerebrale se datorează efectelor pe termen lung ale hipertensiunii arteriale. Hipertensiunea arterială necontrolată medicamentos poate crește riscul ruperii unei mici artere cerebrale.

Diagnostic

Punerea diagnosticului de AVC nu se face pe baza unui singur simptom, ci pe baza unei evoluții rapide a mai multor simptome. Prezența simptomelor specifice unei arii cerebrale irigate de o anumită arteră este o dovadă în plus a prezenței unui AVC. Chiar și în cazul unui AVC constituit, instituirea precoce a tratamentului poate scădea nivelul pagubelor. Este, de asemenea, necesară excluderea altor cauze posibile ale simptomatologiei, ca de exemplu tumorile cerebrale.

Pentru a evalua starea vaselor sangvine este nevoie de unul sau două din următoarele teste: ecografia carotidiană, arteriografia cerebrală, tomografia computerizată (CT), rezonanța magnetică nucleară (RMN) și angiografia cu rezonanță magnetică (ARM).

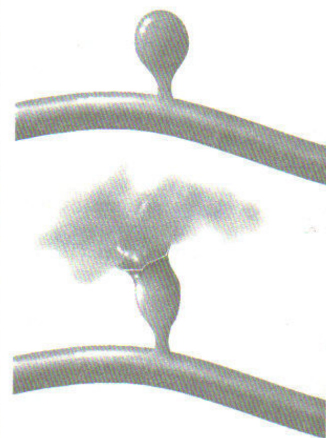
Cât de grav este AVC?

AVC-ul este o afecțiune potențial fatală ce necesită atenție medicală de urgență. După orice fel de AVC, poate rămâne o arie de țesut cerebral mort (de infarct cerebral). Recuperarea funcțiilor afectate depinde de capacitatea țesutului cerebral rămas neafectat de a suplini funcțiile celui afectat. Succesiunea mai multor AVC-uri poate duce la apariția unei afecțiuni cerebrale cronice numită demență vasculară.

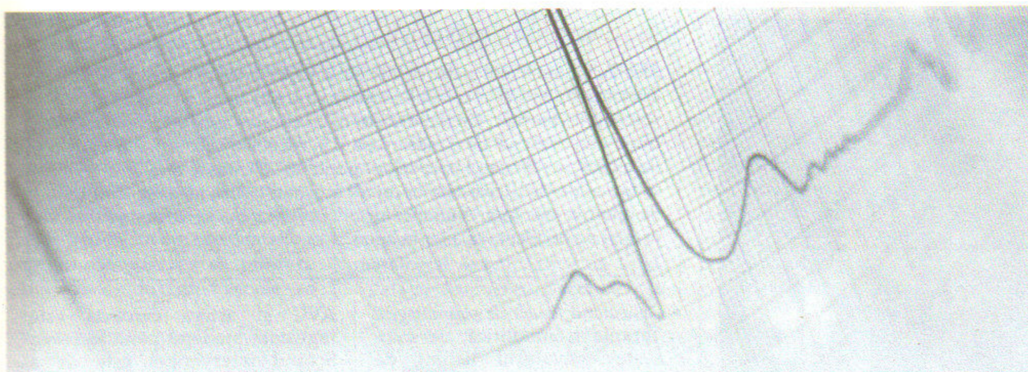
Cauzele frecvente ale AVC-ului sunt afecțiuni cronice de tipul hipertensiunii arteriale, aterosclerozei și bolilor de inimă. Dacă prezentați una sau mai multe din aceste afecțiuni cronice, mergeți regulat la consult medical.

Tratament

Terapia intensivă a unui bolnav comatos cu AVC presupune existența aparatelor de susținere a funcțiilor vitale ce furnizează oxigen, substanțe nutritive și medicamente, precum și dializă renală.



Anevrismul este o dilatare sub formă de balon a unei artere, într-o zonă mai slabă a peretelui. În timp, peretele se întinde și devine suficient de subțire pentru a se rupe.



Prezentaţi risc de AVC?

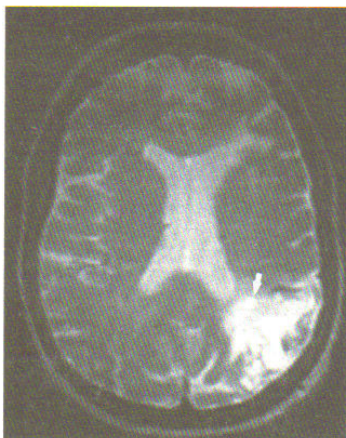
Mulţi dintre factorii de risc pentru AVC sunt aceiaşi cu cei pentru infarctul de miocard. Printre ei sunt:

- *Antecedentele heredocolaterale.* Riscul dumneavoastră de a face un AVC este mai mare dacă unul dintre părinţi sau fraţi a avut un AVC sau un AIT.
- *Vârsta.* Riscul pentru AVC creşte cu vârsta. Se dublează la fiecare 10 ani, după vârsta de 35 de ani.
- *Sexul.* Bărbaţii au un risc mai mare de a face AVC decât femeile aflate înainte de menopauză. Bărbaţii şi femeile au acelaşi risc de hemoragie intracerebrală, dar femeile prezintă mai frecvent hemoragie subarahnoidiană.
- *Rasa.* Rasa neagră are o probabilitate mai mare de a face AVC decât cea albă. Acest lucru se datorează parţial unui risc crescut pentru hipertensiune arterială şi diabet.
- *Hipertensiunea arterială.* Hipertensiunea arterială vă creşte riscul de AVC, atât ischemic cât şi hemoragic. Poate fragiliza şi determina distrucţii vasculare la nivelul vaselor din creier şi din jur, făcându-le vulnerabile la hemoragie şi ateroscleroză. Dieta hipersodată, lipsa exerciţiului fizic şi greutatea corporală excesivă contribuie la instalarea hipertensiunii arteriale.
- *Bolile cardiovasculare.* O serie de alte afecţiuni cardiace sau vasculare vă pot creşte riscul de AVC: insuficienţa cardiacă congestivă, boli valvulare aortice sau înlocuirea valvelor cardiace şi aritmia cardiacă (fibrilaţie atrială). În cazul acestor afecţiuni, inima nu mai pompează eficient sau are un ritm neregulat. Acest lucru poate duce la formarea de cheaguri sangvine (tromboză) într-o cavitate a inimii sau pe o valvă afectată. Aproximativ 15-20% din accidentele vasculare ischemice apar la cei cu fibrilaţie atrială.
- *Fumatul.* Fumatul vă creşte de 2-3 ori riscul pentru un AVC. Fumatul contribuie la formarea depozitelor ateromatoase de pe pereţii arteriali. Nicotina creşte efortul depus de inimă, crescând frecvenţa cardiacă şi tensiunea aterială. Monoxidul de carbon din fumul ţigărilor înlocuieşte oxigenul transportat de eritrocite, scăzând cantitatea de oxigen furnizată pereţilor arteriali şi ţesuturilor, inclusiv ţesutului cerebral. Asocierea fumatului cu folosirea de anticoncepţionale orale vă creşte riscul de AVC.
- *Diabetul.* Diabetul vă dublează riscul de AVC. El agravează procesul de ateroscleroză şi interferă cu procesul de liză a fibrinei (fibrina este o proteină sangvină ce favorizează aglutinarea cheagurilor de sânge).
- *Niveluri crescute de colesterol sangvin.* Nivelurile crescute de lipoproteine cu densitate scăzută (LDL, colesterol „rău") şi nivelurile scăzute de lipoproteine cu densitate crescută (HDL, colesterol „bun") vă cresc riscul de îngustare a arterelor sau de blocare a lor, inclusiv a celor ce aduc sângele de la inimă la creier (arterele carotide şi vertebrale).
- *Existenţa în antecedente a unui AIT sau AVC.* Dacă aţi avut un AIT, riscul dumneavoastră de a face un AVC creşte considerabil. Cu cât sunt mai frecvente AIT-urile, cu atât creşte riscul de AVC. Dacă aţi avut deja un AVC şi aveţi peste 45 de ani, riscul de a face al doilea AVC creşte de 10-20 de ori.
- *Concentraţii crescute de homocisteină.* Acest aminoacid se găseşte în mod normal în sângele dumneavoastră. Studiile arată că cei cu niveluri crescute de homocisteină pot avea un risc mai mare de afectare cardiacă şi vasculară.
- *Sedentarismul.* Lipsa exerciţiului fizic regulat creşte riscul de AVC

Pentru a scădea riscul de AVC este nevoie de aceleaşi schimbări ale stilului de viaţă ca pentru scăderea riscului de boli cardiovasculare, de exemplu: renunţarea la fumat, limitarea aportului de grăsimi şi colesterol din dieta dumneavoastră, exerciţiul fizic regulat, menţinerea tensiunii arteriale la valori normale, controlul diabetului şi al stresului.

Va fi greu să vă schimbaţi un vechi stil de viaţă sau să începeţi altul nou, ca de exemplu exerciţiul fizic zilnic dar, procedând aşa, vă puteţi proteja de cea mai importantă cauză de sechele grave pe termen lung şi de a treia cauză de deces în SUA – şi anume de AVC.

Discutaţi cu medicul despre factorii de risc, medicamentele şi de metodele disponibile pentru diminuarea riscului dumneavoastră de a face un AVC.



Săgeata arată o zonă de țesut cerebral afectat de un AVC, după cum reiese dintr-o imagine de rezonanță magnetică nucleară (RMN).

Capacitatea de înghițire poate fi absentă. Aceasta poate reveni în 1 –2 săptămâni sau poate rămâne definitiv absentă. Până la recăpătarea capacității de a înghiți, mâncarea și apa pot fi înlocuite de perfuzii sau introducerea lor direct în stomac prin gastrostomă. Anumite AVC –uri au efecte mai mici, necesitând mai puțină îngrijire.

Tratament medicamentos

În cazul unui accident vascular ischemic, tratamentul imediat vizează îmbunătățirea circulației sângelui. Mai multe medicamente pot fi de ajutor:

- *Aspirina, combinația între aspirină și dipiridamol (Aggrenox) și copidrogrelul (Plavix).* Acestea sunt exemple de medicamente antiagregante plachetare. Ele reduc tendința sângelui de a forma cheaguri, împiedicând agregarea plachetelor unele de altele în momentul când trec prin locuri înguste.
- *Warfarina (Coumadin)* este un medicament anticoagulant, care împiedică, de asemenea, formarea cheagurilor de sânge, dar, pentru a intra pe deplin în acțiune trebuie să treacă câteva zile.
- *Heparina* are un efect imediat și poate fi injectat intravenos sau subcutanat pentru a reduce tendința de coagulare sangvină în timp ce se așteaptă intrarea în acțiune a warfarinei.

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Alcoolul poate fi atât factor de risc cât și factor preventiv pentru AVC. Băutul compulsiv și în cantități excesive vă crește riscul de accident vascular hemoragic. Cu toate acestea, un consum ușor sau moderat de alcool- nu mai mult de o măsură pe zi în cazul femeilor și 1-2 măsuri de alcool pe zi în cazul bărbaților - poate să vă crească nivelurile sangvine de HDL (colesterolul „bun") scăzând, astfel, tendința sângelui de a forma cheaguri. Amândoi factorii pot contribui la reducerea riscului de accident vascular ischemic.

- *Activatorul tisular de plasminogen.* Terapia trombolitică, ce folosește activatorul tisular de plasminogen, poate împiedica sau reduce afectarea cerebrală prin dizolvarea cheagurilor sangvine și restabilirea circulației. Cu toate acestea, acest tip de medicamente de liză a cheagurilor este eficient numai în primele 3 ore de la debutul accidentului vascular cerebral. El crește, de asemenea, și riscul de sângerare intracraniană. Înainte de a vi se administra acest medicament vi se va efectua o tomografie computerizată (CT) pentru a depista orice sângerare existentă. Este, de asemenea, important ca înainte de administrarea medicamentului să vă normalizați valoarea tensiunii arteriale.

Medicația anticoagulantă este potențial periculoasă la cei cu hipertensiune arterială sau leziuni cerebrale întinse deoarece le crește riscul de sângerare (hemoragie). Astfel, ele nu sunt folosite în terapia accidentelor vasculare hemoragice.

Tratamentul accidentelor hemoragice este complex și implică, de obicei, controlul hipertensiunii arteriale, limitarea aportului de lichide și, eventual, administrarea de medicamente pentru diminuarea edemului cerebral. Pot fi prescrise analgezice pentru ameliorarea cefaleei. Dacă sunt prezente greața și voma, va fi nevoie de perfuzii cu substanțe nutritive și lichide, pentru câteva zile.

Tratament chirurgical

După un accident vascular ischemic veți putea avea nevoie, alături de medicație, și de o endarteriectomie carotidiană. Acestă intervenție este indicată dacă ați mai prezentat anterior simptome de AVC și artera carotidă este îngustată moderat până la sever. Scopul intervenției este de a curăța artera carotidă de plăcile de aterom înainte de apariția unui nou AVC. În mod clasic, chirurgul face o incizie pentru a deschide artera, îndepărtează plăcile de aterom și închide apoi artera.

În anumite cazuri, în locul acestui procedeu poate fi folosită angioplastia. În acest caz, chirurgul plasează o sondă mică în lumenul arterei îngustate. Tubul conține un balonaș ce poate fi umflat pentru a destinde artera. În artera destinsă se poate introduce un tub metalic (stent) pentru a menține artera destinsă.

În cazul hemoragiei subarahnoidiene, poate fi necesară reparația chirurgicală a anevrismului. Chirurgul va pensa anevrismul la bază sau va folosi un procedeu de înfășurare. În acest caz, pentru a ajunge la anevrism se introduce un cateter într-un vas de sânge, în regiunea coapsei. Un mic laț de platină este împins prin cateter până în interiorul anevrismului, determinând coagularea și sigilarea acestuia, care în timp devine un țesut cicatricial.

Rareori este nevoie de o intervenție chirurgicală pentru a îndepărta sângele ce s-a scurs din vas în cursul unei hemoragii cerebrale. Dacă malformația arteriovenoasă este mică și accesibilă chirurgical, ea va fi îndepărtată pentru a elimina riscul de ruptură.

Hematomul subdural

Semne și simptome

- Cefalee constantă sau fluctuantă, amețeli, crize convulsive sau confuzie după un traumatism cranian
- Hemipareză
- Încetinirea gândirii, schimbări de personalitate

Semne şi simptome de urgenţă

- Convulsii, stupor sau pierderea conştienţei după un traumatism craniocerebral
- Dilatarea pupilelor

Hematomul subdural (hemoragia subdurală) este determinat de un traumatism al capului. Poate apărea într-un accident rutier sau o lovire accidentală a capului. Sângerarea se produce când vasele – de regulă venele - se sparg în spaţiul dintre creier şi foiţa meningeală externă (dura mater), se formează o masă (hematom) ce comprimă ţesutul cerebral. Dacă hematomul continuă să crească, veţi prezenta pierderea progresivă a conştienţei ce poate duce în final la deces.

Intervalul de timp dintre traumatism şi instalarea simptomatologiei semnificative de tipul cefaleei, confuziei, paraliziei şi pierderea conştienţei, poate varia. Un hematom este considerat acut dacă acest interval este sub 48 de ore, subacut dacă este între 48 de ore şi 2 săptămâni, şi cronic dacă este mai mare de două săptămâni. Sugarii şi adulţii în vârstă au un risc mai mare de a face asemenea complicaţii. Traumatismul cauzator poate să rămână neclar sau să nu poată fi rememorat.

Endarterectomia carotidiană

Aceasta este o intervenţie chirurgicală de îndepărtare a depozitelor de colesterol (plăcile ateromatoase) de pe pereţii arteriali. Plăcile de aterom pot reduce circulaţia sângelui printr-o arteră sau se pot desprinde, circula şi cantona într-o regiune a creierului.

Formarea plăcii de aterom (ateroscleroza) este un fenomen frecvent. El se produce adesea la nivelul arterelor din regiunea cervicală, în special la nivelul locului de ramificare a arterei carotide. Depunerea plăcilor de aterom la nivelul acestei bifurcaţii este o cauză frecventă de AIT sau de accident vascular ischemic. Endarterectomia carotidiană se efectuează, de regulă, după unul sau mai multe accidente ischemice pentru a preveni recurenţa acestora sau producerea unui accident vascular cerebral. Ocazional, această intervenţie se efectuează în primele ore ale unui accident ischemic evolutiv.

De asemenea, ea este utilă în reducerea riscului de AVC la cei ce prezintă o îngustare carotidiană severă, dar care sunt încă asimptomatici.

Restabilirea circulaţiei sangvine prin arteră trebuie făcută cu grijă pentru a împiedica pătrunderea cheagurilor de sânge în circulaţie.

În timpul acestei operaţii pot apărea complicaţii, inclusiv un AVC. Pentru a preveni riscul de AVC din timpul intervenţiei chirurgicale, activitatea corticală este permanent monitorizată printr-un examen numit electroencefalogramă. Aceasta permite chirurgului să vadă dacă circulaţia sângelui spre creier este corespunzătoare în timpul în care artera carotidă este pensată pentru a fi reparată. Dacă circulaţia spre creier este necorespunzătoare, pot fi luate măsuri pentru a o îmbunătăţi. Uneori, persoana supusă intervenţiei chirurgicale este menţinută trează pentru a coopera cu echipa de medici.

Ca şi în cazul oricărei proceduri chirurgicale, şansele de succes ale endarterectomiei carotidiene depind de evaluarea făcută de medic şi de echipa chirurgicală. Rareori, pot apărea blocaje. La cazurile corect selecţionate, intervenţia reduce, de obicei, riscul unor recurenţe viitoare ale atacurilor ischemice tranzitorii şi producerii unui accident vascular cerebral.

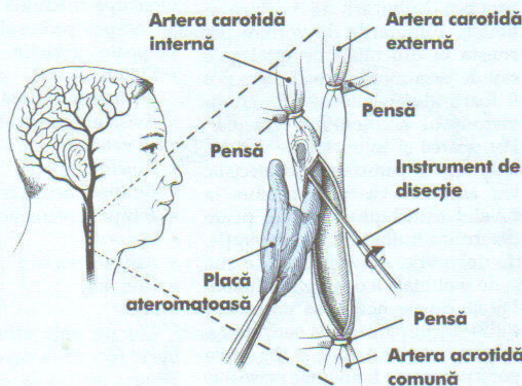
Beneficii versus riscuri

Deşi are o rată mare de succes, această procedură prezintă şi riscuri. Medicul le va discuta cu dumneavoastră şi va hotărî dacă să vă recomande sau nu această procedură. În afară de aspectele legate de severitatea şi localizarea porţiunii arteriale îngustate, medicul va lua în calcul şi alţi factori înainte de a vă recomanda operaţia şi anume: valoarea tensiunii arteriale sau prezenţa altor forme de afecţiuni cardiovasculare. O boală coronariană nestabilizată va face o asemenea intervenţie prea riscantă.

La persoanele la care riscurile intervenţiei chirurgicale sunt prea mari, se ia în considerare terapia nechirurgicală, ce include în general medicaţie anticoagulantă.

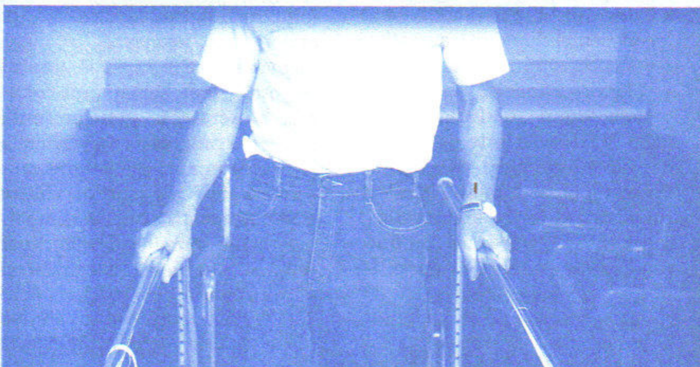
Procedura

Operaţia începe cu o incizie la nivelul regiunii cervicale pentru a denuda regiunea de ramificare a arterei carotide. Se instalează pense pentru a întrerupe circulaţia sângelui. Artera se deschide pentru a se înlătura plăcile ateromatoase. Închiderea arterei va necesita probabil un petic dintr-un material sintetic.



Dacă circulaţia sângelui spre creier este blocată de o obstrucţie a arterei carotide, se poate efectua un procedeu chirurgical numit endarterectomie carotidiană. Pensele au rolul de a opri curgerea sângelui în zona de unde se îndepărtează, cu ajutorul unui instrument de disecţie, depozitele de colesterol (plăcile de aterom).

Recuperarea după un accident vascular cerebral



În prezent, în SUA există aproximativ 4,5 milioane de persoane ce au supraviețuit unui accident vascular cerebral. Unii au doar sechele minore și mai mult de 1/2 dintre toți cei ce au supraviețuit și-au recâștigat autonomia. Dar 2 din 10 supraviețuitori ai accidentelor vasculare cerebrale au nevoie de îngrijiri prelungite, fie datorită handicapurilor mintale și fizice permanente, fie datorită lipsei posibilității de îngrijire la domiciliu.

Reabilitarea după un accident vascular cerebral este crucială, atât pentru moralul persoanei respective cât și pentru întoarcerea la o formă fizică cât mai bună. Recuperarea și reabilitarea depind de aria corticală afectată și de cantitatea de țesut afectat. Un accident vascular cerebral poate să vă afecteze atât fizic cât și psihologic și cognitiv.

Afectarea fizică

Leziunile din emisfera dreaptă a creierului afectează senzațiile și mișcarea jumătății stângi a corpului, iar leziunile țesutului din emisfera stângă pot afecta mișcările din partea dreaptă a corpului și pot provoca tulburări de vorbire și limbaj. Tulburările de vorbire pot consta în dificultăți de înțelegere sau de exprimare verbală, care pot fi foarte deranjante pentru supraviețuitorul accidentului vascular. Pot apărea și tulburări de vedere, indiferent de partea de creier afectată. Un accident vascular produs la nivelul trunchiului cerebral poate determina tulburări de respirație, de deglutiție, de echilibru, de auz și de motilitate a ochilor și a limbii. Puteți, de asemenea, să prezentați tulburări în perceperea senzațiilor. Inițial, funcțiile renale și digestive pot fi perturbate la anumite persoane, dar în general modificările se ameliorează.

Afectarea psihologică

Alături de diferitele afectări fizice, depresia este cel mai obișnuit răspuns după un accident vascular. Persoanele afectate se pot simți fără speranță, frustrate și neinteresate de activități care altădată le făceau plăcere. Scăderea energiei sexuale, variațiile dispoziționale și gândurile suicidare sunt simptome obișnuite.

Afectarea cognitivă

După un accident vascular cerebral pot apărea modificări ale modului de învățare, de memorare și de interacționare sau de interpretare a evenimentelor zilnice. Aceste efecte secundare se pot datora parțial modificărilor în producerea substanțelor chimice de la nivelul creierului. În acest caz, se pot prescrie medicamente antidepresive.

Echipa medicală implicată în reabilitarea pacienților cu AVC

O echipă medicală vă poate ajuta să începeți procesul de recuperare. Ea poate cuprinde:

- Fizioterapeut specializat în recuperarea după un AVC
- Asistentă medicală
- Dietetician
- Kinetoterapeut
- Terapeut ocupațional
- Terapeut recreațional
- Logoped
- Asistent social
- Psiholog
- Preot

Componența echipei este stabilită în funcție de nevoile pacientului. Pentru realizarea programului de recuperare se efectuează precoce și repetat anumite teste pentru evaluarea ameliorării stării dumneavoastră. Terapiile se concentrează pe o îmbunătățire cât mai mare a abilităților cum ar fi: refacerea capacității de lucru, îmbunătățirea capacității dumneavoastră de deplasare prin casă și comunitate. Cu sprijinul echipei de specialiști în recuperare, mulți din cei ce au suferit un AVC își recapată parțial funcționalitatea membrelor afectate.

Recuperarea

Unii se recuperează destul de bine și fără anumite tehnici de recuperare, alții, însă, au nevoie de ele. La unele persoane afectarea este atât de mare încât o reabilitare completă nu este posibilă. În cazul acestor persoane, scopul terapiei este de a preveni complicațiile de genul contracturilor musculare, ulcerațiilor pielii, pneumoniei, malnutriției, tulburărilor de micțiune sau de tranzit intestinal, izolării sociale și depresiei. Cel mai important și eficient ajutor pe termen lung poate veni din partea familiei și prietenilor ce trebuie să dea dovadă de răbdare și perseverență.

Un mediu familial suportiv are efecte benefice asupra procesului de recuperare. Indiferent de vârstă, cei ce au suferit un AVC și pot să se întoarcă acasă la un soț sau o soție iubitoare, au șanse mai mari de a deveni autonomi și capabili de a lucra din nou. În cazul unei afectări severe, mediul familial suportiv poate reduce riscul complicațiilor viitoare. Încurajarea este un element esențial.

Pentru asigurarea unui grad cât mai mare de autonomie și siguranță pot fi folosite dispozitive și modificări de amenajare a spațiului înconjurător de genul rampelor, mânerelor, balustradelor în cadă sau toaletă, precum și bănci sau scaune dispuse în cadă sau cabina de duș. Pentru informații și asistență, contactați medicul, specialiștii locali sau centrele de zi, specializate în recâștigarea autonomiei.

Diagnostic

Hemoragia subdurală cronică poate fi greu de diagnosticat. În cazul pierderii progresive a stării de conştienţă ce urmează unui traumatism craniocerebral, trebuie suspectată, în general, o hemoragie intracraniană. Cea mai bună metodă de a determina mărimea şi localizarea unui hematom este efectuarea unei tomografii computerizate (CT), în cazul în care timpul permite acest lucru. În unele cazuri se preferă efectuarea unei rezonanţe magnetice nucleare (RMN). Alteori, se impune o intervenţie chirurgicală de urgenţă, nemaifiind timp de alte investigaţii.

Cât de grav este hematomul subdural?

Sângerarea acută subdurală (hemoragia subdurală) este deseori, cu sau fără o intervenţie chirurgicală de urgenţă, fatală. Moartea poate apărea în ciuda îngrijirilor medicale prompte.

Formele subacute sau cronice sunt mai puţin riscante, dar necesită îngrijiri medicale de îndată ce semnele şi simptomele devin evidente; în caz contrar, leziunile cerebrale pot deveni permanente. Riscurile şi complicaţiile sunt mai mari în cazul persoanelor ce folosesc zilnic aspirină şi medicamente anticoagulante.

Tratament

În general, tratamentul hematomului este chirurgical. Dacă sângele este localizat într-o anumită zonă şi este lichid, singurul procedeu posibil este efectuarea unei găuri prin cutia craniană pentru a drena lichidul. În cazul hematoamelor de mari dimensiuni sau dacă sângele este coagulat, este necesară îndepărtarea unei bucăţi de craniu (printr-un procedeu numit craniotomie), pentru a putea evacua sângele. Unele hematoame subdurale sunt mici şi asimptomatice nefiind necesară îndepărtarea lor.

Metodele de terapie intensivă constau în diferite procedee şi medicamente pentru combaterea edemului cerebral determinat de acumularea altor lichide, ca urmare a traumatismului craniocerebral. După intervenţia chirurgicală se pot administra medicamente antiepileptice de genul fenitoinului (Dilantin), pentru controlul sau prevenirea crizelor epileptice posttraumatice. Aceste crize epileptice pot apărea într-un interval de cel mult 2 ani de la traumatismul craniocerebral.

În perioada posttraumatică pacienţii pot prezenta amnezie, ameţeală, dificultăţi de concentrare a atenţiei, anxietate şi cefalee. În cazul adulţilor, cea mai mare parte a recuperării se produce în primele 6 luni şi, apoi, mici îmbunătăţiri până în 2 ani. Datorită distrucţiilor cerebrale, recuperarea poate fi doar parţială. Copiii fac faţă, de obicei, mai bine decât adulţii. Ei au o recuperare imediată mai bună şi apoi mici îmbunătăţiri pe parcursul unei perioade mai lungi de timp.

Hemoragia epidurală

Semne şi simptome

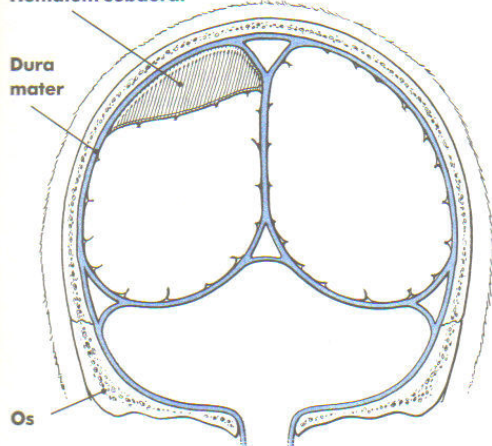
- Cefalee, ameţeală sau confuzie după un traumatism craniocerebral
- Hemipareză
- Greaţă, vomă sau ameţeală

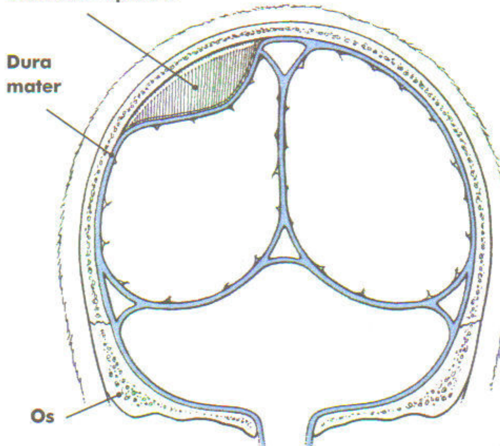
Semne şi simptome de urgenţă

- Dilatare pupilară

Hemoragia epidurală (extradurală) apare atunci când un vas de sânge, de obicei o arteră, se rupe în regiunea dintre suprafaţa externă a durei mater - cea mai externă dintre cele trei membrane- şi craniu. De obicei, vasul de sânge este lezat datorită unei fracturi craniene. În aceste cazuri sângele se scurge între dura mater şi craniu pentru a forma o masă (un hematom) care comprimă ţesutul cerebral.

Hemoragia epidurală este de obicei cauzată de traumatisme secundare unui accident de maşină sau de motocicletă. Pot să nu apară semne evidente, de tipul fractură craniană deschisă sau escare.





Dacă în urma unui traumatism craniocerebral rezultă o acumulare de sânge între creier şi foiţa meningeală externă (dura mater) se produce o masă numită hematom subdural (stânga). Dacă sângerare are loc în spaţiul dintre dura mater şi craniu, acumularea se numeşte hematom epidural (dreapta). Ambele pot comprima ţesutul cerebral.

În hemoragia epidurală, compresia asupra creierului creşte pe măsură ce curge mai mult sânge în spaţiul strâmt dintre creier şi craniu. Această compresie poate să ducă rapid la pierderea conştienţei, afectare cerebrală permanentă sau chiar moarte. De aceea, este nevoie de un diagnostic şi de un tratament prompte.

Diagnostic

Semnele şi simptomele apar, cel mai probabil, în decurs de minute până la ore de la traumatism. Pentru localizarea şi evaluarea hemoragiei epidurale este nevoie de efectuarea unor teste de tipul tomografiei computerizate (CT) sau rezonanţei magnetice nucleare (RMN). Uneori, nu mai este timp pentru asemenea teste, fiind necesară o intervenţie chirurgicală de urgenţă.

Cât de gravă este hemoragia epidurală?

Deşi procentul hemoragiilor epidurale rezultate ca urmare a unui traumatism craniocerebral este mic, riscul de moarte este mare în lipsa unui tratament prompt. Până la o 1/3 dintre victime pot rămâne conştiente, însă majoritatea rămân într-o stare de ameţeală sau comatoasă din momentul traumei.

Tratament

Dacă testele diagnostice indică o hemoragie epidurală, va fi necesară o intervenţie chirurgicală pentru a opri sângerarea. În acest scop se va exciza o bucată de craniu (craniotomie) pentru a extrage cheagul de sânge şi a opri sângerarea. În cazul unei intervenţii chirurgicale prompte, recuperarea este, de obicei, completă.

De multe ori este nevoie de o lungă perioadă de recuperare după o hemoragie epidurală. Cefaleea poate apărea şi persista un timp alături de anxietate, amnezia episodului şi dificultăţi de concentrare. De obicei, tulburările de vorbire şi paraliziile dispar. În cazul adulţilor, cea mai importantă fază a recuperării are loc în primele 6 luni, dar mici îmbunătăţiri pot apărea într-o perioadă mai mare de 2 ani. Recuperarea incompletă se datorează distrugerii ţesutului cerebral. Copiii fac mai bine faţă comparativ cu adulţii- ei au o mai bună recuperare imediată şi îmbunătăţirile continuă să apară pe o perioadă lungă de timp.

Infecţiile sistemului nervos

Infecţiile pot afecta SNC-ul în mai multe feluri. Pot fi rezultatul unei invazii directe a virusului, bacteriei sau ciupercii. O afecţiune banală de tipul unei infecţii otice sau pojarului, poate implica atingerea SNC. Infectarea se poate face şi prin intermediul înţepăturii de ţânţar.

Infecţiile au un grad variat de severitate: de la câteva zile petrecute în pat, la luni de zile de boală, rezultând sechele fizice şi psihice, până la deces.

Meningita

Semne şi simptome

- Febră
- Cefalee severă
- Vomă
- Confuzie
- Crize convulsive
- Letargie progresivă
- Ameţeală
- La sugari, bombarea fontanelei
- Redoare de ceafă

Semne şi simptome de urgenţă

- Stupor
- Comă
- Convulsii

Meningita este o inflamaţia şi o infecţie a foiţelor meningeale şi a lichidului ce înconjoară creierul şi măduva spinării (lichidul cefalorahidian). Ea este cel mai frecvent determinată de infecţii bacteriene sau virale. Dintre cele două, meningita bacteriană este cea mai severă.

Meningita atacă brusc cu febră mare, cefalee severă şi vomă. 70% din cazurile de meningită apar la copiii sub 5 ani, dar incidenţa bolii este în continuă creştere la persoanele cu vârsta între 15 şi 24 de ani. Vârstnicii au, de asemenea, o incidenţă crescută a meningitei.

Anumite tipuri de meningită sunt contagioase. Puteţi fi expus la meningită când cineva infectat tuşeşte sau strănută în preajma dumneavoastră. Bacteriile pot fi împrăştiate prin sărut, prin folosirea aceloraşi tacâmuri, periuţei de dinţi sau ţigării. Aveţi, de asemenea, un risc crescut dacă locuiţi sau lucraţi cu o persoană bolnavă.

Boala începe frecvent ca o afecţiune respiratorie. O infecţie a valvelor cardiace, oaselor sau a altor organe se poate transmite pe calea circulaţiei sangvine până la meninge. De asemenea, infecţia se poate produce prin invazia directă a bacteriilor deja localizate lângă SNC, de exemplu de la o infecţie otică, sinusală, nazală sau dentară.

Bacteria *Streptococcus pneumoniae* (pneumococ) este cea mai frecventă cauză de meningită în rândul adulţilor şi copiilor. Cel mai adesea, aceasta se produce când bacteria pătrunde în circulaţia sangvină şi migrează până la nivelul creierului şi al măduvei spinării. Puteţi avea, de asemenea, acest tip de bacterie la nivelul plămânilor, unde poate cauza pneumonie. Meningita pneumococică poate urma unei infecţii otice sau unui traumatism cranian. Bacteria numită meningococ poate produce epidemii locale în anumite comunităţi închise, de tipul universităţilor, internatelor sau bazelor militare. Această infecţie determină apariţia unei erupţii purpurice în 50% din cazuri. Alte bacterii ce determină cazuri sporadice de meningită sunt *Haemophilus influenzae* tip b şi stafilococul.

Cauze mai puţin frecvente de meningită sunt abcesele epidurale şi procedurile medicale de genul puncţiei lombare. Alcoolismul, diabetul, SIDA şi medicamentele imunosupresive luate în urma transplantului de organe pot să vă crească vulnerabilitatea pentru meningită.

Alte forme de meningită, mai puţin periculoase, includ meningitele aseptice (virale), meningita cronică şi cea recurentă. Meningita aseptică este cel mai adesea cauzată de anumiţi viruşi, dar poate fi şi o reacţie la anumite

medicamente sau substanţe chimice care nu sunt prezente în mod normal în lichidul cefalorahidian. Semnele şi simptomele acestui tip de meningită sunt similare celor din meningita bacteriană.

Virusul HIV, tuberculoza, infecţiile fungice, cancerul sau sifilisul pot determina meningită cronică. Adesea, semnele şi simptomele se dezvoltă în câteva săptămâni.

Meningita recurentă poate fi rezultatul unei comunicări între cavitatea nazală şi spaţiul subarahnoidian. Această comunicare, ce apare de obicei printr-un traumatism cranian, permite pierderea de lichid cefalorahidian prin nas. De asemenea, permite pătrunderea bacteriilor din nas şi sinusuri în spaţiul subarahnoidian.

Recent, virusul *Herpes simplex* a fost recunoscut ca o altă cauză de meningită recidivantă. Virusul, dormant în organism, poate fi reactivat din când în când, producând meningită.

Diagnostic

Semnele şi simptomele de meningită pot să apară târziu în cursul infecţiei. Dacă prezentaţi semne şi simptome asemănătoare meningitei, medicul vă va examina capul, urechile şi pielea - în special de-a lungul coloanei vertebrale - pentru a găsi semne de infecţie. Vi se pot face radiografii toracice, craniene sau de sinusuri. Pentru a pune în evidenţă un eventual abces, poate fi făcută o tomografie computerizată (CT). Însă, pentru punerea diagnosticului de certitudine va trebui să vi se efectueze analiza lichidului cefalorahidian obţinut printr-o puncţie lombară. Unul dintre principalele semne de laborator în cazul meningitei este creşterea numărului de leucocite în lichidul cefalorahidian. Dintr-o parte de lichid se pot efectua culturi pentru a stabili tipul microorganismului prezent.

Cât de gravă este meningita?

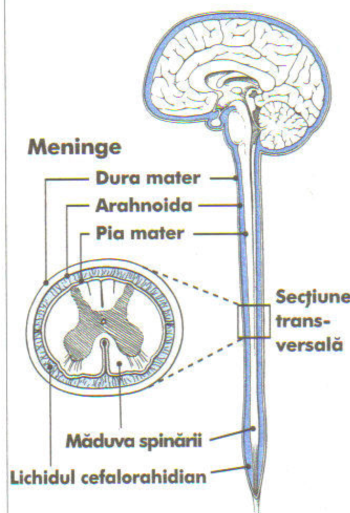
Meningita bacteriană acută este o urgenţă medicală. Cu cât trece mai mult timp până la instituirea tratamentului cu atât este mai mare riscul de sechele neurologice cronice de tipul pierderii auzului, leziuni corticale, tulburări de memorie sau chiar moarte. Meningita este în special periculoasă la sugari şi vârstnici. În cazul sugarilor, semnele cheie pentru punerea diagnosticului sunt bombarea fontanelei şi redoarea de ceafă (gât înţepenit).

Meningita meningococică poate fi rapid fatală dacă nu este tratată prompt cu antibiotice corespunzătoare. Meningita virală este de obicei blândă şi deseori se vindecă spontan în 1 - 2 săptămâni.

Tratament

În cazul meningitei bacteriene acute se instituie de urgenţă tratamentul antibiotic. Alegerea antibioticului depinde de tipul bacteriei ce a cauzat infecţia. În alte cazuri, la tratamentul antibiotic se asociază tratamentul edemului, al şocului, convulsiilor sau deshidratării.

Uneori, este necesară drenarea sinusului sau mastoidei infectate. Dacă s-a acumulat lichid între foiţele meningeale, acesta trebuie drenat sau eliminat chirurgical.



Asemănător creierului, măduva spinării este protejată de 3 membrane (meningele): dura mater, arahnoida şi pia mater. Lichidul cefalorahidian (colorat în albastru) înconjoară creierul şi măduva spinării. Meningita afectează meningele şi lichidul cefalorahidian.

Prevenire

Astăzi, mulţi copii sunt vaccinaţi în mod obişnuit contra pneumococului (vaccin antipneumococic conjugat) şi *Haemophilus influenzae* tip b (vaccinul Hib), începând cu vârsta de 2 luni. Când copilul dumneavoastră nu a fost vaccinat împotriva acestor boli, consultaţi medicul.

Este, de asemenea, disponibil un vaccin ce conferă imunitate împotriva a 4 sau 5 tulpini bacteriene răspunzătoare de meningita meningococică. Atât Centrul de Control şi Prevenţie a Bolilor (SUA) cât şi Asociaţia Colegiului American de Sănătate recomandă acest vaccin pentru elevii de colegiu, în special cei ce locuiesc în internat. Vaccinul este, de asemenea, recomandat celor ce călătoresc în ţări în care meningita este larg răspândită. În acest caz, este important să fiţi vaccinat cu o săptămână înainte de plecarea în călătorie.

Dacă aţi fost expus la meningită, vorbiţi cu medicul dumneavoastră despre medicaţia care vă poate proteja de boală.

Encefalita

Semne şi simptome

- Ameţeală
- Confuzie şi dezorientare
- Crize convulsive
- Febră instalată brusc
- Cefalee severă
- Greaţă şi vomă
- Tremor
- Ocazional redoare de ceafă

Semne şi simptome de urgenţă

- Alterarea stării de conştienţă.

Encefalita este o boală inflamatorie rară, dar severă, ce afectează creierul, fiind frecvent determinată de o infecţie virală. Encefalita apare uneori ca urmare a unei invazii virale directe a sistemului nervos central.

Altă formă este encefalita secundară (postinfecţioasă), care urmează sau acompaniază o boală virală de tipul pojarului, varicelei, rubeolei sau oreionului. Cauza

encefalitei secundare se crede a fi o hiperreacţie a sistemului imunitar la o substanţă străină.

Encefalita secundară apare în urma unei infecţii localizate undeva în corpul dumneavoastră, pe când infecţia virală primară se datorează mediului dumneavoastră înconjurător. Encefalita virală poate apărea sporadic în orice perioadă a anului sau sub forma epidemică. Cea mai obişnuită formă de meningită virală sporadică este cea produsă de virusul herpes simplex. Ea poate debuta ca o afecţiune obişnuită cu cefalee şi febră. Aceste simptome sunt urmate de semne şi simptome neurologice ca de exemplu: dificultăţi de vorbire, slăbiciune, confuzie, stări de pierdere a conştienţei sau convulsii repetate.

Encefalitele epidemice sunt, în mod obişnuit, determinate de virusurile transmise prin înţepătura de ţânţar şi apar îndeosebi în cursul lunilor de vară. Majoritatea encefalitelor determinate de muşcăturile de ţânţar din SUA sunt: encefalita ecvină estică, encefalita ecvină vestică, encefalita St. Louis, encefalita La Crosse şi, mai recent, encefalita West Nile, determinată de virusul West Nile (vezi pag. 519)

Diagnostic

În cazul copiilor, convulsiile, cefaleea severă şi sensibilitatea la lumină pot fi semne şi simptome timpurii de boală. În cazul adulţilor,

Puncţia medulară

Puncţia medulară se efectuează pentru măsurarea presiunii lichidului cefalorahidian şi prelevarea unei mici cantităţi de lichid pentru examenul de laborator. Această procedură este folosită şi la injectarea intrarahidiană a anestezicelor, unor medicamente sau substanţelor de contrast pentru testele imagistice.

Procedura

În zona în care urmează să se efectueze puncţia se foloseşte un anestezic local. Un ac subţire gol în interior se introduce în spaţiul dintre 2 vertebre din regiunea lombară, străpungând foiţele meningeale (dura) până în spaţiul subarahnoidian. Vertebrele trebuie îndepărtate uşor una de cealaltă pentru a permite accesul, aşa că veţi fi rugat să staţi culcat pe o parte în poziţie ghemuit şi cu ambele braţe înconjurând genunchii. Această poziţie flectează coloană permiţând evidenţierea spaţiului intervertebral. Există anumite situaţii în care puncţia medulară se efectuează între 2 vertebre cevicale.

De îndată ce acul este bine poziţionat, se începe măsurarea presiunii lichidului cefalorahidian, se extrage o cantitate mică de lichid cefalorahidian şi apoi se măsoară din nou presiunea. Dacă se introduce un medicament sau altă substanţă, atunci volumul acestuia va fi egal cu cel al lichidului extras. Dacă pocedura vizează doar extragerea de lichid cefalorahidian, ea durează, de obicei, 30 de minute sau mai mult când se injectează o substanţă. După puncţie, zona puncţionată se acoperă cu un bandaj.

Puteţi avea o senzaţie de tensiune în timpul acestei proceduri. După aceea, puteţi prezenta o durere de cap datorită scăderii presiunii lichidului cefalorahidian, în special dacă există o scurgere tisulară persistentă de lichid. Durerea de cap este ameliorată de poziţia culcat şi dispare o dată cu normalizarea presiunii, ce are loc în câteva zile.

La ce este folosită?

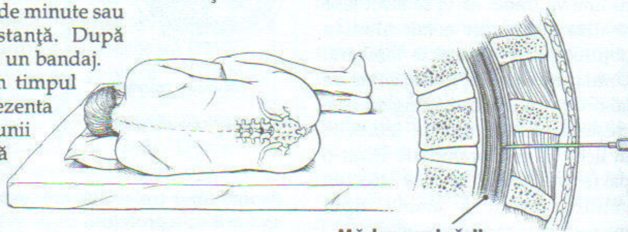
O probă de lichid cefalorahidian ajută în diagnosticul mai multor afecţiuni printre care: scleroza multiplă, sindromul Reye, sindromul Guillain-Barre, infecţiile sistemului nervos central, anumite tipuri de tumori şi hemoragia subarahnoidiană. Examenul lichidului cefalorahidian poate arăta concentraţia de proteine, glucoză, hematii, leucocite, precum şi existenţa celulelor tumorale. Din el se pot realiza culturi pentru a determina microorganismele bacteriene sau virale.

O puncţie lombară poate folosi, de asemenea, la injectarea substanţei de contrast sau substanţelor radioactive în lichidul cefalorahidian atunci când este nevoie să se realizeze, în scop diagnostic, imagini ale curgerii lichidului, o procedură numită mielografie (vezi pag. 610). Ocazional, puncţia lombară are ca sop injectarea de medicamente de genul antibioticelor sau chimioterapicelor.

Riscurile procedurii

Puncţia lombară prezintă unele riscuri, deşi acestea sunt mai puţine acum decât în trecut. O atenţie deosebită este acordată prevenirii infecţiei, de aceea procedura este folosită mai selectiv. Datorită disponibilităţii unor metode imagistice diagnostice mai îmbunătăţite, a scăzut nevoia de puncţie lombară în multe situaţii.

Riscul de complicaţii în urma unei puncţii lombare este crescut dacă prezentaţi o tulburare de coagulare sangvină sau dacă aveţi o presiune crescută a lichidului cefalorahidian, ceea ce ar putea duce la compresia trunchiului cerebral după extragerea unei cantităţi de lichid cefalorahidian.



În cazul efectuării unei puncţii lombare veţi sta culcat pe o parte, cu genunchii la piept, în timp ce un ac este introdus prin spaţiul anesteziat dintre 2 vertebre şi o mică probă de lichid cefalorahidian este extrasă pentru analiza de laborator.

tulburările mintale, de la dezorientare severă la comă, pot fi principalele simptome inițiale.

Debutul semnelor și simptomelor neurologice poate varia. Uneori, puteți să vă simțiți deosebit de rău la numai 24 de ore de la semnele și simptomele inițiale, iar în alte cazuri poate trece o săptămână până la evidențierea atingerii neurologice. În cazul encefalitei secundare virale, boala se poate instala după 7 - 30 de zile de la infecția virală inițială.

Diagnosticul de encefalită se pune, de obicei, pe examenul lichidului cefalorahidian, prelevat printr-o puncție lombară. Analiza lichidului poate indica un număr crescut de leucocite, ceea ce arată că organismul dumneavoastră se luptă cu o infecție, precum și absența bacteriilor, ceea ce exclude o meningită acută bacteriană. Dacă în cadrul bolii apar și hemoragii, lichidul cefalorahidian poate fi ușor sângeriu. Examene de genul electroencefalogramei (EEG), tomografiei computerizate (CT) sau rezonanței magnetice nucleare (RMN) pot fi de folos în punerea diagnosticului de encefalită.

Stabilirea diagnosticului de encefalită herpetică este, uneori, dificil de făcut. Teste diagnostice recente, ce se bazează pe metode ADN sensibile, permit detectarea virusului în lichidul cefalorahidian, confirmând astfel diagnosticul. Dacă rezultatele sunt negative, iar semnele și simptomele indică diagnosticul, biopsia cerebrală tranșează diagnosticul. Deoarece biopsia implică unele riscuri, se inițiază mai întâi tratament antiviral. Dacă sub tratament antiviral nu se obține nici un răspuns, poate fi recomandată o biopsie cerebrală.

Cât de gravă este encefalita?

Evoluția unei encefalite virale variază. Poate dura puțin, nelăsând nici o sechelă de durată sau poate fi foarte severă lăsând sechele neurologice importante. Acestea pot consta în tulburări de memorie, inabilitatea de a vorbi coerent, lipsa coordonării musculare, paralizii sau defecte de auz sau de vedere.

Faza cea mai severă (acută) a encefalitei poate dura de la câteva zile la o săptămână. Durata perioadei febrile poate varia între 4 și 14 zile. Revenirea are loc uneori gradat, alteori brusc. Deficitele neurologice continuă să se amelioreze în săptămâni și luni. Chiar și cei sever afectați de boală se pot reface complet.

Tratament

Deoarece virușii răspunzători de producerea encefalitei nu răspund la terapie antibiotică, tratamentul uzual constă în odihnă, o bună alimentație și un aport crescut de lichide, lăsând mecanismele dumneavoastră naturale de apărare să se lupte cu ei. La debut, este frecventă o stare de iritabilitate. Pentru cei ce prezintă afectare psihică pot fi de folos terapiile fizice și logoterapia.

În cazul encefalitei herpetice s-a folosit cu succes, în faze timpurii ale bolii, terapia antivirală cu acyclovir (Zovirax). În anumite cazuri, este nevoie de terapie anticonvulsivantă.

Prevenire

Deși encefalita virală este rară, o măsură bună de prevenire a encefalitei secundare este de a vă asigura că dumneavoastră și copiii sunteți imuni la infecțiile virale care pot determina encefalită- varicelă, pojar, oreion și rubeolă.

Pentru a vă proteja atât dumneavoastră cât și familia de encefalita datorată înțepăturii de țânțar, în cazul unei epidemii de encefalită de acest gen:

- acoperiți-vă cu îmbrăcăminte părțile expuse ale corpului, dacă stați afară între apusul soarelui și lăsarea nopții;
- aplicați pe piele și haine substanțe împotriva țânțarilor ce conțin DEET, fiți însă atent dacă folosiți aceste substanțe în cazul copiilor.

Academia Americană de Pediatrie recomandă folosirea unor substanțe speciale pentru copii, care să conțină maximum 10% DEET și aplicarea acestora mai degrabă pe haine decât pe piele, dacă este posibil;

- reparați toate plasele de țânțari amplasate la uși și ferestre;
- eliminați apa stătută, golind gălețile, cauciucurile uzate pline cu apă, vazele de flori și recipientele similare. Schimbați zilnic apa animalului dumneavoastră de casă;
- umpleți fântânile arteziene cu pești ce mănâncă țânțari;
- curățați rigolele și scurgeți regulat acoperișurile plate;
- drenați băltoacele dacă este posibil;
- umpleți scorburile copacilor și buturugilor cu mortar;
- acoperiți recipientele cu apă de ploaie și deschizăturile rezervoarelor cu apă.

Sindromul Reye

Semne și simptome

- Greață și vomă persistente apărute după o infecție virală

Semne și simptome de urgență

- Amețeală
- Stupor
- Pierderea conștienței sau comă
- Delir, convulsii

Sindromul Reye este o afecțiune relativ rară dar gravă, ce apare la copii după o infecție virală. Ea afectează sângele, ficatul și creierul. Caracteristic acestui sindrom este concentrația crescută în amoniac, acidoză, niveluri scăzute ale glicemiei, ale depozitelor hepatice de grăsime, edemul cerebral ce poate produce pierderea conștienței, delirium și crize convulsive.

Sindromul Reye a fost identificat ca boală distinctă în anul 1963, iar numărul de cazuri diagnosticate a început să crească în anii '70. Numărul cazurilor a atins un maxim în SUA în anul 1980, după care acestea au început să scadă vertiginos. În prezent, sunt raportate anual doar câteva cazuri. Mulți își explică acest declin prin creșterea avertizărilor în ceea ce privește interzicerea folosirii aspirinei la copii, care a fost asociată cu apariția sindromului, dar aceasta este doar una dintre explicații.

Deși folosirea aspirinei poate declanșa sindromul la copii, cauza exactă a sindromului Reye a rămas necunoscută. Acest sindrom apare aproape exclusiv la copiii cu vârste

cuprinse între 2 şi 16 ani, după o infecţie virală de genul varicelei, gripei sau unei banale infecţii de tract respirator superior. Unii consideră că sindromul Reye are o cauză metabolică ce este demascată de infecţia virală.

Diagnostic

Semnele şi simptomele debutează tipic la o săptămână după o infecţie virală. La început copilul dumneavoastră poate prezenta greaţă şi vomă persistente pentru 1-3 zile, urmate de un declin persistent al stării de conştienţă pe măsura creşterii edemului cerebral. Această stare evoluează de la letargie şi ameţeală, la stupor şi comă profundă. Pot apărea episoade de agitaţie sau convulsii. Aceste semne şi simptome progresează rapid în câteva zile fiind necesar ajutor medical de urgenţă.

Pentru diagnosticarea sindromului, medicul poate face diverse teste, însă biopsia hepatică- în cursul căreia este prelevată o bucată de ţesut hepatic pentu analize de laborator- tranşează diagnosticul. Pentru a exclude alte boli cu simptomatologie asemănătoare, de exemplu meningita



Sindromul postpoliomielitic

Efectele tardive ale poliomielitei, numite de unii medici sindrom postpoliomielitic, se aseamănă cu artrita, tendinita sau cu scleroza laterală amiotrofică (ALS). Slăbiciunea poate apărea la nivelul oricărui muşchi, indiferent dacă a fost sau nu atins în atacul poliomielitic anterior. Simptome ca dureri articulare sau dureri musculare, asemănătoare celor gripale, sunt frecvente. Sindromul afectează aproximativ 25% dintre supravieţuitorii poliomielitei.

Oamenii de ştiinţă nu cunosc cauza exactă a acestui sindrom. Se pare că nu este vorba de o reactivare a unui virus dormant şi nici despre o nouă infecţie. Deoarece majoritatea celor ce prezintă acest sindrom au vârste între 30 şi 40 de ani, nu poate fi atribuit nici procesului de îmbătrânire.

Cercetările recente se concentrează pe celulele nervoase medulare. În general, aceste celule degenerează în timp şi alte celule le suplinesc lipsa. Însă, cei ce au supravieţuit poliomielitei au pierdut anumiţi neuroni în cursul bolii iniţiale. Cei ce s-au recuperat şi au dus apoi o viaţă activă din punct de vedere fizic, s-ar putea să-şi fi suprasolicitat fără să ştie neuronii spinali rămaşi. Suprasolicitarea muşchilor neafectaţi pentru a-i compensa pe cei ce au fost afectaţi de boală poate duce, după mulţi ani, la dureri şi slăbiciune musculară.

Pentru punerea diagnosticului de sindrom postpoliomielitic, medicii caută în general următoarele criterii:

- *Expunere anterioară la virusul poliomielitic.* Sindromul apare la cei ce aveau 10 ani sau mai mult în cursul atacului iniţial de poliomielită şi care au prezentat în general simptome severe.
- *Perioadă lungă de latenţă.* Momentul apariţiei simptomelor tardive variază mult, dar începe, în mod tipic, la aproximativ 30 de ani de la infecţia iniţială.
- *Debut gradat.* Slăbiciunea musculară poate apărea rapid, în câteva luni, dar poate rămâne neobservată atât timp cât nu interferă cu activitatea zilnică. Puteţi să vă simţiţi în formă dimineaţa, la trezire, dar să fiţi extenuat la miezul zilei, obosind după activităţi care nu puneau nici o problemă înainte.

Este dificil de prevăzut evoluţia simptomelor dar, din fericire, slăbiciunea progresivă din acest sindrom este de obicei blândă.

Deşi nu există un tratament specific pentru acest sindrom, mergeţi totuşi la consult medical dacă aţi avut poliomielită şi prezentaţi simptome noi de slăbiciune sau durere musculară. Medicamentele de tipul aspirinei şi a antiinflamatoarelor nesteroidiene (AINS) pot ameliora anumite semne şi simptome ale bolii. Un terapeut ocupaţional sau un kinetoterapeut poate evalua modul în care vă mişcaţi în diferite activităţi din timpul muncii sau al perioadelor de recreere, putându-vă sugera căi de micşorare a oboselii musculare. Puteţi încerca înotul sau aerobicul subacvatic, dar nu vă suprasolicitaţi muşchii.

Atitudinea dumneavoastră joacă şi ea un rol important în procesul adaptării. În multe comunităţi s-au dezvoltat grupuri de suport pentru supravieţuitorii poliomielitei care oferă consiliere, măsuri de autoajutor şi sfaturi practice.

sau encefalita, se poate efectua o puncţie lombară.

Medicul se poate gândi la anumite tulburări metabolice moştenite care au semne şi simptome asemănătoare. Cheia punerii sau excluderii diagnosticului unor asemenea boli rare metabolice este obţinerea de probe de urină şi sânge în timpul fazei acute şi examinarea lor într-un laborator de genetică specializat. Multe din aceste boli metabolice sunt cunoscute sub numele de boli mitocondriale pentru că problemele se datorează unor organite celulare numite mitocondrii.

Dacă un copil moare datorită unei boli ce seamănă cu sindromul Reye, poate fi important să se obţină asemenea probe de sânge sau urină pentru a verifica dacă nu este vorba de o astfel de boală metabolică ce poate afecta şi alţi membri ai familiei.

Cât de grav este sindromul Reye?

Deşi severitatea poate varia, sindromul Reye este un sindrom sever, ameninţător pentu viaţă. Este necesar tratament de urgenţă deoarece şansele de supravieţuire ale copilului depind de gradul de progresie a bolii, de rapiditatea iniţierii tratamentului şi cât de repede este echilibrat organismul.

În trecut, mortalitatea era de peste 40%. Cu un diagnostic mai precoce şi un tratament mai eficient, acest procent a scăzut la 10%. Majoritatea copiilor se recuperează complet în 2-3 luni, dar există uneori cazuri în care afectarea cerebrală este permanentă.

Tratament

Tratamentul constă în administrarea de medicamente, de obicei intravenos şi în monitorizarea funcţiilor vitale ale organismului. Hipoglicemia copilului este corectată prin administrarea de glucoză, valorile electroliţilor sangvini sunt echilibrate prin administrarea de soluţii de electroliţi ce conţin sodiu, potasiu şi cloruri iar acidoza este corectată prin administrarea de soluţii bazice concentrate. Pot fi administrate mici cantităţi de insulină pentru a creşte metabolismul glucozei.

Edemul cerebral este corectat, de obicei, cu un corticosteroid (dexametazonă) care scade inflamaţia şi cu un diuretic (manitol) ce poate creşte cantitatea de lichide eliminată prin urină. Alte medicamente pot fi: purgativele, vitamina K1 şi un antibiotic ce nu se absoarbe oral (neomicină).

Monitorizarea tensiunii intracraniene poate folosi la evaluarea eficienţei terapeutice. Alte proceduri obişnuite presupun introducerea unui tub în căile aeriene ale copilului pentru a-l ajuta să respire.

Prevenire

Incidenţa sindromului Reye poate fi scăzută prin evitarea folosirii aspirinei (acidul acetilsalicilic) în timpul unei afecţiuni virale, la copiii cu vârste mai mici de 16 ani. Aspirina nu este recomandată copiilor sub 12 ani, indiferent de afecţiunea de care suferă. Reţineţi că alte medicamente uzuale de genul Alka-Seltzer şi Pepto-Bismol conţin salicilaţi şi, prin urmare, ar trebui evitate la copii.

Abcesul epidural

Semne şi simptome

- Dureri de ureche sau nazale însoţite de puroi
- Cefalee continuă
- Febră
- Greaţă şi vomă
- Dureri de spate şi sensibilitate în regiunea lombară

Semne şi simptome de urgenţă

- Diminuarea stării de conştienţă
- Diminuarea accentuată a percepţiei senzaţiilor, slăbiciune şi paralizie în ambele părţi ale corpului sau ambele picioare
- Crize convulsive
- Tulburări de vorbire

Abcesul epidural este cauzat adesea de o infecţie bacteriană ce determină acumularea de puroi în regiunea dintre foiţa meningeală externă (dura mater) şi craniu sau vertebrele medulare. Uneori, invadează suprafaţa osoasă a craniului sau vertebrelor. De asemenea, poate penetra meningele, devenind un abces subdural, un abces cerebral sau o meningită.

Abcesul epidural cerebral se poate dezvolta de la infecţii ale sinusurilor, urechilor sau ale oaselor mastoide situate în spatele urechilor. Uneori, bacteria este adusă în spaţiul epidural de la o infecţie localizată în alte părţi ale corpului, prin intermediul circulaţiei sangvine. Infecţiile de la nivel medular se pot dezvolta de la un furuncul cutanat, o infecţie pulmonară sau abdominală, sau de la o infecţie postchirurgicală.

În cazul unui abces pot apărea dureri progresive de cap sau de spate însoţite de febră şi de sensibilitate a zonei unde este localizată infecţia. O dată cu mărirea abcesului, el poate comprima creierul sau măduva având ca efect apariţia durerii sau abolirea funcţiilor neurologice.

Abcesele epidurale sau asemănătoare sunt acum relativ rare deoarece terapia antibiotică poate controla multe din infecţii în stadiile lor timpurii. Cel mai mare risc de formare a abceselor este determinat dc infecţiile sinusale sau otice cronice.

Diagnostic

Diagnosticul de abces epidural este sugerat de prezenţa unei infecţii şi de dezvoltarea ulterioară a semnelor şi simptomelor de boală. Medicul vă va face probabil o radiografie, o rezonanţă magnetică nucleară (RMN) sau o tomografie computerizată (CT) de cap sau coloană pentru a pune diagnosticul.

Cât de grav este abcesul epidural?

Un abces epidural poate determina afectare neurologică severă sau chiar moarte dacă nu este tratat prompt. Dacă se intervine prompt, se obţine o recuperare totală.

Tratament

În general, se iniţiază tratament antibiotic intravenos de urgenţă pentru a controla infecţia. Cu toate acestea, uneori, antibioticele singure nu pot vindeca abcesul devenind necesară o intervenţie chirurgicală pentru facilitarea drenajului. Dacă abcesul a penetrat vreo zonă a craniului sau

vertebrală, vor trebui îndepărtate şi ţesuturile afectate. Uneori, este greu de găsit şi îndepărtat toate urmele de infecţie şi recuperarea dumneavoastră poate fi astfel complicată de reinfecţie. După o asemenea intervenţie chirurgicală, se administrează pentru 1-2 luni tratament antibiotic.

Botulismul

Semne şi simptome

- Senzaţie de slăbiciune musculară într-un interval de 12-36 de ore de la consumul unui aliment alterat
- Vedere dublă
- Uscăciunea mucoasei bucale
- Tulburări de vorbire
- Dificultăţi de înghiţire
- Vomă şi crampe abdominale

Semne şi simptome de urgenţă

- Slăbiciune sau paralizie musculară ce evoluează rapid
- Dificultăţi respiratorii

Botulismul este o formă de intoxicaţie produsă de un microorganism numit *Clostridium botulinum*, care se găseşte în mod normal în pământ. Acest microorganism este întrucâtva asemănător celui ce produce tetanosul. Toxina blochează impulsurile nervoase spre glandele salivare şi spre muşchi. Aceste efecte apar la un interval cuprins între 3 ore şi 14 zile de la consumul acestei toxine.

Intoxicaţia botulinică poate fi determinată de consumul conservelor sau alimentelor de casă insuficient preparate termic, pentru a distruge sporii microorganismului. De obicei, dar nu întotdeauna, capacele sau părţile laterale ale conservelor pot bomba.

Diagnostic

Diagnosticul de botulism se pune, de obicei, pe semnele şi simptomele caracteristice, şi este confirmat de identificarea toxinei în sânge, mâncare sau fecale.

Cât de grav este botulismul?

În 10% dintre cazurile de botulism la adulţi şi 2% din cazurile de botulism la sugari poate apărea decesul datorită insuficienţei respiratorii datorate slăbiciunii musculaturii respiratorii. Această boală este astăzi foarte rară datorită preparării atente a alimentelor, toxina fiind distrusă de fierberea alimentelor timp de 10 minute.

Trtament

Constă în administrarea antitoxinei. La majoritatea persoanelor acest tratament este eficient urmând o recuperare totală. Evitaţi consumarea conservelor al căror capac bombează, deoarece acestea pot fi contaminate.

SIDA şi afectarea sistemului nervos

SIDA este produsă de virusul imunodeficienţei umane (HIV) şi poate duce la diferite afecţiuni ale sistemului nervos. HIV poate infecta direct sistemul dumneavoastră central determinând degradarea progresivă a celulelor nervoase. Virusul supresează, de asemenea, şi sistemul imunitar. HIV poate infecta orice componentă a sistemului nervos, inclusiv învelişul extern al creierului (meningele), creierul, măduva spinării sau nervii periferici.

Aproximativ 1/3 dintre cei cu SIDA dezvoltă boli ale sistemului nervos, printre care infecţii virale, bacteriene sau fungice care produc meningită, encefalită sau mielită. Alte afecţiuni ale sistemului nervos ce însoţesc SIDA sunt apariţia chistelor de origine parazitară în creier, creşterea anormală de tumori limfoide la nivelul sistemului nervos, precum şi o formă progresivă de demenţă. SIDA poate fi însoţită şi de boli ale nervilor periferici.

Unele din afecţiunile sistemului nervos ce apar în cadrul SIDA sunt tratabile dar eficacitatea tratamentelor standard, cum ar fi terapia antibiotică pentru infecţiile bacteriene, este limitată datorită imunodeficienţei. Tratamentul trebuie făcut adesea toată viaţa.

Triplul tratament al infecţiei cu HIV a scăzut frecvenţa infecţiilor oportuniste ale creierului. Cercetarea cu privire la tratamentul SIDA este permanentă, noi medicamente fiind în testare.

Afecţiuni structurale

Ţesutul nervos este sensibil la tracţiune, zdrobire sau distrucţie prin compresie. În mod normal, craniul şi meningele dumneavoastră oferă protecţie. Dar, în cazul unui impact brusc sau foarte puternic, ca în cazul unui accident rutier sau industrial, protecţia oferită de craniu şi meninge se poate dovedi insuficientă. Distrucţia structurilor cerebrale ca urmare a unui accident rutier variază de la o uşoară contuzie la sechele permanente sau chiar deces.

Alte afectări structurale descrise în acest capitol sunt reprezentate de situaţii de genul dezechilibrului tensiunii lichidului cefalorahidian de la nivel cerebral (hidrocefalia) sau tumorilor cerebrale.

Contuzia cerebrală

Semne şi simptome

- Scurte episoade de pierderi de conştienţă sau de memorie după un traumatism cranian
- Cefalee
- Leşin
- Greaţă sau vomă
- Uşoare tulburări de vedere
- Dificultăţi de concentrare

Semne şi simptome de urgenţă

- Stare persistentă de confuzie sau delirium
- Ameţeală persistentă
- Letargie persistentă
- Dilataţie pupilară
- Tulburări de vorbire
- Paralizii parţiale
- Stupor
- Comă

Contuzia este rezultatul leziunilor cerebrale apărute în urma unei lovituri violente a capului, având ca efect cel puţin o pierdere temporară a funcţiior cerebrale.

În mod normal, creierul este înconjurat de lichidul cefalorahidian care îi conferă protecţie împotriva loviturile uşoare, ce pot apărea în cursul activităţilor zilnice. Dar acest lichid nu poate

absorbi forţa unei explozii neaşteptate sau a unei opriri bruşte. Impactul asupra capului produs de o explozie determină o mişcare bruscă a creierului spre craniu cauzând lezarea creierului. Această mişcare traumatică poate determina diferite tipuri de leziuni. Contuzia este cea mai uşoară dintre ele.

Deşi pierderea conştienţei este un simptom frecvent al contuziei cerebrale, este totuşi posibil să suferiţi o contuzie şi să nu leşinaţi complet.

Traumatismele craniene se produc frecvent în cursul accidentelor de motocicletă, a celor industriale, datorită căderilor de la înălţime sau atacurilor fizice. Accidentele reprezintă principala cauză de deces la persoanele mai tinere de 44 de ani, iar în multe din aceste accidente au loc traumatisme ale capului.

Mortalitatea datorată traumatismelor craniene a mai scăzut în ultimii ani datorită purtării echipamentului de protecţie, de genul căştilor, tetierelor rigide şi centurilor de siguranţă, şi datorită îmbunătăţirii asistenţei medicale de urgenţă. Cu toate acestea, traumatismul cranian rămâne o problemă serioasă.

Diagnostic

Cereţi asistenţă medicală de urgenţă după orice tulburare de conştienţă sau stări de ameţeală ce urmează unui traumatism cranian. La punerea diagnosticului, se ţine seama de sângerarea intracraniană gravă ce poate necesita o intervenţie chirurgicală de urgenţă.

Simptomele leziunior cerebrale grave pot fi evidente imediat posttraumatic sau pot apărea în decurs de ore sau zile de la traumatism. Starea dumneavoastră de conştienţă şi de atenţie reprezintă bune repere ale gradului de severitate al leziunilor.

Medicul vă va examina pentru a observa eventuale fracturi craniene şi distrugere de ţesut cerebral. Pentru a vedea dacă s-au produs deteriorări potenţial fatale sau leziunile se limitează doar la o contuzie cerebrală, se va efectua o tomografie computerizată (CT) sau o rezonanţă magnetică nucleară (RMN). După un traumatism cranian se recomandă o perioadă de 24-48 de ore de supraveghere, în spital sau acasă de către familie sau prieteni, pentru a urmări eventuala evoluţie a simptomelor.

Cât de gravă este contuzia cerebrală?

O contuzie este reprezentată de un traumatism minor, o leziune temporară fără existenţa unei deteriorări cerebrale permanente. Cu toate acestea, taumatismele craniene accidentale pot determina moartea sau deteriorări cerebrale în unele cazuri, orice traumatism cranian fiind potenţial periculos. De aceea, în cazul oricărui traumatism cranian este necesară examinarea medicală.

Pierderile de memorie legate de traumatism implică, de obicei, doar amnenzia perioadei imediat înainte şi pe cea din timpul accidentului ce a dus la contuzia cerebrală. Poate, totuşi, cuprinde şi perioada de câteva săptămâni (rareori luni) înainte de accident. Recâştigarea memoriei se face de la amintirile mai vechi spre cele mai recente.

Anumite persoane ce au suferit o contuzie pot prezenta un complex de semne şi simptome numit sindrom posttraumatic, ce poate dura o anumită perioadă după traumatismul cranian.

În afară de cefalee şi ameţeală, aceste simptome pot cuprinde şi insomnie, iritabilitate, nelinişte, incapacitate de concentrare, depresie sau modificări de personalitate sau de dispoziţie. Nu se cunoaşte cauza exactă a apariţiei acestor simptome la anumite persoane.

Tratament

Dacă nu sunt prezente complicaţii, o contuzie cerebrală necesită puţin sau chiar nici un tratament. Medicul vă poate prescrie paracetamol sau un analgezic mai puternic pentru cefalee. Trebuie evitată aspirina deoarece poate provoca sângerări. Odihna şi relaxarea, însoţite de limitarea activităţii ce necesită concentrare sau mişcare susţinută, vor ajuta la revenirea la normal în câteva zile.

Sportivii, de exemplu fotbaliştii sau boxerii, care au suferit o contuzie, trebuie evaluaţi medical înainte de reluarea activităţii sportive.

Alte leziuni traumatice ale creierului

Semne şi simptome

- Cefalee

Semne şi simptome de urgenţă

- Stare persistentă de confuzie, ameţeală sau delirium
- Tulburări de vorbire
- Dificultăţi respiratorii
- Anizocorie (diferenţă între dimensiunile pupilelor)
- Hemipareză
- Crize convulsive
- Stupor
- Comă

Leziunile traumatice ale creieului pot rezulta dintr-o explozie sau prin penetrarea craniului de către un obiect ascuţit, de exemplu un glonţ sau o bucată dintr-un echipament industrial. Accidentele rutiere, căzăturile, accidentele de muncă şi atacurile fizice sunt cauzele majore ale acestor leziuni cerebrale.

În SUA, sunt raportate anual aproximativ 1,5 milioane de cazuri de leziuni traumatice cerebrale. Aceste leziuni variază de la contuzii uşoare la deteriorări cerebrale grave. Aproximativ 3% din aceste leziuni traumatice cerebrale sunt urmate de deces. Majoritatea traumatismelor craniene sunt însă uşoare.

Leziunile craniene moderate şi severe sunt însoţite de fracturi ale craniului, rupturi ale meningelui, zdrobiri ale ţesutului nervos sau hemoragii intracraniene. Puteţi prezenta edem cerebral sau scurgeri de lichid cefalorahidian. Sunt posibile şi hemoragii subdurale sau epidurale (extradurale). Simptomele pot apărea la câteva zile după accident.

Diagnostic

Mergeţi la un control medical în cazul oricărui traumatism cerebral ce produce chiar şi o scurtă pierdere de conştienţă sau persistenţa unor simptome.

Medicul vă poate recomanda internare pentru monitorizare, teste şi tratamente dacă prezentaţi vreun indiciu de posibilă leziune cerebrală. Pentru a se vedea structura creierului, pot fi necesare teste diagnostice de genul tomografiei computerizate (CT) sau rezonanţei magnetice nucleare (RMN).

Cât de gravă este o leziune traumatică cerebrală?

Severitatea şi efectul unei leziuni traumatice cerebrale depind de gradul deteriorării şi zona de creier cel mai grav afectată. Un rol important în apariţia eventualelor complicaţii îl joacă leziunile şi afecţiunile cerebrale anterioare, precum şi starea dumneavoastră generală de sănătate. Majoritatea persoanelor ce au suferit leziuni cerebrale moderate se recuperează în săptămâni sau luni de zile, deşi pot persista anumite sechele. Leziunile severe pot fi mortale sau pot determiona sechele permanente în ciuda celor mai bune tratamente medicale şi chirurgicale.

Tratament

Pentru persoanele comatoase este nevoie de tratament medical de urgenţă. Starea comatoasă este, adesea, un indicator al unei leziuni cerebrale severe. Edemul cerebral, ce poate determina moartea, necesită tratament medicamentos cu corticosteroizi sau tratament chirurgical. Intervenţiile chirurgicale pot fi, de asemenea, făcute pentru îndepărtarea fragmentelor de os, cheagurilor de sânge sau ţesutului distrus, sau pentru a insera un şunt cu scopul de a controla tensiunea intracraniană.

Hidrocefalia

Semne şi simptome

- La nou-născuţi, creşterea anormală a circumferinţei craniene
- Deteriorare cognitivă
- Încetinirea şi limitarea mişcărilor corpului
- Incontinenţă urinară

Hidrocefalia (*hydro* = apă şi *cephalus* = cap) este o tulburare ce constă în acumularea de lichid în exces la nivelul creierului. Lichidul acumulat în exces nu este apă, ci este lichid cefalorahidian, un lichid clar care înconjoară creierul şi măduva spinării.

În mod normal, acest lichid este produs la nivelul creierului, circulă prin cei 4 ventriculi cerebrali, se acumulează în nişte spaţii închise (cisterne), ce au rol de rezervoare şi sunt situate la baza creierului, spală suprafaţa creierului şi a măduvei spinării şi este apoi absorbit în circulaţia sangvină. Păstrarea echilibrului între producţia şi absorbţia de lichid cefalorahidian este esenţială.

De obicei, lichidul este complet resorbit la nivelul circulaţiei sangvine; există, totuşi, situaţii în care este împiedicată secreţia, absorbţia sau circulaţia normală a lichidului cefalorahidian. Când se perturbă acest echilibru, apare hidrocefalia.

Aceasta poate fi prezentă de la naştere (congenitală) sau poate fi dobândită. Hidrocefalia congenitală poate apărea ca urmare a unui blocaj în circulaţia lichidului cefalorahidian sau a incapacităţii de absobţie a lichidului. Presiunea ce rezultă desface suturile craniene astfel că, în cazul hidrocefaliei unui nou-născut sau sugar, craniul este mărit în toate diametrele sale, în special în zona frontală.

Simptomele sugarului pot fi uşoare, iar progresia hidrocefaliei se poate opri, dar poate reapărea mai târziu în timpul copilăriei. Suturile craniene sunt definitiv închise la vârsta de 5 ani, astfel că simptomele ulterioare n-o să mai determine creşteri importante ale diametrului cranian.

Hidrocefalia congenitală sau cea apărută în copilărie ca urmare a blocării circulaţiei lichidului cefalorahidian poate fi cauzată de diferite malformaţii congenitale ale creierului, de infecţii fetale, traumatisme obstetricale sau tumori. Hidrocefalia apărută ca urmare a tulburărilor de absorbţie a lichidului cefalorahidian poate fi cauzată de infecţii de genul meningitei bacteriene, de hemoragii subarahnoidiene sau de defecte ale măduvei spinării de tipul siringomieliei sau mielomeningocelului.

La adulţi, poate apărea un gen de hidrocefalie în care tensiunea lichidului cefalorahidian este normală, dar există o tulburare în absorbţia lui. Simptomele pot apărea gradat după o meningită, un traumatism cranian sau o hemoragie subarahnoidiană sau se pot dezvolta dintr-o cauză necunoscută.

Hidrocefalia este o afecţiune relativ rară, ea apare cu o frecvenţă de 1 la 1000 de copii. Şi în cazul adulţilor hidrocefalia cu presiune intracraniană normală este rară, apărând în special la vârstnici.

Diagnostic

La naştere, copilului dumneavoastră i se va măsura perimetrul cranian. Dacă acesta este mai mare decât normal, medicul va repeta măsurătoarea în cursul primelor săptămâni de viaţă. În cazul în care fontanelele mai sunt deschise, o ecografie transfontanelară poate face deosebirea între un cap mare constituţional (macrocefalie) şi o hidrocefalie. Dacă rezultatele ecografiei sunt anormale, bebeluşul dumneavoastră va avea nevoie de alte investigaţii.

În cazul copiilor mai mari sau al adulţilor, semne şi simptome de tipul declinului mintal sau al încetinirii mişcărilor corpului, vor necesita şi alte teste diagnostice. Însă, în toate cazurile va fi nevoie de efectuarea unei tomografii computerizate (CT), rezonanţe magnetice nucleare (RMN) şi a unui examen de lichid cefalorahidian (inclusiv culturi de lichid cefalorahidian), obţinute printr-o puncţie medulară (vezi pag. 578).

Cât de gravă este hidrocefalia?

Gravitatea acestui sindrom depinde de vârsta copilului la debut, precum şi de caracterul progresiv sau stabilizat al hidrocefaliei. Dacă, la naştere, hidrocefalia este deja avansată, este vorba de deteriorări cerebrale majore ce au drept rezultat inevitabile sechele fizice şi psihice. În general, decesul survine timpuriu datorită infecţiei subiacente. În cazurile mai puţin severe, cu ajutorul unui tratament corect, 40% dintre cazuri au o supravieţuire şi o inteligenţă aproape normale.

Tratament

Scopul tratamentului este restabilirea echilibrului dintre secreţia şi absorbţia de lichid cefalorahidian. În cazul copiilor mai mici, cu hidrocefalie lent progresivă, un medicament numit acetazolamidă (Dazamide, Diamox) diminuă uneori producerea de lichid cefalorahidian. Dacă dezechilibrul se datorează unei tulburări de reabsorbţie a lichidului, tratamentul poate consta în efectuarea de puncţii lombare repetate pentru diminuarea presiunii.

Alt procedeu eficient folosit în cazul multor copii şi adulţi cu hidrocefalie este instalarea unui

tub flexibil numit şunt. Şuntul se instalează pentru a scurtcircuita un blocaj sau pentru a drena excesul de lichid cefalorahidian în circulaţia sangvină sau cavitatea abdominală, unde este resorbit. Un şunt eficient va permite micşorarea diametrului cranian al sugarului sau ameliorarea semnelor şi simptomelor unui copil mai mare sau a unui adult. O dată cu creşterea copilului, tubul de dren va trebui schimbat. Şunturile eficiente pot fi apoi menţinute toată viaţa. Una dintre complicaţiile severe în cazul implantării de şunturi este infecţia.

Tumorile cerebrale

Semne şi simptome

- Cefalee cu debut recent
- Vomă
- Astenie şi letargie
- Modificări de personalitate
- Vedere dublă
- Tulburări recente de coordonare şi mişcare ale unui membru
- Deteriorare intelectuală

Semne şi simptome de urgenţă

- Tulburări de vedere şi de vorbire
- Crize convulsive
- Stupor

Tumorile apar datorită unei creşteri celulare anormale. Ele pot fi necanceroase (benigne) sau canceroase (maligne). Cele 2 mari categorii de tumori cerebrale sunt tumori primare şi tumori secundare.

O tumoră cerebrală primară provine şi se dezvoltă în ţesutul cerebral, cauza ei fiind, în general, necunoscută. Uneori, tumora, benignă sau malignă, este prezentă de la naştere iar unele sunt ereditare. Anual, aproximativ 17 000 de americani sunt diagnosticaţi cu tumori cerebrale primare.

Tumorile cerebrale secundare (metastatice) reprezintă metastaze cerebrale ale unor tumori localizate în alte părţi ale corpului, de exemplu la nivelul plămânului sau toracelui. Tumorile cerebrale secundare sunt mai frecvente ca cele primare. Ele apar anual la aproximativ 90 000 de americani.

Atât tumorile cerebrale primare cât şi cele secundare pot fi localizate la nivelul creierului sau în vecinătatea lui, de exemplu pe craniu, pe meninge, la nivelul ţesutului de susţinere, al nervilor cranieni sau al glandei hipofize şi epifize. Tumorile pot proveni şi din aceste regiuni, fiecare tip având propriile semne şi simptome, tratament şi prognostic.

Deşi tumorile cerebrale se pot dezvolta la orice vârstă, ele apar cel mai frecvent la copiii cu vârste cuprinse între 3 şi 12 ani şi la adulţii între 40 şi 70 de ani. Majoritatea tumorilor cerebrale la copii sunt primare.

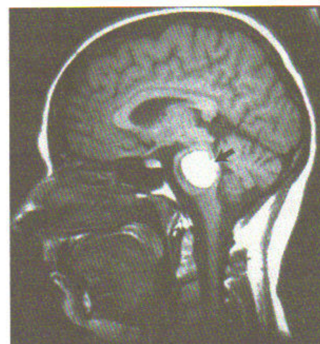
Tumorile cerebrale, primare sau secundare, pot comprima sau invada ţesutul cerebral în mod direct, deteriorând sau distrugând ariile responsabile de vedere, mişcare, echilibru, limbaj, auz, memorie sau comportament. Compresia determinată de o tumoră cerebrală poate, de asemenea, determina edemul ţesutului cerebral învecinat, ducând la hipertensiune intracraniană şi accentuarea simptomatologiei.

Diagnostic

Iniţial, simptomatologia tumorilor cerebrale poate fi vagă şi inconstantă, îngreunând diagnosticul. În plus, şi alte afecţiuni pot prezenta semne şi simptome similare.

Marea majoritate a durerilor de cap nu indică probleme grave de sănătate, însă cele care se agravează progresiv sau cele care sunt mai accentuate dimineaţa decât după-amiaza şi sunt însoţite de greaţă sau vomă sau de tulburări de vedere sau vedere dublă, trebuie evaluate de medic. Diagnosticarea precoce a tumorilor cerebrale poate duce la un tratament mai precoce şi, probabil, la unul mai eficient.

Dacă prezentaţi semne şi simptome de urgenţă, mergeţi imediat la medic deoarece ele pot semnaliza debutul unor grave afecţiuni neurologice.



Rezonanţa magnetică nucleară (RMN) indică o tumoră cerebrală localizată la nivelul trunchiului cerebral (vezi săgeata).

Diagnosticul tumorilor cerebrale comportă, de obicei, mai multe etape. O examinare fizică şi neurologică amănunţită poate ridica iniţial suspiciunea de tumoră cerebrală. În funcţie de rezultatele acestor examinări, medicul va recomanda efectuarea unei tomografii computerizate (CT) sau a unei rezonanţe magnetice nucleare (RMN), pentru a obţine imagini amănunţite ale creierului dumneavoastră. Pentru evidenţierea localizării vaselor sangvine din jurul tumorii, poate fi nevoie de o arteriografie cerebrală.

De asemenea, pot fi necesare explorări ale altor regiuni ale corpului pentru a căuta tumora de origine ce a determinat metastazele cerebrale. Alte teste, de exemplu spectroscopia cu rezonanţă magnetică (MRS), tomografia computerizată cu emisie de foton (SPECT) sau tomografia cu emisie de pozitroni (PET) pot ajuta medicii în evaluarea activităţii cerebrale prin observarea modificărilor metabolismului şi fluxului sangvin cerebral.

Pentru identificarea tipului de tumoră cerebrală poate fi necesară efectuarea unei biopsii cerebrale, ce constă în prelevarea unei mostre de ţesut cerebral ce va fi examinată la microscop.

Cât de gravă este o tumoră cerebrală?

În momentul în care o tumoră cerebrală determină apariţia semnelor şi simptomelor neurologice este foarte important să începeţi rapid un tratament medical adecvat. De obicei, tumorile în stadii timpurii sunt curabile, deşi uneori localizarea lor face imposibilă extirparea. Când tumora infiltrează ţesutul cerebral din jur făcând extirparea completă imposibilă, recurenţele postchirurgicale sunt probabile. Ambele tipuri de tumori, atât cele benigne cât şi cele maligne, pot determina sechele neurologice ireversibile. Majoritatea tumorilor maligne, atât primare cât şi secundare, sunt incurabile.

Tumorile cerebrale pot împiedica circulaţia lichidului cefalorahidian, determinând acumularea acestuia în şi în jurul creierului cu creşterea presiunii intracraniene.

Aceasta este o complicaţie severă cunoscută sub numele de hidrocefalie. Acumularea de lichid va necesita drenajul pentru normalizarea presiunii şi reducerea riscului de deteriorare în continuare a ţesutului cerebral.

Tratament

Tratamentul tumorilor cerebrale poate include proceduri chirurgicale, radioterapeutice pentru distrugerea celulelor canceroase sau chimioterapice pentru a opri evoluţia bolii. Pentru anumite tumori cerebrale, şi anume cele pituitare, se poate folosi terapia hormonală. Pot fi, de asemenea, prescrişi şi corticosteroizi pentru combaterea edemului cerebral, medicamente anticonvulsivante pentru controlul crizelor convulsive, precum şi analgezice.

Unele dintre tumorile benigne şi maligne pot fi în totalitate extirpate chirurgical, altele pot fi doar parţial extirpate, iar altele nu pot fi extirpate deloc.

Progresele făcute în domeniul chirurgiei asistate de calculator (stereotactic) permit extirparea chiar şi a câtorva tumori cerebrale situate profund. Tratamentul ce constă în concentrarea radiaţiilor pe tumoră poartă numele de radiochirurgie stereotactică. Aşa numita radiochirurgie gamma trimite radiaţii exact de aceeaşi mărime şi formă cu tumora, cu ajutorul tehnicilor de proiectare a tumorii.

Dacă există o metastazare generalizată, prima intenţie terapeutică este cea simptomatică, de înlăturare a disconfortului şi de menţinere pe cât posibil a funcţiilor neurologice.

Neuroblastomul

Semne şi simptome

- Prezenţa unei mase abdominale, posibil asociată cu hepatomegalie
- Dureri osoase, în cazul prezenţei metastazelor osoase
- Dificultăţi respiratorii, în cazul metastazelor toracice
- Paloare
- Hipertensiune arterială
- Diaree

Neuroblastomul este o tumoră malignă formată din neuroblaşti, celulele embrionare din care rezultă neuronii. Neuroblastoamele pot avea originea în ţesutul nervos de la nivelul gâtului, toracelui sau pelvisului, dar apare cel mai adesea la nivelul abdomenului, în general în apropierea glandelor suprarenale. Apoi, boala se poate extinde la ficat, măduva osoasă sau în oase.

Spre deosebire de alte tumori, neuroblastomul are mari şanse să descrească în dimensiuni fără tratament (regresie spontană). Neuroblastoamele apar în majoritatea cazurilor la copii şi 75% din cazuri sunt diagnosticate în jurul vârstei de 5 ani. Boala poate fi prezentă şi de la naştere dar, de obicei, nu este descoperită decât mai târziu.

Diagnostic

Localizarea şi mărimea extinderii tumorii suspectate determină ce anume teste diagnostice trebuie făcute. Dacă există o masă abdominală, se poate face o tomografie computerizată (CT) sau o rezonanţă magnetică nucleară (RMN). O scanare osoasă sau o biopsie medulară osoasă- în care sunt prelevate mostre de ţesut pentru analizele de laborator – pot indica prezenţa sau absenţa metastazelor osoase.

Cât de grav este neuroblastomul?

Prognosticul bolii depinde de vârsta copilului şi de cât avansată este boala. Regresia spontană este mai frecventă în cazul sugarilor foarte mici. Cu cât este mai mare copilul şi cu cât mai mare este răspândirea ei, cu atât răspunde mai puţin la tratament.

Tratament

În cazul unei tumori mici şi bine localizate, intervenţia chirurgicală singură sau asociată radioterapiei poate fi de folos. În cazul fazelor mai avansate de boală, opţiunea terapeutică poate fi un tratament mai intensiv, urmat de un transplant medular. Şansele de supravieţuire pe termen lung scad semnificativ în cazul acestor forme avansate de boală.

Paralizia Bell

Semne şi simptome

- Paralizie musculară şi slăbiciune pe o jumătate a feţei
- Imposibilitatea de a închide un ochi

Paralizia Bell (paralizia facială) determină slăbiciunea sau paralizia muşchilor ce controlează expresia feţii la nivelul unei jumătăţi de faţă. Acest lucru apare ca urmare a leziunilor nervului facial, care se întinde din regiunea de sub ureche până la muşchii faciali de aceeaşi parte.

Cauza bolii este necunoscută şi evoluţia ei nu este încă pe deplin înţeleasă. Ipoteza cea mai cunoscută este că nervul facial se inflamează, probabil datorită unei infecţii virale, de tipul virusului zosterian, şi nu are spaţiul necesar să-şi mărească volumul în interiorul canalului osos pin care se întinde. Paralizia Bell rezultă în urma lezării nervului, datorită imposibilităţii de expansiune sau datorită compresiei.

Paralizia totală a unei jumătăţi de faţă vă conferă o faţă inexpresivă deoarece nu mai puteţi obţine contracţia muşchilor situaţi în zona dintre frunte şi partea de deasupra gurii, pe partea afectată. Colţul gurii, pe partea afectată poate fi lăsat în jos şi puteţi avea dificultăţi de înghiţire a salivei în acea porţiune a gurii. Când contractaţi muşchii din partea neafectată a feţii, faţa va căpăta un aspect distorsionat. Ochiul de

? Întrebare şi răspuns

Ce este meningiomul?

Meningiomul este o tumoră cerebrală necanceroasă cu originea în celulele învelişului extern al creierului (meninge). Localizarea şi dimensiunea meningiomului determină şi gravitatea acestuia. Tratamentul constă, în general, în extirparea chirurgicală a tumorii. Dacă tumora este localizată într-o arie greu accesibilă, extriparea completă va fi dificilă dacă nu imposibilă. Uneori, funcţiile cerebrale deja afectate de compresia exercitată de meningiom pot rămâne permanent deteriorate.

partea afectată poate fi doar pe jumătate închis sau nu poate fi închis, astfel că lacrimile vă vor curge pe faţă.

Unele persoane se plâng de dureri localizate în spatele urechii, în maxilar sau în întreaga parte de faţă afectată. Puteţi simţi că partea neafectată este contorsionată sau contractată şi puteţi prezenta modificări de salivare şi în simţul gustului, hipersensibilitate la sunete sau dificultăţi de vorbire sau mâncat.

Paralizia facială poate apărea la orice vârstă, dar este frecventă între 30 şi 60 de ani. Uneori, este asociată unei infecţii a urechii mijlocii. Anual, aproximativ 40 000 de americani fac această boală. Dacă sunt afectate simultan ambele părţi ale feţei, cauza poate fi o afecţiune numită boala Lyme sau sarcoidoza.

Diagnostic

Debutul paraliziei Bell tinde să fie brutal, puteţi observa că sunteţi afectat dimineaţa când vă treziţi din somn. Durerea din spatele urechii poate preceda cu 2-3 zile paralizia. Simptomatologia, constând în slăbiciune musculară sau paralizie, atinge un maxium după aproximativ 48 de ore de la debut.

Medicul dumneavoastră va putea pune un diagnostic preliminar observându-vă faţa şi punându-vă să vă contractaţi muşchii feţei. Există şi alte cauze, de genul unui accident vascular cerebral, ce pot determina hemipareza feţei, aşa că medicul vă va evalua amănunţit pentru a exclude asemenea cauze. Paralizia feţei afectează în mod egal toţi muşchii din jumătatea respectivă de faţă, inclusiv muşchii frunţii. În general, un accident vascular cerebral nu determină paralizia acestor muşchi de partea afectată a feţei.

Medicul vă va recomanda o electromiografie, care măsoară activitatea electrică a muşchiului ca răspuns la o stimulare, pentru a determina severitatea afectării nervoase.



În cazul paraliziei Bell, colţul gurii poate fi căzut, puteţi avea dificultăţi de reţinere a salivei în acea parte de gură, posibil veţi avea dificultăţi de închidere a ochiului de partea afectată a feţei.

Cât de gravă este paralizia Bell?

Această paralizie este o problemă temporară. În 80% din cazuri vindecarea începe după 2-3 săptămâni şi este completă în câteva luni. În cazul formei uşoare, nu se va vedea ceva decât când veţi zâmbi. Ameliorarea paraliziei la sfârşitul primei săptămâni sugerează un deznodământ favorabil.

Recuperarea variază de la caz la caz şi electromiografia poate fi utilă în stabilirea prognosticului. Dacă deteriorarea nervului facial este foarte severă, pot rămâne sechele permanente. Regenerarea anormală a fibrelor nervoase poate determina o complicaţie ce constă în apariţia unor contracţii nedorite a câtorva muşchi în timpul unei mişcări faciale.

Tratament

Majoritatea persoanelor se vindecă complet fără tratament. Medicii nu sunt siguri dacă vreunul din tratamente influenţează cumva evoluţia afecţiunii.

În cazul în care nu puteţi închide ochiul, trebuie să luaţi măsuri pentru a împiedica uscarea excesivă a acestuia care poate duce la ulcere corneene.

Purtarea temporară a unui plasture protector sau folosirea unui unguent pot fi utile în timpul nopţii. Folosirea picăturilor ce umezesc ochii, de tipul picăturilor cu metil celuloză, vă feresc ochii de praf şi uscăciune.

Medicul vă poate prescrie medicaţie cortizonică de genul prednisonului pentru a scădea inflamaţia nervului facial. Medicamentele antivirale de tipul aciclovirului (Zovirax) sau famciclovir (Famir) pot fi folosite pentru diminuarea deteriorării produse nervului de către virus.

De asemenea, medicul vă poate recomanda fizioterapie şi masaj facial pentru a păstra tonusul musculaturii faciale.

Afecțiuni degenerative

Creierul, măduva spinării și nervii periferici formează un sistem intricat constând în miliarde de neuroni. Aceste celule sunt transmițători complecși, capabili să conducă semnale chimice și electrice pentru punerea în mișcare a mușchilor dumneavoastră și a transmite informații prin sistemul nervos.

Dacă anumiți neuroni izolați mor sau nu funcționează normal, probabil nu veți simți nici o modificare deoarece neuronii înconjurători vor continua transmiterea informațiilor. Dacă, însă, există o deteriorare progresivă în orice zonă a sistemului dumneavoastră nervos, veți pierde probabil o anumită capacitate de funcționare. Această pierdere poate fi legată de o abilitate mintală, de contracția musculară sau de controlul coordonării.

Bolile degenaritive pot fi dizabilitante și, în majoritatea cazurilor, nu există un tratament curativ. Cu toate acestea, progresele științei au loc rapid, cercetătorii au descoperit și au învățat, în ultima decadă, mai mult despre creier și tulburările lui decît în ultimii 50 de ani. Speranța este că o cunoaștere mai bună a acestora va duce la găsirea unor metode terapeutice și preventive mai eficiente.

Boala Alzheimer

Semne și simptome

- Pierderea treptată a memoriei evenimentelor recente și incapacitatea de a învăța lucruri noi
- O tendință progresivă de a se repeta, a încurca obiectele, de a deveni confuz și de a se pierde
- O dezintegrare gradată a personalității și a judecății
- Creșterea iritabilității, anxietății, depresiei, confuziei și neliniștii psihomotorii

Boala Alzheimer este cea mai frecventă cauză de demență, reprezentând aproximativ 50-60% din totalul cazurilor de demență. Aproximativ 4 milioane de oameni din SUA prezintă boală Alzheimer.

Șansele de a dezvolta boala cresc cu vârsta și, deoarece din ce în ce mai mulți oameni trăiesc peste 80-90 de ani, este de așteptat o triplare a numărului de cazuri în următorii 20 de ani. Boala Alzheimer este rară în rândul tinerilor și puțin obișnuită la cei de vârstă mijlocie.

Oricui i se poate întâmpla să uite câte ceva, însă boala Alzheimer, o boală cerebrală progresivă, degenerativă, înseamnă mai mult decât a fi uituc. Ea poate debuta cu ușoare pierderi de memorie și confuzie care, gradat, se agravează,

Demența

Un număr de afecțiuni care determină deteriorare progresivă în orice parte a sistemului dumneavoastră nervos (tulburări neurodegenerative) determină un complex de semne și simptome (sindrom) cunoscute sub numele de demență.

Demența este caracterizată printr-un declin progresiv al abilităților intelectuale și sociale într-o măsură în care interferă cu funcționarea zilnică. Semnele și simptomele variază de la individ la individ, depinzând de moștenirea genetică, stilul de viață, nivelul cultural și experiența personală de viață. Unele dintre caracteristicile generale ale demenței sunt: diminuarea sau pierderea memoriei, a capacității de gândire, de raționament și de limbaj. Pe măsură ce demența evoluează, pot apărea modificări de personalitate și comportament anormale. Uneori, persoanele cu demență își pot pierde abilități de bază precum limbajul sau alimentatul.

Asemenea semne și simptome pot fi indicii de boală Alzheimer, demență vasculară sau alte afecțiuni cerebrale, cunoscute că determină demența. În trecut, oamenii considerau demența drept senilitate, drept consecința normală a procesului de îmbătrânire. Astăzi, se știe că demența nu este o parte normală a procesului de îmbătrânire, ci este determinată de o cauză subiacentă ce afectează creierul.

Dacă observați asemenea manifestări la dumneavoastră sau la cineva drag, este bine să nu o catalogați imediat ca un simplu semn de îmbătrânire. Un diagnostic precoce este important deoarece instituirea promptă a tratamentului poate schimba cursul bolii.

Afecțiunile cerebrale ce determină demență

Acestea sunt:

Boala Alzheimer

Boala Alzheimer este cea mai frecventă cauză de demență. Modificările structurale cerebrale ale bolnavilor de Alzheimer constau în pierderea de neuroni în ariile responsabile de memorie, precum și în alte arii. De asemenea, bolnavii de Alzheimer prezintă și concentrații scăzute de neuromediatori cu rol în transmiterea bidirecțională a mesajelor între celulele nervoase. Primul semn al bolii Alzheimer poate fi tulburarea de memorie ce se agravează constant. Pe măsură ce boala evoluează, ea vă va afecta limbajul, gândirea, înțelegerea lucrurilor, cititul și scrisul. Uneori, puteți deveni anxios sau agresiv.

Demența vasculară

Demența vasculară este cauzată fie de îngustarea sau obstruarea arterelor ce irigă creierul, fie de accidentele vasculare cerebrale determinate de întreruperea circulației sângelui în anumite regiuni ale creierului. Debutul simptomatologiei este adesea brutal, însă, uneori, boala progresează lent, fiind greu de diferențiat de boala Alzheimer. Demența vasculară este frecvent caracterizată de probleme de gândire, limbaj, mers, control micțional și probleme de vedere.

Boala Parkinson

Aproximativ 30-40% din bolnavii de Parkinson dezvoltă demență în fazele târzii de boală. În mod invers, multe persoane bolnave de Alzheimer dezvoltă simptome fizice asmănătoare cu cei bolnavi de Parkinson, de genul rigidității

ducând la o deteriorare psihică severă, ireversibilă afectând profund capacitatea persoanei de a-şi aminti, raţiona, învăţa sau planifica viitorul.

Evoluţia bolii şi rapiditatea apariţiei modificărilor variază de la persoană la persoană. La unele persoane, evoluţia de la uşoare probleme de memorie la demenţă severă poate avea loc în 5-8 ani, pe când în cazul altora poate dura decade sau mai mult.

Evoluţia obişnuită a bolii Alzheimer este de la uşoară la moderată şi severă. Persoanele cu simptome uşoare pot trăi independent şi funcţiona aproape normal. Cei cu simptome moderate au mai multe dificultăţi în a se descurca fără supraveghere, iar cei cu boală avansată nu mai sunt în stare să-şi poarte singuri de grijă.

Boala Alzheimer afectează creierul prin distrugerea componentei ei de bază şi anume celula nervoasă (neuronul). Un creier sănătos are aproape un miliard de neuroni. Neuronii generează semnale electrice şi chimice ce sunt transmise din neuron în neuron pentru a ajuta organismul să îndeplinească o serie de funcţii incluzând procesele de gândire, învăţare şi memorizare. Substanţele chimice numite neurotransmiţători ajută transmiterea rapidă a mesajelor de la un neuron la altul.

În cazul persoanelor cu Alzheimer, neuronii cerebrali mor lent. O dată cu moartea neuronală scade producţia de neurotransmiţători cerebrali, determinând apariţia de probleme de transmitere a mesajelor la nivelul creierului.

Boala Alzheimer este denumită după numele neurologului german Alois Alzheimer. Acesta a examinat, în 1906, creierul unei femei care a murit după ani de demenţă progresivă. Ţesutul ei cerebral conţinea mănunchiuri şi noduri anormale de celule nervoase. Astăzi, aceste mănunchiuri şi noduri numite plăci senile şi aglomerări neurofibrilare constituie semnele patognomonice ale bolii Alzheimer.

Cercetătorii continuă să studieze aceste modificări morfologice pentru a înţelege mai bine cauza morţii neuronale lente. Între timp, ei au emis teorii care pot explica rolul acestor structuri în apariţia bolii Alzheimer:

- *Plăcile senile*. Plăcile sunt formate dintr-o proteină normală, inofensivă numită beta amiloid. Cercetătorii sunt de părere că plăcile dintre neuroni se formează încă din fazele timpurii ale bolii, înainte de distrugerea neuronilor şi apariţia semnelor şi simptomelor. Deşi cauza exactă a distrucţiei neuronale rămâne încă necunoscută, totuşi există din ce în ce mai multe dovezi că vinovatul este o anumită formă de proteină beta amiloid.

membrelor, tremorului de repaus, tulburărilor de vorbire şi mersul înţepenit.

Demenţa cu corpi Lewy

Corpii Lewy sunt depozite proteice la nivelul neuronilor aflaţi în proces de deteriorare. Ei apar adesea în zonele deteriorate situate profund în creierul bolnavilor de Parkinson. Când sunt răspândiţi în tot creierul, corpii Lewy determină semne şi simptome asemănătoare cu cele din boala Alzheimer. Demenţa cu corpi Lewy vă poate afecta visele, viteza de gândire, memoria, limbajul, raţionamentul şi capacitatea de înţelegere. De asemenea, poate să determine apariţia de halucinaţii şi dezorientare în spaţiu, ducând la tendinţa de a vă rătăci.

Boala Huntington

Boala Huntington este o tulburare cerebrală ereditară ce determină atrofie cerebrală în anumite regiuni ale creierului. Pe măsura evoluţiei bolii, puteţi prezenta modificări de personalitate şi o deteriorare intelectuală, a memoriei, limbajului şi a capacităţii de judecată. Demenţa poate apărea în stadiile tardive ale bolii.

Boala Creutzfeldt-Jakob

Demenţa apărută la persoanele tinere sau de vârstă mijlocie poate fi cauzată de boala Creutzfeldt-Jakob. Această boală cerebrală rară şi mortală se consideră a fi cauzată de prioni, agenţi infecţioşi ce pot proveni prin consumul de carne de vită infectată. Prionii pot transforma moleculele normale de proteine în unele mortale. Semnele şi simptomele iniţiale ale bolii pot consta în deteriorarea memoriei şi modificări de comportament. Boala progresează rapid, cu deteriorare mintală şi apariţia de mişcări involuntare, slăbiciune la nivelul membrelor, orbire şi uneori comă. Se crede că encefalopatia spongiformă bovină, cunoscută şi sub denumirea de boala vacii nebune, este o boală prionică.

Demenţa frontotemporală

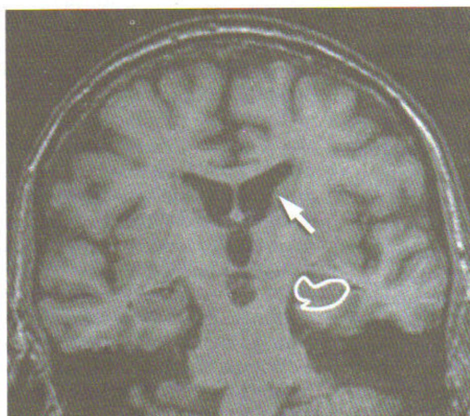
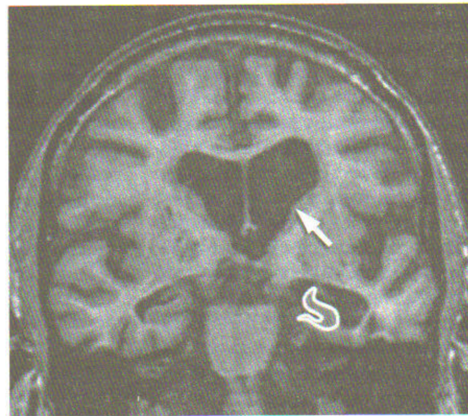
Demenţa frontotemporală este o afecţiune cerebrală neobişnuită, caracterizată prin tulburări de comportament, personalitate şi, eventual, de memorie. Boala progresează continuu şi în stadiile finale este caracterizată prin tulburări de limbaj, comportament eratic şi demenţă. Boala Pick este o formă de demenţă frontotemporală.

Afecţiuni ce mimează demenţa

Anumite tulburări prezintă semne şi simptome asemănătoare demenţei, în special dacă apar la persoanele vârstnice. Cele 2 tulburări, adesea diagnosticate eronat ca demenţe, sunt depresia şi deliriumul.

Depresia determină dificultăţi de evocare a amintirilor, de gândire şi de concentrare. Uneori, depresia poate fi asociată demenţei. În aceste cazuri, deteriorarea emoţională şi intelectuală poate fi mai accentuată.

Deliriumul este o condiţie acută de confuzie mintală temporară. Ea tinde să apară mai frecvent la adulţii vârstnici ce prezintă afecţiuni pulmonare, cardiace, malnutriţie, interacţiuni medicamentoase sau boli hormonale. O persoană ce prezintă brusc o stare de dezorientare, pierderea abilităţilor mintale, pierderea conştienţei, are şanse mai mari să sufere de delirium decât de demenţă.

Aceste imagini de rezonanță magnetică nucleară (RMN) ale creierului arată o persoană fără boală Alzheimer (în stânga) și o persoană cu o formă moderată de boală Alzheimer (în dreapta). Semnele de boală Alzheimer cuprind atrofii vizibile ale hipocampului (înconjurat cu alb) și mărirea ventriculilor plini cu lichid cefalorahidian (vezi săgețile).

Deteriorarea cognitivă ușoară

Cercetătorii Clinicii Mayo au identificat recent un grad de pierdere a memoriei, numit deteriorare cognitivă ușoară, care se va numi poate, într-o zi, stadiu preAlzheimer. Acest tip de pierdere de memorie se situează undeva între pierderea normală de memorie datorată îmbătrânirii și cea caracteristică bolii Alzheimer. Persoanele cu deteriorare cognitivă ușoară pot prezenta tulburări de memorie mai accentuate decât cele tipice vârstei, dar care încă nu întrunesc criteriile de diagnostic pentru boala Alzheimer. Identificarea acestei categorii de tulburare de memorie ar ajuta medicii în stabilirea mai exactă a diagnosticului și în îndrumarea mai corectă a pacienților. De asemenea, ar putea avertiza persoanele asupra unui risc crescut de a face boala Alzheimer.



- *Aglomerările neurofibrilare.* Structura internă de susținere a neuronilor depinde de funcționarea normală a unei proteine numită proteina tau. În cazul persoanelor cu boală Alzheimer proteinele tau sunt anormale, fosforilate, ceea ce le face să apară sub forma unor structuri neurofibrilare. Mulți cercetători sunt de părere că acest lucru poate deteriora serios neuronii și chiar să-i distrugă.

Cercetătorii studiază, de asemenea, și rolul jucat de factorii genetici în apariția bolii Alzheimer. Anumite forme rare de debut înainte de 65 de ani sunt cauzate de mutații genetice specifice. Dar numărul persoanelor ce prezintă aceste mutații este foarte scăzut-aproximativ 200 de familii în întreaga lume. Forma sporadică de boală Alzheimer, care nu are o cauză cunoscută, este cea răspunzătoare de majoritatea cazurilor de boală. Un alt factor care crește riscul de apariție al bolii, deși nu garantează apariția efectivă a bolii, este prezența unei gene numită apolipoproteina E (APOE).

Diagnostic

Singurul test care poate confirma diagnosticul de boală Alzheimer este examinarea țesutului cerebral obținut prin biopsie sau autopsie. Pe de altă parte, înțelegerea mai bună, în ultimii ani, a bolii Alzheimer, permite medicilor să recunoască unele manifestări precoce ale bolii prin efectuarea unor variate teste și examinări, rezultând astfel un diagnostic destul de exact.

Unele dintre semnele și simptomele bolii, de exemplu dezorientarea sau confuzia, pot apărea și în alte afecțiuni ca deficiența de vitamină B12, hipotiroidism, depresie, o reacție adversă medicamentoasă sau un hematom cronic subdural. Deoarece multe din aceste afecțiuni pot fi tratate, este important ca o persoană ce prezintă anomalii ale statusului mintal să fie atent evaluat medical.

Un diagnostic precoce de boală Alzheimer este important pentru că permite medicației să aibă un mai bun efect asupra simptomelor.

În plus, un diagnostic precoce ajută atât bolnavul cât și familia să ia deciziile financiare, legale și cele referitoare la îngrijirea sănătății corespunzătoare pentru viitor. Cu cât mai repede sunt luate aceste hotărâri cu atât mai mic va fi stresul degat de desfășurarea pe termen lung a bolii.

O persoană cu demență nu va mai fi conștientă de boala pe care o are. În consecință, dacă vedeți pe cineva că prezintă semne de schimbare în ceea ce privește

abilităţile mintale, recomandaţi-i cu tărie o evaluare medicală. Pentru punerea diagnosticului de demenţă sau de boală Alzheimer cât şi pentru susţinerea ulterioară, ajutorul dat de familie şi prieteni este esenţial.

Pentru a diferenţia boala Alzheimer de alte cauze de pierdere a memoriei, medicii se bazează, în general, pe un istoric amănunţit de boală şi pe descrierea simptomelor, cât şi pe diferite teste de genul examinării fizice şi neurologice, testare neuropsihică şi o serie de teste de laborator cum ar fi tomografia computerizată, teste sangvine şi urinare.

Semne de alarmă pentru boala Alzheimer

Când oamenii uită ceva, glumesc adesea spunând că au Alzheimer. Dar, a suferi de Alzheimer este cu totul altceva decât a suferi de un lapsus ocazional. Boala Alzheimer este o afecţiune ce se agravează progresiv. Majoritatea persoanelor cu Alzheimer au următoarele caracteristici comune:

Pierderi persistente de memorie ce se accentuează

La debut, boala este marcată de episoade de amnezie, în special a evenimentelor recente sau a indicaţiilor simple. Dar ce începe ca o uşoară amnezie, persistă şi se accentuează. Persoanele cu Alzheimer pot repeta afirmaţii şi pot uita conversaţii şi întâlniri. Ei încep să aibă un obicei din a încurca locul lucrurilor, deseori punându-le în locuri în care acestea n-au ce căuta. Adesea, uită nume şi, în final, pot uita numele celor din familie sau numele obiectelor uzuale de genul pieptenelui sau ceasului.

Dificultăţi în gândirea abstractă

Persoanele cu Alzheimer pot avea iniţial dificultăţi în efectuarea calculelor simple, problemă ce progresează până la apariţia problemelor de înţelegere şi recunoaştere a numerelor.

Dificultăţi în a găsi cuvântul potrivit

Poate fi dificil pentru persoanele cu Alzheimer să-şi găsească cuvintele potrivite pentru a-şi exprima gândurile sau chiar să urmărească o conversaţie. În final, pot fi afectate cititul şi scrisul.

Dezorientarea

Persoanele cu boală Alzheimer pot pierde noţiunea timpului şi a datelor calendaristice. Ei se pot pierde în împrejurimi familiare. În final, ei pot chiar pleca de acasă şi se pot rătăci.

Pierderea capacităţii de judecată

Rezolvarea problemelor zilnice, de tipul a şti ce să faci dacă arde ceva pe aragaz, devine foarte dificilă. Bolnavii cu Alzheimer au greutăţi în efectuarea de acţiuni care cer planificare, luarea de decizii şi raţionament.

Dificultatea de a efectua sarcini familiare

Anumite activităţi, constând în mai multe etape, ce odinioară erau de rutină, de exemplu gătitul, devin chinuitoare pe măsura evoluţiei bolii.

Persoanele cu Alzheimer pot uita cum să efectueze cele mai simple lucrurui, de genul spălatului pe dinţi.

Modificări de personalitate

Indivizii cu Alzheimer pot prezenta variaţii dispoziţionale. Ei pot prezenta neîncredere faţă de ceilalţi, încăpăţânare excesivă şi retragere socială. La început, acesta poate fi un răspuns la frustrarea pe care o simt când observă modificările de memorie pe care nu le pot controla. Deseori, boala Alzheimer este însoţită de depresie. Neliniştea psihomotorie este iarăşi un semn frecvent. Pe măsură ce boala evoluează, persoanele pot deveni anxioase sau agresive şi se pot comporta inadecvat.

Cât de gravă este boala Alzheimer?

Boala Alzheimer nu este o boală acută şi necesită rareori tratament de urgenţă. Schimbările bruşte ale statusului mintal se datorează, în general, altor afecţiuni, care necesită evaluare promptă. Cu toate acestea, însă, boala Alzheimer este în final fatală. Persoanele cu această boală pot deveni imobilizaţi la pat şi incapabili să aibă grijă de ei. Deseori, mor de pneumonie sau alte infecţii datorate incapacităţii funcţionale. Persoanele cu Alzheimer pot deveni dezorientate, crescându-şi riscul de căzături ce pot determina fracturi grave sau traumatisme craniene.

Tratament

Nu există încă un tratament care să vindece boala Alzheimer. Medicaţia şi îngrijirea sunt tratamentele de bază. În timpul fazelor timpurii ale bolii, îngrijirea poate fi oferită acasă, sub supravegherea unui medic. Acordarea de îngrijire pentru cei bolnavi de Alzheimer poate fi foarte dificilă pentru soţ sau soţie şi pentru cei din familie. Deseori, cei ce oferă îngrijire au nevoie de ajutor din partea unor organizaţii şi a reţelei de prieteni şi membri de familie. La un moment dat, individul bolnav se deteriorează aşa de tare încât are nevoie de asistenţă permanentă şi adesea este nevoie să internaţi persoana într-o instituţie de îngrijire pe termen lung.

Tratament medicamentos

Medicamentele folosite în mod obişnuit pentru Alzheimer nu pot stopa evoluţia bolii, dar pot ameliora simptomele. Toate medicamentele aprobate de Administraţia pentru Alimente şi Medicamente (SUA) pentru tratarea deficitelor cognitive ale formelor uşoare sau moderate de boală, aparţin familiei de medicamente numite inhibitori de colinesterază. Aceste medicamente acţionează prin creşterea concentraţiei de acetilcolină la nivel cerebral, un neurotransmiţător care joacă un rol important în abilităţile legate de memorie. Aceste medicamente sunt:

- *Donepezil (Aricept).* Este cel mai frecvent medicament prescris pentru bolnavii de Alzheimer. Efectele lui adverse (greaţă, diaree şi astenie) sunt de obicei blânde şi de scurtă durată.
- *Rivastigamine (Exelon)* reduce, de asemenea, simptomele în cazul formelor uşoare sau moderate de Alzheimer. Efectele adverse includ greaţa şi vărsăturile.
- *Galantamine (Reminyl)* este un medicament nou introdus pentru formele uşoare şi medii de boală Alzheimer; îmbunătăţeşte cogniţia, funcţionarea generală şi comportamentul. Efectele pe termen lung nu au fost încă observate, dar medicamentul a fost bine tolerat în timpul testărilor clinice
- *Tacrine (Cognex)* a fost primul medicament aprobat pentru tratamentul bolii Alzheimer, dar acum este rareori folosit. Administrarea lui necesită monitorizarea funcţiilor hepatice şi se administrează de 4 ori pe zi.

Ocazional, poate fi necesară administrarea de sedative uşoare, antidepresive sau antipsihotice, pentru îmbunătăţirea problemelor de comportament ce însoţesc adesea boala Alzheimer, incuzând somnolenţa, agitaţia, anxietatea şi depresia. Aceste medicamente, adesea administrate în doze mici, pot îmbunătăţi calitatea vieţii bolnavului şi pot ajuta familia în îngrijirea persoanei dragi.

Îngrijirea

Educaţia în domeniu este foarte importantă pentru persoanele ce oferă îngrijire. Poate fi de folos, pentru familia şi prietenii persoanei cu Alzheimer, să înveţe mai multe despre mecanismele bolii şi tehnicile de a face faţă problemelor.

Persoana ce suferă de boala Alzheimer trebuie încurajată să-şi continue, cât mai mult posibil, activităţile zilnice, exerciţiul fizic şi interacţiunile sociale. Foarte importante sunt şi asigurarea unei alimentaţii corecte şi unui aport corespunzător de lichide, nefiind necesare diete speciale sau administrarea de suplimente nutritive. Exerciţiul fizic este important şi medicul vă poate recomanda kinetoterapie. Sunt posibile călătoriile alături de un însoţitor dacă nu presupun multe complicaţii de organizare.

Evitaţi, pe cât posibil, schimbările prea radicale cum ar fi mutarea într-o nouă locuinţă, rearanjarea mobilierului sau întreruperea unor obiceiuri zilnice. Evitaţi să lăsaţi la dispoziţie, în locuinţă, a echipamentelor şi materialelor periculoase şi supravegheaţi cu atenţie capacitatea persoanei respective de a conduce maşina.

Puteţi folosi notiţe pentru a aduce aminte de activităţile zilnice şi un calendar în care să fie trecute sarcinile obişnuite şi indicaţiile pentru activităţile zilnice. Persoana bolnavă poate purta o brăţară de avertizare medicală care să-i fie de ajutor când devine dezorientată şi se află într-un mediu nefamiliar.

Poate fi greu de făcut faţă acestei boli, însă grija şi compasiunea arătată de persoanele care îngrijesc pe cel bolnav pot fi de un real ajutor.

Terapii de viitor

Cercetările în ceea ce priveşte boala Alzheimer fac progrese constante. Una dintre principalele direcţii de cercetare este înţelegerea procesului de apariţie şi evoluţie a bolii Alzheimer la nivelul creierului. Aceste informaţii ar putea ajuta experţii să găsească soluţii mai bune pentru prevenirea, diagnosticarea, tratamentul şi îngrijirea acestei boli.

Strategiile care se cercetează cuprind:

- *Tratamentul antiamiloid.* Înţelegerea mai bună a mecanismului de formare a plăcilor de amiloid şi a potenţialei lor acumulări toxice la nivelul creierului celor cu boală Alzheimer a făcut pe mulţi cercetători să urmărească metode de îndepărtare a plăcilor proteice agregate sau de prevenire a formării lor. Dacă scăderea formării plăcilor de amiloid constituie un mod eficient de a preveni boala Alzheimer, este un aspect pe care cercetătorii speră să-l elucideze în viitorul apropiat.
- *Medicamente antiinflamatorii.* În încercarea de a preveni continuarea degenerării neuronale, au fost investigate o serie de medicamente antiinflamatorii datorită efectului lor de a reduce

A folosi mintea sau a o pierde?

Studiile arată că menţinerea minţii într-o bună formă poate amâna instalarea demenţei.

Unul dintre studii a fost făcut pe o mare comunitate de călugăriţe care aveau o rată scăzută de boală Alzheimer, chiar dacă vârsta lor medie era de 85 de ani şi multe dintre ele trecuseră de 90 de ani. Majoritatea aveau studii universitare şi duceau o viaţă intelectuală plină de provocări, până la vârste înaintate.

Anumiţi cercetători sunt de părere că exersarea minţii şi învăţarea continuă pe parcursul întregii vieţi pot stimula formarea de conexiuni adiţionale între neuroni (sinapse) şi întârzia instalarea demenţei. Alţi cercetători se îndoiesc că o educaţie mai avansată poate conferi persoanelor o mai mare experienţă în ceea ce priveşte abilităţile de memorie şi gândire folosite în testele de măsurare a demenţei. Ei sunt de părere că acest nivel avansat de educaţie, pur şi simplu ajută pe anumiţi oameni să mascheze mai mult timp starea sănătăţii lor mintale.



răspunsul inflamator care este declanşat în creierul celor cu boală Alzheimer. Unele din medicamentele studiate sunt prednisonul, antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS) şi inhibitorii COX-2.

- *Estrogenul*. Anumite studii au arătat că terapia hormonală substitutivă postmenopauză poate reduce riscul femeilor de a dezvolta boala Alzheimer în 40-50% din cazuri. Dar, când s-a încercat administrarea de estrogen femeilor cu Alzheimer în scop terapeutic, rezultatele au fost negative. Deoarece efectele estrogenului nu sunt încă dovedite, femeile n-ar trebui să facă un tratament cu estrogen doar pentru a preveni apariţia bolii Alzheimer.
- *Antioxidanţii*. Vitamina E, selegilina şi ginkgo biloba sunt antioxidanţi care pot ajuta prevenirea degradarii neuronale prin distrugerea radicalilor liberi toxici. Radicalii liberi sunt compuşi derivaţi ai funcţionării neuronale normale. Un exces al acestor compuşi ar putea tulbura buna funcţionare a celulelor nervoase.
- *Compuşii neurotrofici*. Aceşti compuşi sunt proteine care asigură dezvoltarea şi supravieţuirea celulelor nervoase. Una din teoriile din tratamentul bolii Alzheimer este că introducerea în creier a acestor factori poate ajuta neuronilor deterioraţi.

Demenţa vasculară

Semne şi simptome

- Pierdere relativ bruscă a memoriei sau a altor funcţii cognitive
- Deteriorare cognitivă, însoţită, de obicei, de semne şi simptome de accident vascular cerebral
- Tulburări de mers
- Pierderea controlului micţional şi al defecaţiei
- Accese bruşte de râs sau plâns involuntar

Semne şi simptome de urgenţă

- O schimbare bruscă a statusului cognitiv.

Demenţa vasculară este cauzată de o serie de accidente vasculare cerebrale sau de lipsa de irigaţie a unor zone ale creierului, ceea ce duce la apariţia unor zone de ţesut cerebral mort (zone de infarct).

Boala determină o degradare progresivă a capacităţilor mintale. Accidentele vasculare şi demenţa vasculară ce rezultă în urma lor sunt consecinţa uneia sau mai multor boli subiacente, cum ar fi hipertensiunea arterială şi ateroscleroza cerebrală. Aproximativ 10 - 15% din totalul demenţelor sunt catalogate ca demenţe vasculare.

Prima afectată poate fi memoria, în special cea recentă. În funcţie de localizarea zonei deteriorate, pot fi implicate şi alte funcţii cognitive. În stadiile iniţiale, înainte de o afectare prea mare, persoana bolnavă este, deseori, conştientă de pierderea abilităţilor, frustrarea crescând simptomele caracteristice de depresie.

Diagnostic

Diagnosticul demenţei vasculare necesită întrunirea anumitor criterii şi eliminarea celorlalte cauze posibile de demenţă care ar putea fi tratate, de tipul hidrocefaliei cu tensiune normală, deficienţei vitaminice şi hipotiroidismului.

Acest lucru se realizează, în general, prin efectuarea unor teste, incluzând: examinarea fizică şi neurologică, testarea neuropsihică şi diferite teste de laborator. Un istoric medical cu hipertensiune arterială, atacuri ischemice tranzitorii sau accidente vasculare cerebrale pot fi indicatori ai originii vasculare a demenţei.

Cât de gravă este demenţa vasculară?

Este o boală ce se agravează progresiv. Pot exista perioade de ameliorare a semnelor şi simptomelor, dar care sunt urmate apoi de continuarea deteriorării. Moartea se poate produce în urma unui accident vascular cerebral

Demenţa şi capacitatea de memorare

Persoanele cu demenţă au deseori probleme în folosirea limbajului şi în a-i înţelege pe ceilalţi. Modificările obişnuite în abilităţile de comunicare constau în repetiţii şi folosirea unor cuvinte incorecte sau inadecvate din punct de vedere social, care pot reflecta gelozia, paranoia sau impulsivitatea. Iată câteva recomandări pentru a putea comunica cu o persoană cu demenţă:

- Apropiaţi-vă de persoană prin faţa acesteia, prezentaţi-vă şi spuneţi-i pe nume.
- Vorbiţi rar şi clar, folosind un ton blând şi relaxat.
- Folosiţi cuvinte scurte, simple şi obişnuite. Repetaţi când este necesar folosind aceleaşi cuvinte.
- Cererile şi indicaţiile pe care le faceţi trebuie să poată fi executate printr-o singură acţiune.
- Puneţi o singură întrebare o dată, preferabil de genul acelora la care se poate răspunde prin da sau nu.
- Sprijiniţi-o când persoanei îi este greu să-şi exprime gândurile şi sentimentele.
- Nu întrerupeţi, nu criticaţi, nu corectaţi sau nu contraziceţi persoana respectivă. Fiţi răbdător şi flexibil.
- Evitaţi folosirea pronumelor. Vorbiţi despre persoane folosind numele acestora.
- Evitaţi afirmaţiile negative şi ironice de genul „ Ştii cine este acesta, nu-i aşa?"
- Arătaţi persoanei respective că o ascultaţi şi că încercaţi s-o înţelegeţi.
- Menţineţi contactul vizual pentru a vă arăta interesul.
- Nu vorbiţi cu alţii despre persoana respectivă de parcă aceasta n-ar fi de faţă.
- Folosiţi comunicarea nonverbală, ca arătatul cu degetul sau atinsul, când este adecvat.
- Furnizaţi un contact fizic adecvat. Acesta este, probabil, cel mai bună formă de comunicare în fazele avansate de boală demenţială. Gesturi simple, de genul îmbrăţişărilor, aplicarea unei creme de mâini sau masajul spatelui pot fi minunate moduri de a comunica grija şi înţelegerea dumneavoastră persoanei respective.

? Întrebare şi răspuns

Ce este cogniţia?

Cuvântul cogniţie vine de la cuvântul latin *cognoscere* care înseamnă cunoaştere. Astfel, capacităţile cognitive sunt acelea care vă permit înţelegerea lucrurilor. Aceasta include capacitatea dumneavoastră de conştientizare, intuiţie şi memorizare, combinate cu abilitatea dumneavoastră de a percepe, gândi şi face raţionamente. Deteriorarea cognitivă implică pierderea acestor abilităţi.

sau unei complicaţii de genul pneumoniei sau unei alte infecţii.

Tratament

Prevenirea altor accidente vasculare cerebrale este cel mai bun tratament pentru acest tip de demenţă. Dacă aveţi hipertensiune arterială sau aţi avut un accident ischemic tranzitor sau un accident vascular cerebral, consultaţi regulat medicul pentru a vă ameliora semnele şi simptomele şi a reduce riscul de recidivă a AVC-urilor sau a AIT-urilor şi pentru a evita demenţa vasculară. Medicamentele prescrise pentru boala Alzheimer sunt evaluate ca posibile tratamente. Bolnavii cu demenţă vasculară au, în general, aceleaşi nevoi de îngrijire ca cele cu Alzheimer.

Boala Parkinson

Semne şi simptome

- Tremor de repaus
- Diminuarea expresivităţii faciale şi a clipitului
- Încetinirea mişcărilor
- Mers târşâit cu paşi mici
- Înţepenirea sau rigiditatea membrelor
- O voce înceată, şoptită, monotonă
- Dificultăţi în menţinerea echilibrului
- O postură încovoiată
- Scris mic, neinteligibil
- Demenţă

Boala Parkinson a fost descrisă pentru prima oară de către James Parkinson în Anglia, în anul 1817. Ea constă într-o degenerare

Teste pentru demenţă



Unul din motivele testării demenţei este acela de ajuta la depistarea unei posibile cauze tratabile. Din această cauză, este necesar un diagnostic cât mai exact. Evaluarea unei persoane cu demenţă începe, de obicei, cu un istoric detaliat al bolii, urmat de evaluare fizică şi neurologică. În funcţie de rezultatele acestor evaluări se selectează apoi şi testele de laborator.Testarea neuropsihologică poate aduce informaţii în plus despre abilităţile cognitive ale persoanei respective şi anume memoria, judecata, raţionamentul şi abilităţile de planificare. Unele dintre aspectele pe care medicii le evaluează uzual sunt:

Statusul mental

Evaluarea statusului mental este deseori inclusă în examenul neurologic. Acest test evaluează diferite funcţii cognitive de genul atenţiei, memoriei, limbajului şi funcţiile de percepţie. Medicul sau psihologul clinician poate pune întrebări pentru a evalua diferite procese psihice. Aceste întrebări pot include evaluări ale:

- *Conştientizării simptomatologiei.* „Care credeţi că este problema dumneavoastră?"
- *Orientării.* „În ce dată , lună şi an suntem? Unde vă aflaţi acum?"
- *Memoriei.* „Memorizaţi o listă de cuvinte şi repetaţi-le mai târziu."
- *Evocării amintirilor.* „Amintiţi-vă informaţia învăţată mai devreme."
- *Gândirii abstracte.* „Explicaţi un proverb."
- *Atenţiei.* „Recitaţi lunile anilor de la început la sfârşit şi invers."
- *Conţinutului gândirii.* „Care sunt fricile şi îngrijorările dumneavoastră?"
- *Limbajului.* „Numiţi obiecte şi demonstraţi-vă abilitatea de a citi, scrie şi de a înţelege limbajul vorbit."
- *Cunoştinţelor generale.* „Cine este actualul preşedinte? Câte săptămâni sunt într-un an?"

Memoria

Testele de memorie pot fi folosite pentru a evalua capacitatea persoanei de a învăţa informaţii verbale şi nonverbale, şi de a-şi aminti informaţii din trecut. Poate fi testată şi capacitatea de a construi obiecte prin desen şi persoana poate fi rugată să-şi amintească ulterior aceste desene.

Abilităţile cognitive

Funcţiile cognitive pot fi evaluate prin testări neuropsihologice exacte. Aceste testări folosesc teste standardizare pentru inteligenţă, memorie, limbaj şi a achiziţiilor academice anterioare. În mod uzual, scorurile persoanei examinate sunt comparate cu scorurile obţinute de alte persoane de aceeaşi vârstă şi nivel educaţional. Aceste teste ajută la stabilirea faptului dacă modificările de status mental sunt cuprinse în variaţiile normale corespunzătoare îmbătrânirii sau dacă sunt determinate de o boală subiacentă. De exemplu, depresia poate determina anumite modificări de atenţie şi memorie asemănătoare cu cele din boala Alzheimer.

Pot fi efectuate o serie de teste de laborator pentru identificarea unei boli ce determină semnele şi simptomele respective. Aceste teste cuprind: tomografia computerizată (CT), rezonanţa magnetică nucleară (RMN), electrocardiograma, radiografia toracică, teste de sânge şi urină, şi teste pentru detectarea drogurilor. Alte testări neurologice ce pot fi de ajutor pentru stabilirea diagnosticului pot fi electroencefalograma (EEG), puncţia lombară şi studiile radioizotopice.

progresivă a neuronilor în regiunea din creier care controlează mişcările muşchilor.

Acest grup particular de neuroni, denumiţi substanţa nigra, eliberează o substanţă chimică numită dopamină. Dopamina este importantă în transmiterea semnalelor de la substanţa nigra la o altă zonă a creierului numită corpul striat. Aceste semnale au rol în efectuarea mişcărilor fine, precise. În boala Parkinson substanţa nigra este distrusă, rezultând tulburări de mers, mişcări ale braţelor şi tulburări ale expresiei faciale.

Boala Parkinson se poate manifesta în diferite moduri. Poate fi evidentă pe o parte sau pe ambele părţi ale corpului. Clipitul, zâmbetul şi balansul braţelor în timpul mersului sunt toate mişcări inconştiente ce fac parte din comportamentul uman. În boala Parkinson, aceste acte se pierd. Mulţi au o privire fixă, o faţă inexpresivă şi ochi care nu clipesc, aşa numitul facies parkinsonian, facies de mască. În cazul anumitor persoane, gesticulaţia din timpul vorbirii este absentă.

Persoanele cu Parkinson pot dezvolta gradat un mers încet cu paşi mici, târşâiţi cu aspect neliniştit, cu spatele încovoiat şi cu tendinţa de a cădea. În stadiile tardive ale bolii, muşchii pot deveni imobili, determinând dificultăţi în iniţierea mişcărilor. Acest lucru este deosebit de frustrant deoarece transformă şi cele mai simple gesturi în lucruri dificil de efectuat şi consumatoare de timp. Chiar şi funcţionarea tractului digestiv poate fi încetinită producând dificultăţi de înghiţire, de digestie şi excreţie. De aceea, constipaţia este una din problemele majore ale celor cu boală Parkinson.

Tremorul începe, adesea, cu uşoare tremurături ale unui deget care mai târziu se pot întinde la nivelul întregului braţ. Uneori, tremorul mâinii determină o mişcare a degetului mare şi a indexului, cunoscută sub numele de număratul banilor. Tremorul poate fi prezent şi la nivelul capului, buzelor sau picioarelor. Aceste semne şi simptome pot apărea pe una sau ambele părţi ale corpului şi pot fi accentuate de stres. Deşi tremorul poate fi extrem de sâcâitor, el nu dizabilitează, în general, persoana şi deseori dispare în timpul somnului.

Rigiditatea musculară apare de obicei al nivelul membrelor şi gâtului. Când rigiditatea este severă, limitează amplitudinea mişcărilor. De exemplu, scrisul persoanelor cu Parkinson devine deseori extrem de mic. În plus, multe persoane cu Parkinson au probleme de limbaj, iar intonaţia lor poate deveni monotonă.

Spre stadiile finale ale bolii, aproximativ 30-40% din persoanele cu Parkinson suferă de demenţă, cu pierderea abilităţilor intelectuale şi sociale.

Deşi s-au făcut numeroase cercetări referitoare la boala Parkinson, cauza ei rămâne necunoscută. Oamenii de ştiinţă bănuiesc că boala poate fi rezultatul combinării factorilor genetici cu cei de mediu. Studiile arată că persoanele care au o rudă de gradul întâi (un părinte sau un frate) cu Parkinson, au un risc crescut de a face boala, sugerând astfel o legătură genetică.

Alte studii au asociat apariţia bolii de expunerea la ierbicide şi pesticide. Anumite medicamente prescrise pentru bolile psihice, greaţă şi epilepsie pot determina apariţia simptomelor parkinson-like (parkinsonismul). Şi alte boli neurologice, de exemplu boala Alzheimer, poate produce uneori tremor. Expunerea la toxice de genul manganului sau substanţei chimice MPTP, un produs secundar al producţiei de heroină, poate determina apariţia parkinsonismului.

În aproximativ 5-10% din cazuri, boala debutează înainte de 50 de ani. Obişnuit, însă, semnele şi simptomele bolii apar mai târziu şi evoluează foarte lent. Mai mult de 1 milion de americani suferă de această boală.

Diagnostic

Diagnosticul de boală Parkinson se pune iniţial pe istoricul sugestiv de boală şi pe un examen neurologic atent. Semne şi simptome similare pot fi date de anumite medicamente, în special cele folosite în tratamentul stărilor de greaţă şi al unor tulburări psihiatrice severe. În plus, medicul va face diagnosticul diferenţial cu alte boli neurologice degenerative care prezintă anumite simptome similare cu boala Parkinson, dar diferă în alte aspecte.

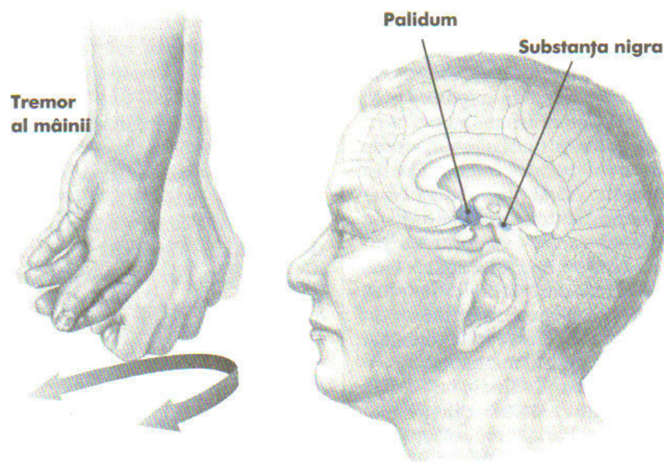
Pot fi şi alte cauze de tremor, ca de exemplu tremorul esenţial (vezi pag. 598). De asemenea, mulţi bolnavi de Parkinson nu au tremor sau tremorul este uşor.

De multe ori, nu se mai poate determina debutul exact al bolii. Puteţi să nu consideraţi semnele şi simptomele precoce ca semne de boală. Unul din aceste semne sau simptome de debut poate fi o uşoară târâre a piciorului în timpul mersului, o senzaţie de înţepenire a membrelor sau un tremor uşor al degetelor de la o mână. Semnele şi simptome, dincolo de aceste etape iniţiale, pot deveni aşa de caracteristice, încât medicul să suspecteze boala prin simpla observare.

Cât de gravă este boala Parkinson?

Această boală are tendinţa de a evolua progresiv, semnele şi simptomele ei agravându-se gradat. Perioada de timp implicată în acest proces variază mult. Puteţi avea ani întregi de viaţă activă după debutul acestei boli, dar, pentru alţii, evoluţia poate fi mult mai rapidă. În etapele tardive ale bolii, mulţi bolnavi au nevoie de însoţitori. În formele cele mai grave, boala poate să vă incapaciteze datorită rigidităţii şi tremorului, deşi acest lucru se întâmplă doar în puţine cazuri.

Multe persoane cu Parkinson dezvoltă depresie, iar 1/3 dintre bolnavi prezintă un anumit grad de deteriorare cognitivă. În stadiile târzii pot apărea halucinaţii vizuale sau auditive. Aceste semne şi simptome pot apărea ca urmare a medicaţiei prescrise pentru ameliorarea altor manifestări ale bolii.



Problemele de mișcare asociate bolii Parkinson, de tipul tremorului, sunt produse inițial de concentrațiile necorespunzătoare ale unei substanțe chimice cerebrale numite dopamină, care transmite mesaje de la substanța nigra la alte zone ale creierului. O variantă terapeutică constă în distrugerea chirurgicală a țesutului dintr-o regiune a creierului numită palidum.

Tratament

În fazele inițiale ale bolii s-ar putea să nu aveți nevoie de tratament. În momentul în care boala ajunge în stadiul în care interferă cu activitățile zilnice, se prescrie frecvent medicație.

Este important să vă mențineți starea generală de sănătate și să faceți regulat exerciții fizice. Nivelul dumneavoastră de energie va varia și va trebui să vă adaptați, în consecință, activitățile. Adesea, este nevoie de perioade de odihnă în cursul zilei. Oboseala, anxietatea și sentimentele de nefericire vă pot agrava apreciabil simptomatologia.

Suportul emoțional oferit de familie, prieteni sau grupul de sprijin pot ajuta multe persoane să facă față acestei boli. Participarea într-un program de kinetoterapie sau de terapie ocupațională poate fi stimulativ, atât fizic cât și emoțional. Acest lucru îi poate ajuta pe cei cu boală Parkinson să-și păstreze o atitudine pozitivă și să evite depresia.

Tratament medicamentos

Scopul tratamentului este de a elimina problemele de tipul tremorului, mersului și al altor mișcări prin refacerea rezervelor de dopamină ale creierului.

- *Levodopa*. De la introducerea lui în 1960, levodopa a rămas medicamentul standard al bolii Parkinson. Levodopa reprezintă sinteza unei substanțe chimice găsită în plante și animale care este convertită de neuroni în dopamină, la nivelul creierului. Creșterea nivelului de dopamină poate face să dispară multe din semnele și simptomele bolii Parkinson dar, cu timpul, efectele secundare se pot accentua impunând ajustarea dozelor.
  Tratamentul cu dopamină ca atare nu se poate face deoarece aceasta nu poate străbate bariera hematoencefalică. Aceasta este o rețea de celule strâns lipite de pereții capilarelor cerebrale care lasă să treacă doar anumite substanțe. Pe de altă parte, levodopa traversează bariera, însă doar o cantitate mică ajunge în creier. Prin combinarea levodopei cu carbidopa (Sinemet), în creier va ajunge o cantitate mai mare de levodopa, reducând totodată și unele efecte secundare ale acestui tratament. Sinemet CR este versiunea depot (cu eliberare prelungită) a acestei combinații medicamentoase.
  În etapele inițiale ale instituirii tratamentului, efectele secundare ale levodopei nu constituie o problemă majoră dar, pe măsură ce boala progresează, medicamentul acționează mai puțin uniform. Drept răspuns, anumite persoane încep să prezinte mișcări involuntare (diskinezie), în special în momentele de concentrație medicamentoasă maximă. În cursul timpului, apar frecvent alternanțe ale efectului medicamentului. Începe să scadă perioada de acțiune a unei doze, fiind nevoie de administrări mai frecvente.
  Alte efecte adverse pot fi halucinațiile, scăderea tensiunii arteriale- în special în ortostatism- și greață. Totuși, levodopa permite deseori celor cu Parkinson să-și prelungească perioada în care pot trăi relativ normal, în multe cazuri aceasta fiind de ani de zile.
- *Agoniștii dopaminergici*. Spre deosebire de levodopa, aceste medicamente nu sunt convertite în dopamină, ci mimează doar efectele acesteia la nivelul creierului și determină neuronii să reacționeze ca și cum o cantitate mare de dopamină ar fi prezentă. Această clasă de medicamente include agoniști dopaminergici mai vechi de genul bromocriptinei (Parlodel) și pergolide (Permax), precum și medicamente mai noi de tipul pramipexole (Mirapex) și ropinirole (Requip).
  Agoniștii dopaminergici sunt folosiți, de obicei, în asociere cu levodopa. Ocazional, ei pot fi folosiți în monoterapie la inițierea tratamentului medicamentos, la adulții tineri. Anumite studii susțin că folosirea precoce a agoniștilor dopaminergici poate anticipa unele efecte adverse ale levodopei, dar acest lucru este controversat. Efectele adverse ale agoniștilor dopaminergici sunt asemănătoare cu cele ale levodopei. Această medicație nu este indicată celor ce prezintă halucinații sau confuzie.

- *Selegilina* (Eldepryl, Jumex) este folosită ca adjuvant în terapia cu levodopa. Ea previne degradarea atât a dopaminei existente în mod natural în organism cât şi pe cea sintetizată din levodopa. Ea realizează acest lucru prin inhibarea monoaminoxidazei B (IMAO-B)-enzima ce metabolizează dopamina la nivelul creierului. În trecut, se credea că acest medicament poate încetini evoluţia bolii Parkinson dar se pare că nu este adevărat. Unii pacienţi care au primit acest medicament împreună cu narcoticul meperidine (Demerol) au prezentat reacţii toxice.
- *Inhibitorii COMT*. O nouă clasă de medicamente, inhibitorii COMT, prelungesc efectul tratamentului cu levodopa blocând o enzimă ce degradează dopamina. Tolcapone (Tasmar) este un puternic inhibitor COMT ce străbate cu uşurinţă bariera hematoencefalică şi, în studiile clinice, reduce cu 25% necesitatea de levodopa. Dar, deoarece acest medicament a fost asociat cu distrucţia şi insuficienţa hepatică, el este rezervat de obicei acelora care nu răspund la alte medicamente. Entacapone (Comtan) este un inhibitor COMT mai blând care poate controla fluctuaţiile efectelor tratamentului cu levodopa la persoanele cu boală Parkinson.
- *Anticolinergicele*. Înainte de introducerea levodopei, aceste medicamente erau principalele medicamente folosite în cazul bolii Parkinson. În general, anticolinergicele ajută la ameliorarea tremorului în stadiile iniţiale ale bolii. Efectul lor terapeutic este însă slab şi, deseori, beneficiile sunt mai mici decât efectele adverse produse. Acestea sunt: uscăciunea gurii, greaţă, retenţie urinară şi constipaţie severă. Anticolinergicele pot, de asemenea, determina tulburări de memorie-inclusiv pierderea memoriei, confuzie şi halucinaţii. Anticolinergicele folosite în tratamentul bolii Parkinson sunt: trihexyphenidyl (Artane) şi benztropina (Cogentin). Antihistaminicul difenhidramină (Benadryl) şi antidepresive de tipul amitriptilinei (Elavil) acţionează similar anticolinergicelor şi pot fi folosite în cazul vârstnicilor ce nu tolerează tratamentul anticolinergic.
- *Amantadina*. Acest medicament antiviral poate fi eficient la persoanele aflate în stadiile târzii de evoluţie a bolii, în special la cei ce prezintă diskinezie determinată de levodopa. Efectele secundare ale amantadinei cuprind: edem al gleznelor şi apariţia unor pete roşii pe piele.

Majoritatea persoanelor răspund, într-o oarecare măsură, la tratament. Unii prezintă o ameliorare completă a semnelor şi simptomelor de boală, însă, după perioade de ani de zile, controlul simptomatologiei poate diminua şi răspunsul la terapie să varieze.

Tratament chirurgical

În cazul în care semnele şi simptomele nu pot fi corectate medicamentos, pot fi de folos unele proceduri chirurgicale.

- *Talamotomia*. Acest procedeu este folosit de mult timp pentru reducerea tremorului bolnavilor cu Parkinson. Talamotomia presupune distrugerea de mici cantităţi de ţesut talamic - un important centru cerebral cu rol în recepţionarea mesajelor şi transmiterea senzaţiilor. Dar, deoarece intervenţia chirurgicală poate determina slăbiciune musculară extremă şi tulburări de vorbire când este efectuată în ambele emisfere cerebrale, talamotomia se efctuează, de obicei, pe o singură parte a creierului. Astfel, tremorul va fi limitat doar la o jumătate de corp.
- *Palidotomia*. Datorită tehnicilor imagistice avansate, ce au permis chirurgilor localizarea mai exactă a ariilor problematice, a renăscut interesul pentru palidotomie. În acest procedeu este folosit curentul electric la distrugerea unei mici porţiuni de ţesut palidal, o parte din creier responsabilă de multe dintre simptomele bolii Parkinson. Palidotomia poate îmbunătăţi tremorul, rigiditatea şi lentoarea mişcărilor (bradikinezia) prin întreruperea căii de comunicare între palidum şi talamus. Ea poate, de asemenea, reduce şi mişcările involuntare produse de tratament. Deşi palidotomia poate fi utilă în cazul anumitor persoane, ea nu constituie un tratament curativ şi în multe cazuri beneficiile obţinute în urma intervenţiei nu durează în timp. În plus, intervenţia implică o serie de riscuri: tulburări de vorbire, slăbiciune musculară dizabilitantă, probleme de vedere, în special dacă operaţia este efectuată pe ambele părţi ale creierului.
- *Stimularea cerebrală profundă*. Acest procedeu constă în implantarea unui dispozitiv de stimulare la nivelul creierului, cu scopul de a controla tremorul produs de boala Parkinson. Un stimulator cerebral profund este alcătuit dintr-un aparat asemănător unui pacemaker implantat în torace, aparat ce trimite impulsuri electrice printr-un electrod implantat în talamus. Aceste impulsuri par să întrerupă semnalele de la talamus ce joacă un rol în apariţia tremorului. Riscurile potenţiale ale acestui procedeu terapeutic sunt reprezentate de infecţiile determinate de firele ce conectează electrodul de stimulator, precum şi de micile intervenţii chirurgicale pentru schimbarea bateriilor. Recent, metoda de stimulare cerebrală profundă a fost extinsă şi la alte arii cerebrale, în special la nivelul nucleului subtalamic. Stimularea acestui centru cerebral poate îmbunătăţi multe aspecte ale parkinsonismului.

Metode terapeutice experimentale

Studiile cu privire la dezvoltarea de noi medicamente pentru Parkinson continuă. De mare interes este găsirea unei căi de înlocuire a celulelor producătoare de dopamină din substanţa nigra. În acest sens, s-a încercat implantul de celule fetale, o procedură ce constă în implantarea celulelor fetale în creierul bolavilor cu Parkinson.

Din păcate, un studiul extins, publicat în 2001, a sugerat că de

acest implant celular nu beneficiază decât cei cu vârsta sub 60 de ani, iar aproximativ 15% din participanţii la studiu au dezvoltat ulterior mişcări involuntare severe, ca rezultat al unei cantităţi prea mari de dopamină. În plus, folosirea celulelor fetale a stârnit dispute de ordin moral şi etic.

Rezolvarea, susţin cercetătorii, constă în folosirea celulelor stem embrionare. Celulele stem sunt celulele mamă ale tuturor ţesuturilor organismului. Cercetătorii au putut izola în laborator culturi de celule stem. Speranţa este ca în viitor să se poată direcţiona aceste celule pentru a deveni celule specifice - de tipul neuronilor producători de dopamină - pentru a putea fi de folos în tratamentul Parkinsonului.

Celulele stem folosite în cercetări provin din embrioni produşi în laborator pentru tratarea infertilităţii, fiind folosite doar cu acordul informat al donorilor. Folosirea celulelor stem embrionare este o problemă controversată, din această cauză a fost folosită limitat.

Cercetătorii investighează, de asemenea, genele ce codifică proteinele responsabile de producţia de dopamină, medicamente care să blocheze acţiunea glutamatului, aminoacizii care distrug celulele nervoase, precum şi rolul antioxidantului – coenzima Q10 în oprirea progresiei bolii Parkinson.

Tremorul esenţial

Semne şi simptome

- Mişcări ritmice, alternative ale mâinilor, capului, limbii sau corzilor vocale
- Tremor al mâinii ce se accentuează în acţiune (tremor intenţional)

Tremorul esenţial este o condiţie întâlnită frecvent. Aproape 1/2 din cazuri apar în cadrul familiilor, debutând în adolescenţă sau mai târziu în viaţă. De obicei, simptomele apar la mijlocul sau spre sfârşitul vieţii şi progresează lent. În timp, tremorul vă poate afecta mâinile, capul sau vocea. Mişcările voluntare, de genul ţinerii în mână a unei ceşti de cafea sau a unei furculiţe, accentuează de obicei acest tremor, spre deosebire de boala Parkinson în care tremorul este de repaus şi este ameliorat de mişcările voluntare.

Tremorul dispare în timpul somnului. Tremorul începe atunci când iniţiaţi o mişcare voluntară, de genul mâncatului sau scrisului. Tremorul esenţial poate îngreuna anumite mişcări coordonate de genul atingerii vârfului nasului cu degetul. Semnele şi simptomele se accentuează cu cât activitatea desfăşurată este mai intensă. Oboseala sau stresul accentuează, de asemenea, tremorul, el dispărând în somn.

Diagnostic

Diagnosticul de tremor esenţial se face, în primul rând, prin excluderea altor cauze de tremor al capului, mâinilor sau vocii. Medicul va analiza istoricul dumneavoastră medical înainte de a vă efectua un examen fizic şi neurologic. Veţi putea fi pus să scrieţi, să beţi dintr-un pahar sau să ţineţi o foaie de hârtie.

Puteţi, de asemenea, efectua analize de sânge, de urină şi neurologice pentru a exclude alte cauze posibile de tipul afecţiunilor tiroidiene, efectelor secundare ale medicamentelor sau altor boli neurologice cum este Parkinsonul.

Cât de grav este tremorul esenţial?

Această afecţiune nu este ameninţătoare de viaţă şi adesea constă doar dintr-o afectare uşoară. Dacă se accentuează, există tratamente medicamentoase pentru ameliorarea simptomatologiei.

Tratament

Semnele şi simptomele pot fi ameliorate prin schimbarea stilului de viaţă, de exemplu evitarea situaţiilor stresante şi a stimulentelor precum cofeina.

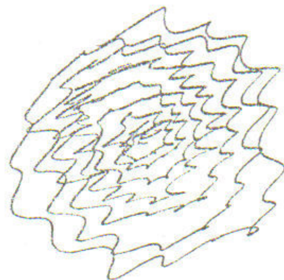
Tratament medicamentos

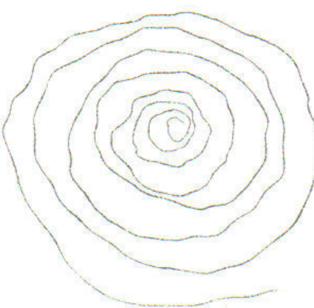
Prima intervenţie terapeutică în cazul tremorululi estenţial este folosirea unor medicamente cu acţiune pe sistemul nervos central. Medicaţia poate diminua, cu 50-60%, intensitatea tremorului. Aceste medicamente sunt:

- *Betablocantele.* Folosite adesea în tratamentul hipertensiunii arteriale, betablocantele pot ameliora tremorul. Cel mai eficient betablocant folosit în tratamentul tremorului esenţial este propranololul (Inderal).
- *Medicaţia antiepileptică*, reprezentată în special de primidone (Mysoline).
- *Tranchilizantele*, de exemplu diazepam (Valium) sau alprazolam (Xanax).
- *Inhibitorii anhidrazei carbonice*, de exemplu methazolamida (Neptazane).
- *Toxina botulinică*, produsă de o bacterie ce determină intoxicaţia alimentară cunoscută sub numele de botulism. Injectarea de toxină într-un muşchi afectat determină relaxarea acestuia.

Tratament chirurgical

Dacă medicamentele nu sunt eficiente, iar semnele şi simptomele sunt dizabilitante, pot fi efectuate





Un test folosit la evaluarea tremorului esenţial este acela de a desena o spirală. Spirala din partea stângă a fost desenată cu o mână afectată de tremor esenţial, pe când cea din dreapta a fost desenată de o mână neafectată de boală.

următoarele tipuri de intervenţii chirurgicale:

- *Talamotomia.* Această intervenţie poate ajuta un număr mic de persoane ce prezintă tremor şi anume cei care prezintă afectări funcţionale importante datorită tremorului. Talamotomia constă în distrugerea unei mici părţi din talamus, un important releu pentru mesaje, situat în creierul dumneavoastră. Prin distrugerea unei mici zone din talamus, într-o singură emisferă, ameliorează de obicei tremorul de partea opusă a corpului. Aproximativ 80% din cei supuşi acestei intervenţii chirurgicale prezintă o ameliorare esenţială a tremorului. Cu toate acestea, operaţia ameliorează tremorul doar pe o parte a corpului. Chirurgii nu operează, de obicei, ambele emisfere deoarece există riscul de deteriorare şi de apariţie a complicaţiilor.
- *Stimularea cerebrală profundă.* Acest tratament presupune implantarea în creier a unui dispozitiv numit stimulator talamic sau stimulator cerebral profund. Această metodă poate fi indicată dacă aveţi tremor sever şi medicaţia s-a dovedit ineficientă. Un aparat tip pacemaker este implantat la nivelul toracelui transmiţând impulsuri electrice spre talamus, prin intermediul unor fire. Impulsurile, care sunt nedureroase, întrerup semnalele de la talamus responsabile de tremor. Generatorul poate fi deschis şi închis prin trecerea unui magnet deasupra lui. Acest procedeu nu implică riscurile talamotomiei şi poate fi efectuat în ambele emisfere.

Ticurile

Semne şi simptome

- Mişcări repetitive habituale sau tresăriri ale feţei sau corpului

Ticurile sunt manierisme semivoluntare ce debutează, de obicei, în copilărie. Exemple de ticuri pot fi: grimasele, tresăriri ale ochilor şi gurii, răsucirea capului, ridicarea din umeri. Adolescenţii au adesea asemenea ticuri care dispar cu vârsta.

Sindromul Tourette este caracterizat de ticuri multiple şi mai accentuate, ce apar în tinereţe. Ticurile din acest sindrom pot fi ticuri vocale de genul tragerii aerului pe nas, dresului vocii, grohăitului şi, uneori, folosirii de expresii obscene. Acest sindrom este de 4 ori mai frecvent în rândul băieţilor decât în rândul fetelor şi, uneori, are caracter familial.

Ticurile din sindromul Tourette nu sunt chiar involuntare, dar sunt compulsive, ca nişte nevoi urgente asemănătoare cu nevoia urgentă de a vă scărpina o zonă pruriginoasă. Uneori, pot fi un timp reprimate pentru ca, în final, să izbucnească. Cauzele acestei afecţiuni sunt necunoscute, dar ea este asociată cu metabolismul anormal al unor neurotransmiţători cerebrali.

Diagnostic

Istoricul medical şi examinarea fizică ajută medicul să stabilească dacă aveţi boala ticurilor, precum şi tipul şi severitatea afecţiunii. Pot fi, de asemenea, necesare teste pentru excluderea altor afecţiuni.

Cât de gravă este boala ticurilor?

Această tulburare este adesea mai mult frustrantă decât gravă. Stresul emoţional poate accentua ticurile şi poate fixa atenţia involuntară asupra ticurilor.

Există anumite afecţiuni ce pot însoţi sindromul Tourette: tulburarea obsesiv compulsivă, autismul, problemele de control al mâniei şi abilităţile sociale scăzute. Persoanele cu sindromul Tourette pot avea perioade asimptomatice. De obicei, simptomatologia diminuează cu vârsta şi, în final, poate dispărea.

Tratament

Adesea nu este nevoie de nici un tratament, alteori pot fi de folos mici cantităţi de agonişti dopaminergici de tipul bromocriptinei (Parlodel) şi pramipexolului (Mirapex). În cazul ticurilor uşoare, medicul vă poate recomanda doze mici de clonidină (Catapres), un medicament antihipertensiv, sau de clonazepam (Klonopin, Rivotril), un antiepileptic.

Doze mici de medicamente antipsihotice (neuroleptice) ca de exemplu haloperidol (Haldol), pimozide (Orap) şi flufenazină (Prolixin) pot controla mai bine ticurile multipe, dar prezintă totodată şi efecte adverse semnificative, fiind rezervate de obicei afecţiunilor mai severe.

Scleroza multiplă

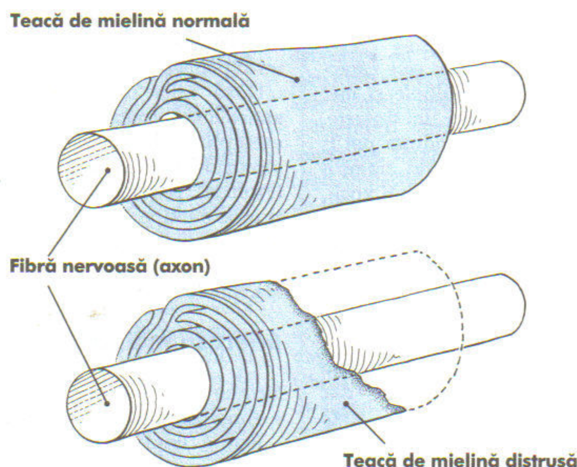
Semne şi simptome

- Amorţeală, slăbiciune sau paralizie a unuia sau mai multor membre
- Scurte dureri, senzaţii de furnicături asemănătoare curentului electric
- Scăderea vederii însoţită de dureri la mişcarea ochilor
- Tremor, lipsă de coordonare sau mers neliniştit
- Vedere dublă sau mişcări oculare rapide, involuntare
- Oboseală
- Ameţeală
- Remisiuni şi exacerbări ale simptomelor

Scleroza multiplă este o boală cronică, potenţial debilitantă, ce afectează creierul, nervii optici, măduva spinării (sistemul nervos central). Există dovezi puternice care indică originea autoimună a bolii, în sensul că sistemul dumneavoastră imun luptă împotriva propriului dumneavoastră corp.

În mod normal, fibrele nervoase sunt acoperite de o teacă protectoare, alcătuită dintr-o substanţă grasă numită mielină, cu un rol similar izolaţiei ce protejează cablurile electrice.

În scleroza multiplă, celulele imune distrug în mod eronat celulele ce produc mielină. Mielina se inflamează, se degradează şi se detaşează de pe fibrele nervoase. Uneori, mielina detaşată este distrusă. Peste fibrele nervoase se formează plăci dure sau întărite (sclerozate) de ţesut cicatricial. Aceste arii degradate blochează sau întârzie circulaţia impulsurilor nervoase la şi de la creier, afectând deseori forţa şi coordonarea musculară, precum şi vederea.



Fibrele nervoase sunt protejate de un strat izolator (mielina). În scleroza multiplă, acest strat protector este distrus.

În final, procesul duce şi la degenerarea fibrelor nervoase în sine, răspunzătoare în general şi pentru sechelele funcţionale permanente ce apar în cursul sclerozei multiple. Nu se cunoaşte factorul ce declanşează acest proces, dar unii cercetători cred că acesta ar consta în acţiunea unui virus sau a altui agent infecţios asupra unui organism susceptibil de a face boala.

Scleroza multiplă apare, de obicei, episodic (perioade acute, de atac), un episod durând săptămâni sau luni de zile separate de perioade în care semnele sau simptomele se ameliorează sau dispar (perioade de remisiune). Defectele pot persista, iar semnele şi simptomele se pot accentua în timp. După accidentele traumatice, scleroza multiplă este principala cauză de handicap fizic în rândul adulţilor de vârstă activă.

Scleroza multiplă apare în 5 forme principale:

- *forma benignă*. La 10-15% dintre cei afectaţi simptomele sunt blânde spre moderate. Ele nu se agravează şi nici nu merg spre o dizabilitare permanată.
- *forma cu episoade de recădere-remisiune*, în care apar, în decursul unei perioade de 1-3 ani, aproximativ 1 - 2 episoade acute de scleroză multiplă, urmate de perioade de remisiune. Episoadele acute se instalează frecvent în câteva ore, durează câteva săptămâni sau luni şi dispar gradat. Semnele şi simptomele se pot accentua cu fiecare recurenţă. Aproximativ 85% din persoanele cu scleroză multiplă debutează cu această formă de boală.
- *forma primar progresivă*. După apariţia semnelor şi simptomelor de boală, ele evoluează fără perioade de acutizare sau remisiune. Aproximativ 15% din cei cu scleroză multiplă au această formă.
- *forma secundar progresivă*. După ani de evoluţie şi cicluri de acutizare-remisiune, cel puţin 1/2 dintre bolnavi prezintă o deteriorare lentă, dar continuă. Uneori, pot apărea episoade acute în cursul acestui proces continuu de deteriorare.
- *forma progresivă cu recăderi* este o scleroză multiplă primar progresivă care prezintă brusc episoade acute, ce aduc semne şi simptome noi sau le agravează pe cele deja existente. Această formă apare la 5% dintre bolnavii cu scleroză multiplă.

Atacurile sunt mai frecvente în primii 5-10 ani de boală. Primul atac debutează, de obicei, între 18 şi 55 de ani. Cu toate acestea, perioada de debut se poate întinde de la copilăria timpurie la maturitatea târzie.

Mai mult de 300 000 de americani au scleroză multiplă. Femeile au un risc mai crescut de boală comparativ cu bărbaţii. Riscul dumneavoastră de a avea scleroză multiplă creşte dacă aveţi o rudă cu această boală. Cu toate acestea, boala nu este transmisă în mod constant de la o generaţie la alta ca alte boli genetice. Rudele de gradul I au şanse de 3-5% de a dezvolta boala. Albii, descendenţi ai populaţiei venite din Europa de Nord, în special din Scandinavia, sunt mai susceptibili de a face boala comparativ cu ceilalţi.

Diagnostic

Semnele şi simptomele sclerozei multiple sunt variabile, astfel că boala este greu de diagnosticat în formele iniţiale. Cu toate acestea, secvenţa atac-remisiune-recurenţă, limitat la sistemul nervos central, este puternic sugestivă de scleroză multiplă.

Un diagnostic de certitudine este foarte important deoarece există şi alte afecţiuni cu simptome asemănătoare. Multe persoane cu astenie, depresie sau senzaţii nespecifice de furnicături, nu au scleroză multiplă. Dacă se suspectează o scleroză multiplă, medicul dumneavoastră vă va trimite la un neurolog pentru o evaluare amănunţită.

Criteriile de diagnostic pentru scleroza multiplă se modifică în mod continuu dar, în mod normal, cuprind: un istoric sugestiv de deteriorare neurologică şi de anomalie evidentă a sistemului nervos central, de tipul slăbiciunii musculare şi alterarea reflexelor şi senzaţiilor. Deoarece leziunile de scleroză multiplă sunt dispersate la întâmplare în creier şi măduva spinării, semnele şi simptomele pot varia considerabil. Un examen neurologic sistematic vă poate testa diferitele părţi ale sistemului dumneavoastră nervos.

În stabilirea diagnosticului sunt utile testele de laborator. Puteţi efectua, de exemplu, un test standard de stimulare luminoasă, pentru a determina viteza de conducere a impulsurilor electrice prin nervii optici. Rezonanţa magnetică nucleară (RMN) a creierului şi măduvei spinării poate fi de folos în stabilirea diagnosticului. Poate fi efectuată şi o puncţie lombară pentru a determina concentraţia celulelor imune, anticorpilor şi proteinelor din lichidul cefalorahidian (vezi pag. 578).

Cât de gravă este scleroza multiplă?

După cum s-a menţionat, evoluţia sclerozei multiple variază mult. Speranţa medie de viaţă de peste

35 de ani de la debut, a crescut cu 10-15 ani în ultimele decade, ca urmare a progreselor făcute în domeniul îngrijirilor medicale, în special în controlul complicaţiilor acestei boli. Majoritatea persoanelor cu scleroză multiplă se tratează ambulator şi mulţi muncesc chiar după o evoluţie de 20 de ani a bolii. Este foarte neobişnuită apariţia unei incapacităţi permanente după săptămâni sau luni de la instalarea semnelor şi simptomelor iniţiale de boală.

Tratament

Dacă episoadele acute sunt blânde sau rare, medicul poate amâna introducerea tratamentului, recomandându-vă consilierea şi observarea evoluţiei bolii. Dacă, însă, aveţi o formă cu recăderi frecvente, medicul vă poate recomanda tratament medicamentos pentru a reduce intensitatea viitoarelor atacuri, pentru a încetini evoluţia bolii şi a ameliora simptomele.

Tratament medicamentos

Medicamentele prescrise pentru încetinirea evoluţiei bolii cuprind:

- *Beta-interferon.* Interferonul beta 1b (Betaseron) şi interferonul beta 1a (Avonex) sunt copii modificate genetic ale proteinelor existente în mod normal în organismul dumneavoastră. Ele ajută în lupta împotriva infecţiei virale şi reglează sistemul imun. Betaseronul se foloseşte sub formă injectabilă ce se administrează la 2 zile. Avonexul se administrează o dată pe săptămână. Aceste medicamente au redus cu 30% intensitatea atacurilor acute. Nu se cunoaşte exact care din principalele lor acţiuni determină diminuarea intensităţii bolii şi care sunt beneficiile pe termen lung ale acestui tratament.
  Administraţia pentru Alimente şi Medicamente (din SUA) a aprobat folosirea beta-interferonului la persoanele cu scleroză multiplă cu recădere, care mai pot să se deplaseze. Medicaţia nu determină refacerea fibrelor nervoase distruse anterior administrării ei şi nu este clar dacă poate preveni, pe termen lung, deteriorarea funcţională permanentă. Un mic procent de persoane dezvoltă anticorpi împotriva beta-interferonului, făcându-l mai puţin eficient. Alţii nu pot tolera efectele adverse ale medicamentului ce pot consta în inflamaţie şi durere la nivelul zonei de injectare, simptome asemănătoare răcelii şi simptome şi anomalii funcţionale hepatice.
  Neurologii Clinicii Mayo recomandă, în general, folosirea beta-interferonului de către persoane ce prezintă atacuri severe, în special celor ce nu se remit complet după episoadele acute. De asemenea, acest tratament poate fi folosit în cazul acelora cu multiple leziuni observate pe imaginile de rezonanţă magnetică nucleară (RMN), chiar în absenţa unor simptome de activitate a bolii.
- *Glatiramer acetat* (Copaxone). Acest medicament este o alternativă a tratamentului cu beta-interferon, pentru cei ce prezintă forma de recădere-remisiune a sclerozei multiple. Medicii consideră că acest medicament acţionează prin blocarea atacului sistemului imunitar asupra mielinei. Glatiramer acetat este la fel de eficient ca beta interferonul în ameliorarea atacurilor de scleroză multiplă, dar nu reduce la fel de bine leziunile noi. Tratamentul constă în administrarea unei singure doze injectabile pe zi. Efectele adverse pot consta în senzaţii de arsură şi de constricţie toracică, după injectare.
- *Mitoxantrone.* Acest agent chimioterapic este administrat sub formă de perfuzie intravenoasă o dată la 3 luni. El acţionează prin suprimarea celulelor imunitare care se presupune că distrug mielina. El este prescris atuci când interferonul sau glutiramer acetatul nu au avut efect. Folosirea acestui medicament, însă, determină un risc crescut de infecţii urinare, pneumonie, căderea părului şi tulburări menstruale. La doze mai mari, el poate fi toxic pentru muşchiul cardiac – ceea ce impune monitorizare cardiacă regulată prin efectuarea de electrocardiograme şi ecografii cardiace.
  Medicamentele folosite în ameliorarea semnelor şi simptomelor sclerozei multiple sunt următoarele:
- *Corticosteroizii.* Medicii prescriu adesea scurte cure de corticosteroizi, oral sau intravenos, pentru reducerea inflamaţiei ţesutului nervos şi pentru a scurta durata episoadelor acute. Folosirea prelungită a acestor medicamente nu este recomandată, deoarece ea nu este de folos pe termen lung şi poate duce la apariţia efectelor adverse de tipul osteoporozei sau hipertensiunii arteriale.
- *Relaxantele musculare.* Dacă aveţi scleroză multiplă, puteţi prezenta rigiditate sau spasme musculare dureroase, în special la nivelul picioarelor. Tizanidine (Zanaflex) şi baclofen (Lioresal) sunt folosite pentru reducerea spasticităţii musculare. Baclofenul, însă, poate accentua senzaţia de slăbiciune la nivelul picioarelor. Tizanidine se pare că poate controla spasmele musculare fără a avea acest efect de slăbiciune musculară la nivelul picioarelor, în schimb poate determina o senzaţie de ameţeală şi de uscăciune a mucoasei bucale.
- *Medicamente pentru ameliorarea asteniei.* Acestea sunt reprezentate de medicamentul antiviral amantadină (Symmetrel) sau de un medicament folosit în tratarea narcolepsiei numit modafinil (Provigil). Beneficiile acestor medicamente se pot datora efectului lor stimulant.
  Multe medicamente pot fi folosite pentru rigiditatea musculară, durerea, depresia şi problemele de incontinenţă urinară asociate sclerozei multiple. Anumite medicamente folosite în artrită de tipul azathioprinei (Imuran) şi methotrexatului (Rheumatrex) supresează sistemul imun şi pot astfel încetini evoluţia bolii în anumite cazuri.

Alte opţiuni terapeutice

Alături de tratamentul medicamentos, pentru păstrarea autonomiei şi înlesnirea derulării activităţilor zilnice, pot fi de folos tehnici fizio-kinetoterapice, precum şi terapia ocupaţională, prin intermediul exerciţiilor fizice de întărire şi prin folosirea dispozitivelor de sprijin. Consilierea individuală sau de grup pot să vă ajute pe dumneavoastră şi pe familia dumneavoastră să faceţi faţă sclerozei multiple şi să vă reduceţi stresul emoţional.

Metode terapeutice experimentale

Cercetătorii evaluează diferite abordări terapeutice ale sclerozei multiple.

- *Plasmafereza.* Această procedură presupune extragerea de sânge și separarea mecanică a celulelor sangvine de plasmă. Celulele sangvine sunt apoi amestecate cu o soluție înlocuitoare, în general albumină, sau un lichid sintetic cu proprietăți similare plasmei. Noua soluție este reintrodusă apoi în organismul dumneavoastră. Înlocuirea plasmei poate reduce activitatea factorilor distructivi din sistemul imunitar, facilitându-vă remisiunea. Acest procedeu este doar o opțiune pentru cei cu atacuri bruște și extrem de severe de scleroză multiplă, care nu răspund la doze mari de tratament corticoid. Este mai eficient în cazul persoanelor care, înainte de atacul acut, prezentau dizabilități ușoare.
- *Imunoglobulină intravenoasă* (IvIg). Terapia cu imunoglobulină intravenoasă constă din injecții cu anticorpi de la un grup de donori. Studiile europene au arătat că imunoglobulina intravenoasă poate reduce numărul atacurilor în cazul formelor cu recăderti. IvIg a fost studiată de Clinica Mayo pentru potențialul ei de a stimula producția de mielină. Preparatele comerciale obișnuite de IvIg par a fi ineficiente în producerea de mielină. În viitor, se speră să se poată testa pe oameni anumiți anticorpi mai specifici, care par să stimuleze producția de mielină la animalele de laborator.
- *Medicamentele antivirale și antibioticele.* Până în prezent nu a putut fi identificat un agent infecțios care să fie cauza sclerozei multiple; de aceea, această medicație nu este recomandată în absența studiilor experimentale care să evalueze siguranța și eficiența ei.

Scleroza laterală amiotrofică

Semne și simptome

- Pierderea bruscă a forței și capacității de coordonare într-unul sau mai multe membre
- Spasme și crampe musculare
- Mers înțepenit, greoi, dificil, ce se accentuează progresiv
- Dificultăți de înghițire, de vorbire și respiratorii

Scleroza laterală amiotrofică (ALS) constă într-o degenerare progresivă a celulelor nervoase de la nivelul creierului și măduvei spinării- ce controlează musculatura dumneavoastră striată. Este cunoscută în SUA sub numele de boala Lou Gehrig, după numele baschetbalistului de la echipa New York Yankees ce a murit în 1939 de această boală.

Neuronii afectați se atrofiază și dispar fără a prezenta semne de anomalii. Urmează deteriorare musculară datorită dispariției nervilor ce stimulează acești mușchi.

Aproximativ 30 000 de americani prezintă această boală. Ea este răspândită în întreaga lume și pare să afecteze în mod egal femeile și bărbații. S-a identificat o genă defectă ce pare să fie răspunzătoare de anumite cazuri de scleroză laterală amiotrofică moștenită. Boala nu este contagioasă.

Debutul bolii este gradat. Obișnuit, există o accentuare a slăbiciunii musculare a unui membru, în special una dintre mâini. Apoi, pot fi afectate și celelalte membre. Această slăbiciune poate fi însoțită de spasme și crampe musculare. Pe măsură ce boala progresează, noi mușchi sunt afectați pentru ca, în final, să se instaleze o paralizie totală. Uneori, boala poate afecta și musculatura semivoluntară ca cea implicată în masticație, înghițit, vorbire și respirație.

Diagnostic

De multe ori, boala este deja avansată în momentul în care persoana vine la consult medical. În această situație, medicul poate pune diagnosticul pe semnele și simptomele de boală prezente. Poate fi necesară efectuarea electromiogramei pentru determinarea distrucției musculare.

Cât de gravă este scleroza laterală amiotrofică?

Scleroza laterală amiotrofică este o boală cronică, degenerativă ce se agravează progresiv. Majoritatea celor cu această boală mor datorită insuficienței respiratorii ca urmare a paraliziei mușchilor respiratori. Uneori, persoanele cu scleroză laterală amiotrofică fac stop respirator deoarece aspiră în plămâni fragmente alimentare sau salivă. De obicei, decesul are loc la 2 - 10 ani de la punerea diagnosticului și doar 1 din 5 persoane bolnave supraviețuiește mai mult de 5 ani

Tratament

Nu există tratament curativ pentru ALS. Terapia adaptată nevoilor individuale este utilă în menținerea funcției musculare și a stării generale de sănătate în fazele timpurii de boală. Boala nu vă afectează mintea și mai pot fi posibili câțiva ani de viață productivă. Complicațiile aspirației fragmentelor alimentare și a salivei în trahee pot fi evitate prin introducerea unui tub prin peretele abdominal și în stomac prin care se pot administra alimente și lichide.

Administrația pentru Alimente și Medicamente (din SUA) a aprobat administrarea medicamentului riluzol (Rilutek) pentru tratamentul ALS. Acesta poate încetini ușor evoluția bolii la anumite persoane. Suportul emoțional din partea familiei și prietenilor este o parte foarte importantă a terapiei.

Boala Huntington

Semne și simptome

- Mers legănat cu bază largă de susținere
- Tulburări de vorbire, vorbire ezitantă
- Mișcări, tresăriri involuntare ale brațelor, gâtului, trunchiului și feței
- Dezechilibrări sau probleme de menținere a echilibrului
- Modificări de personalitate de tipul variațiilor dispoziționale sau paranoia
- Deteriorarea intelectuală, inclusiv modificări de memorie și atenție

Semne și simptome de urgență

- O schimbare bruscă a statusului mintal

Boala Huntington, cunoscută și sub numele de coreea Huntington, este o boală cerebrală degenerativă care determină o disfuncție neuronală. Ca urmare, apar tulburări emoționale precum și tulburări ale abilităților motorii și psihice.

Boala Huntington este o boală ereditară, rezultatul unei singure gene anormale. Dacă unul dintre părinți are o genă defectă, șansa de a moșteni boala este de 50% pentru orice descendent. Deoarece debutul are loc obișnuit la maturitate, mulți părinți nu devin conștienți că sunt purtători ai genei defecte decât după ce au deja copii.

Boala a fost pentru prima dată identificată în 1872 de către medicul american George Huntington. Termenul de *chorea* înseamnă în limba greacă dans şi a fost pus datorită prezenţei mişcărilor permanente, rapide, involuntare şi unduitoare, caracteristice bolii.

Semnele şi simptomele debutează de obicei între 35 şi 50 de ani. Cei ce au boala de la vârste mai tinere suferă de o formă mai severă. Boala este rară la copii. Aproximativ 1 din 10 000 de americani suferă de această boală, cu aproximativ 30 000 de cazuri cunoscute.

Evoluţia bolii este lentă. Modificările de personalitate, de la dispoziţia capricioasă la paranoia, pot fi primele simptome. Mişcările involuntare de la nivelul feţei – de tipul grimaselor – sunt blânde la început. Alte semne şi simptome sunt coreea severă şi deteriorarea cognitivă (demenţă); ele apar pe măsură ce boala progresează.

Diagnostic

Diagnosticul de boală Huntington se bazează de regulă pe un istoric medical şi familial sugestiv de boală şi pe examenul fizic. Medicul vă poate recomanda examene neurologice de tipul tomografiei computerizate (CT) sau rezonanţei magnetice a creierului (RMN).

Cât de gravă este boala Huntington?

După instalarea bolii, semnele şi simptomele vor progresa în severitate până la deces. Deşi simptomatologia variază de la persoană la persoană, funcţiile vitale de genul înghiţitului, mâncatului, vorbitului se deteriorează în timp. Decesul survine adesea ca un rezultat al complicaţiilor bolii – de exemplu o infecţie sau o căzătură.

Tratament

Majoritatea celor cu boala Huntington pot prezenta dizabilităţi fizice şi psihice. În stadiile timpurii ale bolii ei pot avea nevoie de scurte perioade de spitalizare. Pe măsură ce boala progresează, internarea într-un cămin spital poate deveni necesară.

Nu există un tratament care să oprească sau să vindece boala Huntington, dar anumite procedeee pot ameliora semnele şi simptomele.

Tratament medicamentos

Tranchilizantele de tipul clonazepamului (Klonopin, Rivotril) şi medicamentele antipsihotice de tipul haloperidolului (Haldol) şi clozapină (Clozaril) pot fi de ajutor în controlul mişcărilor involuntare, manifestărilor violente sau halucinaţiilor.

Diferite medicamente printre care fluoxetina (Prozac), sertralina (Zoloft) şi nortriptilina (Aventyl, Pamelor) pot fi folosite pentru tratarea depresiei şi ritualurilor obsesiv–impulsive pe care le pot dezvolta anumiţi bolnavi cu boala Huntington. Medicaţia de tipul litiului (Eskalith, Lithobid) poate controla variaţiile emoţionale extreme şi modificările de dispoziţie.

Efectele adverse ale multiplelor medicamente folosite în tratarea semnelor şi simptomelor bolii Huntington cuprind: hiperexcitabilitatea, oboseala şi nelinişte psihomotorie.

Logoterapia

Boala Huntington poate afecta capacitatea de a vorbi, abilitatea de a exprima gândurile mai complexe. Logoterapia poate fi de folos. Amintiţi prietenilor, membrilor familiei şi îngrijitorilor că dacă o persoană cu boala Huntington nu vorbeşte, nu înseamnă neapărat că nu înţelege ceea ce se vorbeşte. Rugaţi-i pe aceştia să continue să vorbească persoanei bolnave şi să se poarte normal cu ea.

Ataxia Friedreich

Semne şi simptome

- Dificultăţi în menţinerea echilibrului în timpul mersului sau statului în picioare
- Tulburări ale ritmului sau articulării cuvintelor
- Senzaţii de slăbiciune în membre
- Tremor al mâinilor şi braţelor
- Deformări ale coloanei şi picioarelor
- Paralizie, în special a picioarelor

Ataxia Friedreich a fost numită în 1863 după numele medicului german Nikolaus Friedreich, care a descris pentru prime dată această boală. *Ataxia* reprezintă termenul medical pentru probleme de coordonare, ca de exemplu dificultăţi de menţinere a echilibrului. Ataxia poate avea mai multe cauze.

Ataxia Friedreich, o boală ereditară rară, constă în degenerarea fibrelor nervoase în zona măduvei spinării, nervilor periferici sau cerebelului, determinată de o genă defectă. În mod normal, fibrele sunt protejate de o membrană izolatoare denumită teaca de mielină, care permite transmiterea rapidă a impulsurilor electrice de la o celulă la alta. În ataxia Friedreich, nervii pierd o parte din teaca lor de mielină şi măduva spinării devine mai subţire.

Semnele şi simptomele bolii debutează de obicei între 5 şi 15 ani. Boala afectează aproximativ 1 din 50 000 de persoane în SUA. În afara problemelor de coordonare şi vorbire, multe persoane pot prezenta deformarea coloanei vertebrale (scolioză) şi deformări ale picioarelor. Acest lucru apare de obicei o dată cu slăbiciunea musculară.

Ataxia Friedreich este o boala autozomal recesivă. Trebuie să moşteniţi gena anormală de la ambii părinţi pentru a dezvolta boala. Puteţi, de asemenea, să fiţi purtătorul asimptomatic al genei defecte, în cazul în care aţi moştenit-o de la un singur părinte. Dacă există istoric familial sugestiv pentru boală, ar fi bine să vorbiţi cu un consilier genetic înainte de întemeierea unei familii.

Mutaţia suferită de gena răspunzătoare de boală determină diminuarea producţiei unei anumite proteine numită frataxină. Cercetătorii sugerează că un nivel redus de frataxină creşte vulnerabilitatea neuronilor la efectul oxidant al radicalilor liberi. Radicalii liberi însoţesc de obicei procesele de obţinere a energiei, dar un nivel prea ridicat al acestora poate deveni periculos.

Diagnostic

Diagnosticarea acestei afecţiuni se bazează pe istoricul familial sugestiv şi pe rezultatele examenului neurologic, inclusiv teste de genul electromiogramei, ce măsoară

activitatea electrică în celulele neuronale, sau electrocardiograma (ECG). Testele efectuate pentru excluderea altor boli sunt tomografia computerizată (CT) sau rezonanţa magnetică nucleară (RMN) a creierului şi a măduvei spinării, şi puncţia lombară pentru analiza lichidului cefalorahidian. Testele genetice pot confirma diagnosticul.

Cât de gravă este ataxia Friedreich?

Deşi semnele şi siptomele variază de la o persoană la alta, majoritatea celor ce suferă de această boală vor avea nevoie la un moment dat de un scaun cu rotile pentru a se deplasa. Complicaţiile constau în diferite afecţiuni cardio-vasculare cum ar fi cardiomegalia, insufucienţa cardiacă, tulburări de conducere a impulsurilor electrice la nivelul inimii (blocuri cardiace) sau aritmii cardiace (de ex. tahicardie). Totodată, poate apărea şi diabet. Supravieţuirea dincolo de vârsta de adult tânar este rară. Decesul are loc, de obicei, datorită afecţiunilor cardiace.

Tratament

Nu este încă disponibil un tratament specific pentru ataxia Friedreich. Se recomandă menţinerea continuă a exerciţiilor, activităţilor fizice pentru păstrarea stării generale de sănătate. Kinetoterapia este deseori de ajutor.

Tratarea problemelor cardiace şi a diabetului poate menţine calitatea vieţii pentru o perioadă mai lungă de timp. Poblemele ortopedice pot fi ameliorate prin intervenţii chirurgicale sau prin utilizarea unui corset.

Cercetătorii speră că identificarea genei ce determină această boală va conduce la găsirea unor metode eficiente pentru prevenirea sau tratarea bolii.

Miastenia gravis

Semne şi simptome

- Slăbiciunea musculaturii faciale, inclusiv pleoape căzute
- Dificultăţi respiratorii, de vorbire, de mestecare şi înghiţire
- Vedere dublă
- Slăbiciune a musculaturii braţelor şi picioarelor

Semne şi simptome de urgenţă

- Accentuarea deficienţelor de respiraţie sau deglutiţie

Miastenia gravis este o boală cronică, ce se caracterizează prin slăbiciune şi oboseală rapidă a musculaturii voluntare. Slăbiciunea musculară se dezvoltă treptat şi poate afecta oricare muşchi pe care îl puteţi controla în mod voluntar. De obicei, afectează musculatura feţei, a ochilor, braţelor, picioarelor şi cea implicată în mestecare, înghiţire şi respiraţie.

Slăbiciunea este agravată de creşterea activităţii musculaturii respective. În miastenia gravis, zilele mai bune alternează cu cele mai rele. În cazuri rare, problemele de înghiţire sau respiraţie se accentuează necesitând asistenţă medicală de urgenţă.

Miastenia gravis este o boală autoimună – ceea ce înseamnă că anticorpii, destinaţi în mod normal să lupte cu infecţiile, atacă ţesutul normal. Când sistemul nervos funcţionează normal, neurotransmiţătorul acetilcolină transmite un impuls nervos către muşchi. La nivelul unor zone specializate din muşchii dumneavoastră – numite joncţiuni (plăci) neuromusculare – regiunile receptoare primesc impulsuri şi semnalizează muşchilor dumneavoastră să se contracte, permiţându-vă de exemplu să ridicaţi o linguriţă la gură.

În miastenia gravis există o întrerupere în comunicarea dintre nervi şi muşchi. Din motive necunoscute, miastenia gravis determină sistemul imunitar să producă anticorpi care blocheză sau distrug multe din aceste zone receptoare – până la 80% din ele. Cu mai puţine zone receptoare, muşchii primesc mai puţine semnale nervoase, apărând astfel slăbiciunea musculară.

Timusul, o glandă ce face parte din sistemul imunitar şi care este plasată în partea superioară a toracelui, în vecinătatea sternului, poate stimula sau menţine producţia acestor anticorpi. Timusul scade treptat în dimensiune în cazul adulţilor sănătoşi. Cu toate acestea, anumite persoane cu miastenia gravis au un timus

Torticolis

Torticolisul, numit şi gât strâmb (gât de lup), constă în spasme intermitente sau continue ale musculaturii gâtului. Este o formă de distonie – contracţii bruşte, involuntare ale unui muşchi sau grup muscular. Predispoziţia de a face o asemenea boală se moşteneşte sau se poate dobândi după deteriorarea musculaturii gâtului sau apare fără vreun motiv anume.

Spasmul este de obicei mai evident pe o parte a gâtului şi poate provoca menţinerea acestuia într-o permanentă poziţie răsucită sau înclinată. Stresul sau anxietatea pot agrava simptomologia.

Încălzirea sau masajul pot ameliora durerea de cap şi de gât. Exerciţiile de elongaţie şi purtarea unui bandaj la nivelul gâtului (guler rigid) pot ameliora spasmul. Se pot obţine rezultate bune prin injecatarea toxinei botulinice (Botox) ce determină relaxarea musculară dar, deseori este nevoie de injecţii repetate. În cazuri severe, o opţiune poate fi şi intervenţia chirurgicală.



Kinetoterapia în abordarea problemelor neurologice

Kinetoterapia este folosită pentru a obţine un potenţial maxim la persoanele cu dizabilităţi, inclusiv cele rezultate în urma bolilor şi tulburărilor neurologice. Aceste terapii pot fi eficiente în ameliorarea sau înlăturarea durerii, îmbunătăţirea forţei musculare şi a motilităţii, şi în efectuarea sarcinilor esenţiale pentru menţinerea autonomiei.

Înainte de a începe un program de kinetoterapie este bine să vă faceţi un control medical amănunţit care să cuprindă testări diagnostice, funcţionale şi psihologice, în conformitate cu recomandările medicului. Kinetoterapeutul se consultă de obicei cu medicul dumneavoastră pentru a întocmi un program ce vi se potriveşte; ei vor reevalua frecvent terapia pe parcursul desfăşurării ei.

Programul dumneavoastră de kinetoterapie poate să se adreseze problemelor legate de motilitatea articulară, forţa musculară, coordonare, capacitatea cardiacă şi respiratorie, postură şi abilitatea de a schimba poziţiile, mersul, comunicarea, executarea instrucţiunilor şi efectuarea unor alte activităţi zilnice.

Kinetoterapeuţii sunt pregătiţi şi calificaţi în folosirea diferitelor terapii care pot ameliora simptomatologia diferitelor boli. Dintre terapiile ce pot fi folosite vă prezentăm câteva.

Exerciţii fizice

Acestea sunt cele mai frecvent folosite dintre toate tehnicile de kinetoterapie. Programul zilnic de exerciţiu va fi astfel alcătuit, încât să amelioreze cât mai mult simptomatologia bolii, fie prin creşterea mobilităţii articulare, fie prin reînvăţarea muşchilor dumneavoastră să se contracte şi să se relaxeze în coordonare cu ceilalţi muşchi.

Exerciţiile pot varia de la simple la mai complexe. Ele pot fi efectuate, în mod activ doar de către dumneavoastră sau cu ajutorul terapeutului sau, pot fi pasive, situaţie în care terapeutul vă deplasează braţele şi picioarele în diferite tipuri de mişcări. Exerciţiile active sunt utile pentru îmbunătăţirea funcţionării muşchilor, pe când exerciţiile pasive pot fi utile în cazul în care prezentaţi contracturi musculare sau trebuie să reînvăţaţi anumite mişcări. Exerciţiile de rezistenţă pot îmbunătăţi forţa musculară.

Pentru efectuarea acestor exerciţii pot fi folosite diferite echipamente: mese sau saltele de exerciţii, biciclete medicale, cadre pentru ajutorul mersului, spaliere de exerciţii, rampe, bare paralele şi greutăţi sau gantere.

Proceduri calde şi reci

Căldura poate stimula circulaţia, poate redresa muşchii tensionaţi şi înlătura durerea. Poate fi aplicată sub formă de comprese umede calde, lămpi cu radiaţii infraroşii, radiaţii de unde scurte, ultrasunete, împachetări calde cu parafină sau băi calde. În anumite cazuri, pot fi necesare procedeele reci, cu



gheaţă sau comprese umede reci. Imersii subacvatice alternative calde-reci ale mîinilor sau picioarelor pot fi folosite în anumite circumstanţe.

Băi cu bule de aer

Acestea pot ameliora durerile determinate de spasmele musculare şi pot ajuta sau întări mişcările dumneavoastră, pentru că apa suportă parţial greutatea dumneavoastră şi opune în acelaşi timp rezistenţă la mişcări.

Masajul

Terapia prin masaj poate îmbunătăţi circulaţia, vă poate ajuta să vă relaxaţi, poate îndepărta durerea locală sau spasmul muscular şi poate reduce edemele. Masajul este practicat de către un personal specializat sau de către persoane din familie, pregătite pentru efectuarea corectă a masajului.

Electricitatea

Curenţii electrici de foarte joasă intensitate, aplicaţi pe pielea dumneavoastră pot stimula muşchii superficiali făcându-i să se contracte. Acest efect este folosit în obţinerea răspunsului în cazul muşchilor paralizaţi sau slăbiţi. Anumite medicamente pot fi administrate prin piele cu ajutorul unui aparat electric cu tensiune redusă. Pentru controlul durerii, pot fi folosite uneori dispozitive portabile electrice numite simulatori electronici transcutanaţi ai nervilor (TENS) (vezi pag. 1333).

Dispozitive de ajutor/susţinere

Terapia dumneavoastră poate include instructajul pentru folosirea unor dispozitive de susţinere pentru mers, de genul bastoanelor, cârjelor, cadrelor sau a scaunelor cu rotile şi scuterelor electrice. Puteţi fi pregătit în folosirea unor dispozitive care vă permit o mai uşoară manipulare a butoanelor, folosire a tacâmurilor, a telefonului sau conducerii maşinii.

Alte terapii

În plus faţă de recomandările medicului şi ale kinetoterapeutului, puteţi să consultaţi şi un terapeut ocupaţional care să vă ajute să vă recăpătaţi abilitatea de a efectua activităţile obişnuite de genul igienei corporale, îmbrăcatului sau să dezvoltaţi alternative de a compensa funcţiile pierdute.

anormal de mare. Aproximativ 10 – 15% din cei bolnavi dezvoltă tumori timice.

Miastenia gravis este o boală rară. Ea apare cu precădere la femei între 20 şi 40 ani, şi la bărbaţi după vârsta de 60 ani.

Diagnostic

Simptomele cheie care pot alerta medicul sunt oboseala şi slăbiciunea musculară ce se ameliorează o dată cu odihna. Testele pentru confirmarea diagnosticului presupun examinarea neurologică, electromiografie şi analize ale sângelui pentru identificarea anumitor anticorpi. După ce este examinată forţa diferiţilor muşchi, puteţi primi un medicament numit Tensilon. Dacă forţa musculară se îmbunătăţeşte ulterior administrării acestui medicament, puteţi fi suspectat de miastenia gravis.

Cât de gravă este miastenia gravis?

Nu există încă un tratament care să vindece miastenia gravis, dar tratamentul poate determina remisiuni. Într-un episod acut al bolii, indivizii afectaţi devin aşa de slabi încât au nevoie de ajutor pentru a respira sau a înghiţi. Această fază durează însă rareori mai mult de câteva săptămâni. Cu tratament adecvat, mulţi oameni pot duce o viaţă normală.

Tratament

Planificaţi-vă activităţile pentru a beneficia de vârfurile de energie şi programaţi-vă periode zilnice de repaus. Pentru corectarea vederii duble, puteţi purta un obturator vizual. Deoarece stresul poate agrava boala, evitaţi situaţiile care vă pot provoca anxietate inutilă. Implicaţi-vă familia şi prietenii să vă ajute să înlăturaţi situaţiile stresante.

Tratament medicamentos

Medicamentul numit pyridostigmină (Mestinon, Regonol) este adesea prescris pentru îmbunătăţirea transmiterii impulsurilor nervoase dintre neuroni şi muşchiul aferent. Luaţi masa la aprox. 30 minute după ingestia medicamentului pentru a evita dificultăţile de mestecare şi înghiţire. Medicamente imunosupresoare pot fi şi ele recomandate. De exemplu, prednison (Deltasone, Sterapred), azathioprine (Imuran), cyclosporine (Neoral, Sandimmune), mycophenolate (CellCept) şi imunoglobulină intravenoasă.

Alte opţiuni terapeutice

Plasmafereza este un tratament în care se înlătură plasma din sângele dumneavoasrtă doarece conţine anticorpi ce pot contribui la boală. Celulele sangvine sunt amestecate cu alte lichde înlocuitoare de plasmă şi reintroduse în circulaţie. Acest tratament poate reduce răspunsul imun şi poate îmbunătăţi temporar forţa musculară.

Tratament chirurgical

Uneori, se indică extirparea chirurgicală a timusului. Aceasta poate duce la o îmbunătăţire permanentă a simptomelor bolii. Această procedură se foloseşte cu precădere în cazul persoanelor tinere, deoarece timusul involuează în mod natural cu vârsta. Ca în cazul oricărei intervenţii chirurgicale, şi aceasta presupune anumite riscuri.

Afecţiuni medulare şi ale nervilor periferici

Sistemul nervos periferic se întinde de la măduva spinării la toate părţile şi segmentele corpului. El este o reţea de nervi pe care organismul îi foloseşte pentru a iniţia mişcarea şi percepe senzaţiile. Leziunile medulare sau ale nervilor periferici pot întrerupe căile de comunicare dintre creier şi celelalte părţi ale corpului.

Leziunile medulare sau ale nervilor periferici pot avea ca efect amorţirea sau perceperea de senzaţii anormale, precum şi inabilitatea de a vă controla muşchii. Gravitatea tulburării poate varia de la o amorţire temporară la paralizie permanentă.

Traumatismele medulare

Semne şi simptome de urgenţă

- Slăbiciune, incoordonare sau paralizie a unei părţi a corpului, survenită după un accident
- Amorţeală sau anestezie
- Incontinenţă urinară sau pentru fecale

Cele mai multe traumatisme medulare sunt consecinţa accidentelor rutiere sau de muncă, căzăturilor, împuşcăturilor, traumatisme apărute în timpul activităţilor sportive sau din timpul liber. Uneori, un traumatism relativ minor poate produce deteriorări severe dacă aveţi o condiţie predispozantă de genul poliartritei reumatoide.

Măduva spinării este compusă din lungi fibre nervoase ce se întind la şi de la creier. Aceste fibre se alătura formând rădăcini nervoase ce ies prin spaţiile intervertebrale şi se dispun sub formă de nervi periferici, ce se distribuie pielii şi muşchilor.

Dacă măduva spinării este traumatizată, fibrele nervoase din zona atinsă pot fi afectate, la fel ca şi o parte din muşchii şi nervii situaţi dincolo de zona traumatizată.

Traumatismele medulare se produc cel mai frecvent în regiunea lombară şi cea cervicală. Un traumatism lombar poate să vă afecteze picioarele, controlul sfincterului vezical şi anal, precum şi funcţia sexuală. Un traumatism cervical poate să vă afecteze capacitatea respiratorie, ca şi mişcările membrelor superioare şi inferioare. Traumatismele de pe o parte a măduvei spinării afectează în mod tipic muşchii de pe aceeaşi parte şi o parte din sensibilitatea din zonele de aceeaşi parte şi din partea opusă a corpului.

Traumatismele pot avea ca urmare elongaţia coloanei vertebrale, compresia, împingerea ei laterală şi secţionarea ei. Leziunile pot fi provocate şi datorită sângerării sau pătrunderii accidentale a unui fragment de os sau metal la nivelul măduvei spinării. Lovirea bărbiei de volan, în cursul unui accident de circulaţie de exemplu, poate elonga măduva spinării determinând leziuni. Un glonţ sau o rană de cuţit pot afecta sever măduva spinării.

Deseori, traumatismul coloanei la nivelul regiunii cervicale poate fi rezultatul unei puternice flectări a gâtului în timpul unui accident dintr-un meci de fotbal, unei

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Pentru a reduce riscul de traumatism al coloanei vertebrale:

- Purtați centura de siguranță ori de câte ori sunteți într-un automobil. Asigurați-vă că și copii dumneavoastră sunt, la rândul lor, în centurile de siguranță. O centură de siguranță este unul dintre cele mai eficiente dispozitive în diminuarea traumatismelor de coloană vertebrală ca urmare a unui accident auto.
- Purtați o cască de protecție când mergeți pe role, pe bicicletă, sau conduceți un vehicul motorizat de tipul unei motociclete.
- Purtați întotdeauna echipamentul corespunzător și accesorii de siguranță atunci când practicați un sport.
- Dacă aveți o armă de foc, participați la o specializare în folosirea armelor de foc și păstrați arma într-un loc încuiat atunci când nu o folosiți.
- Preveniți căzăturile prin folosirea unui scaun stabil pentru a ajunge la anumite lucruri și prin instalarea dispozitivelor de siguranță de genul balustradelor, plaselor de geam (gratii) și a porților de siguranță la începutul și terminarea scărilor (pentru a preveni căderile copiilor mici)

plonjări într-o apă de mică adâncime sau unui accident rutier. Traumatismul la nivelul regiunii inferioare a coloanei vertebrale, rezultat frecvent în urma accidentelor de motocicletă sau mașină, poate avea ca rezultat o strivire a măduvei spinării.

Hemoragia la nivelul măduvei spinării poate determina o pierdere totală a sensibilității în anumite părți ale corpului și slăbiciune musculară. Hemoragia din jurul măduvei spinării poate determina compresia acesteia, generând slăbiciune sau pierderea sensibilității în membre și trunchi.

Compresia poate fi, de asemenea, rezultatul acumulării de lichid și edemului de la nivelul măduvei spinării. Paralizia ce rezultă poate dura câteva zile și apoi se poate ameliora brusc, o dată cu retragerea edemului sau atunci când lichidul acumulat este extras pe cale chirurgicală. Cu toate acestea, poate persista un anumit grad de afectare.

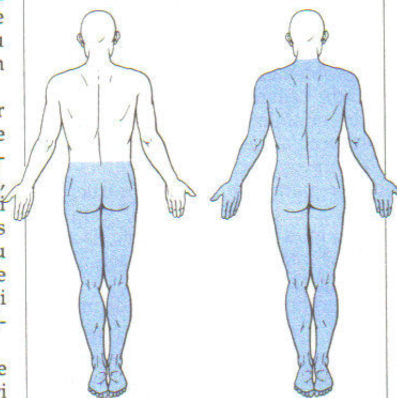
Majoritatea tăieturilor și a altor tipuri severe de traumatisme ale măduvei spinării determină dizabilitate permanentă sau paralizie, deoarece fibrele nervoase rareori se regenerează. Paraliziile mai jos de gât pot interesa toate patru extremitățile, purtând numele de tetraplegie, sau doar picioarele și corpul de la talie în jos, numindu-se în acest caz paraplegie.

Aproximativ 10 000 – 15 000 de persoane, în majoritatea lor tineri – sănătoși de altfel – devin tetra- sau paraplegici în fiecare an în SUA, datorită traumatismelor măduvei spinării. Traumatismele apar cel mai frecvent la bărbații cu vârste între 15 și 35 ani.

Diagnostic

Pareza sau paralizia poate apărea imediat după ce măduva spinării a fost traumatizată sau se poate dezvolta treptat, pe măsură ce apar hemoragii sau edeme în sau în jurul măduvei spinării. Pentru eliminarea cât mai mult posibil a efectelor pe termen lung ale acestor traumatisme este nevoie de asistență medicală de urgență.

După examinarea fizică și neurologică poate fi nevoie de efecuarea altor teste diagnostice. Acestea sunt reprezentate de obicei de radiografii, tomografie computerizată (CT), rezonanță magnetică nucleară (RMN) sau mielografie (vezi pag. 610). Ocazional, poate fi necesară puncția lombară.



Paralizia părții inferioare a corpului se numește paraplegie. Paralizia localizată mai jos de gât se numește tetraplegie.

Cât de grav este traumatismul coloanei vertebrale?

Efectele imediate ale unui traumatism al coloanei vertebrale sunt adesea paralizia sau pierderea sensibilității într-o anumită parte a corpului. Acest lucru poate fi fatal dacă traumatismul de la nivelul gâtului determină paralizia mușchilor respiratori. Perioada de timp scursă de la producerea accidentului și până la instituirea tratamentului este un factor esențial de care depinde gradul de recuperare.

Recuperarea mușchilor sau a sensibilității în decursul primei săptămâni este, de obicei, urmată de potențiala recuperare a majorității sau a tuturor funcțiilor. Orice sechelă care persistă mai mult de 6 luni va rămâne probabil permanent. Dacă ați pierdut controlul micțional, va crește riscul de infecții urinare recurente. De asemenea, crește și riscul accidentării oricărei părți a corpului ce și-a piedut sensibilitatea.

Tratament

Acesta constă în asistență de urgență, spitalizare pe timpul vindecării leziunilor și al recuperării.

Tratament medicamentos

Corticosteroizii pot ajuta la diminuarea edemului ce comprimă măduva spinării. În cazul infecției urinare va fi nevoie de antibiotice.

Tratament chirurgical

Procedurile chirurgicale pot fi necesare pentru înlăturarea fragmentelor de os sau obiecte străine, pentru a fixa vertebrele fracturate prin fuzionarea osului sau prin inserarea de clame metalice sau pentru decomprimarea măduvei spinării.

Alte terapii

Tracțiunea poate reduce anumite dislocări ale coloanei vertebrale și imobiliza spatele în timpul procesului de vindecare. Uneori, tracțiunea (elongația coloanei) se realizează prin plasarea în craniu a unor clame metalice atașate unor greutăți sau unui suport pentru corp, pentru a fixa craniul pe loc.

Odihna corespunzătoare este primul pas în tratament. Evaluările neurologice ulterioare au ca scop căutarea semnelor care să indice revenirea reflexelor și a sensibilității. Traumatismul se vindecă de obicei în 2-4 luni și atunci medicul poate estima gradul dizabilității care va rămâne.

Medicul vă poate recomanda kinetoterapie pentru a obține maximum de beneficii din capacitatea funcțională musculară rămasă sau pentru a învăța cum să vă deplasați cu ajutorul unui dispozitiv mecanic.

Tumori medulare

Semne şi simptome

- Durere de spate ce creşte continuu
- Slăbiciune musculară la nivelul membrelor
- Parestezii (amorțeli) sau senzații de rece

Semne şi simptome de urgență

- Pierderea controlului micțional şi al defecației
- Pierderea progresivă a forței membrelor inferioare sau a senibilității în aceste zone

Tumorile medulare reprezintă excrescențe anormale ce pot apărea în interiorul măduvei spinării, între fețele menigeale sau în afara meningelui, în canalul vertebral. Aceste excrescențe sunt canceroase (maligne) în 40% din cazuri. Tumorile medulare sunt asemenea tumorilor cerebrale, dar sunt mult mai rare.

Uneori, tumorile medulare îşi au originea în altă parte a organismului, în general în plămâni sau sâni, şi metastazează prin circulația sangvină în regiunea medulară. Cel mai obişnuit, aceste tumori sunt tumori medulare primare, cu originea în măduva spinării. Cauzele sunt adesea necunoscute, deşi pot exista şi tumori benigne congenitale sau ereditare.

Semnele şi simptomele apar, în general, când tumora în creştere apasă măduva spinării. Durerea de spate şi slăbiciunea musculară se agravează progresiv, în picioare, degete

Recuperarea în paraplegie şi tetraplegie



Un accident ce determină instalarea unei paralizii este un eveniment ce modifică viața, fie că ați pierdut mobilitatea în picioare şi partea inferioară a corpului (ca în cazul paraplegiei), fie în toate cele patru extremități (ca în cazul tetraplegiei). Recuperarea după un asemenea eveniment cere timp şi multe persoane paralizate îşi pot apoi continua viața într-un mod productiv. Dorința de a trăi este extraordinar de mare la ființa umană, iar creativitatea cu care multe dintre persoanele afectate îşi trăiesc viața este surprinzătoare.

Recuperarea inițială

În stadiile timpurii ale paraplegiei sau tetraplegiei, medicul va trata traumatismul sau boala ce a determinat deteriorarea funcțională. Acesta va monitoriza apariția eventualelor probleme, cum ar fi retenția urinară şi de fecale, dificultăți respiratorii sau cardiovasculare, ulcer gastric sau duodenal, probleme cutanate, contracturi musculare şi formarea de cheaguri de sânge în venele profunde (tromboză) ale membrelor.

După stabilizarea traumatismului sau a bolii inițiale, atenția se va concentra asupra problemelor ce pot apărea datorită imobilizării, de exemplu contracturi musculare, iritații datorate imobilizării, infecții urinare, tromboze. Îngrijirea precoce va consta în schimbarea frecventă a poziției dumneavoastră, exerciții pentru mobilizarea membrelor paralizate, ajutorul în disfuncțiile micționale şi de tranzit intestinal, aplicarea de loțiuni cutanate şi folosirea de cearceafuri moi sau de saltele cu apă. Spitalizarea poate dura câteva zile şi săptămâni în funcție de cauza şi severitatea paraliziei şi de programul terapeutic.

Echipa medicală de recuperare

În timpul acestei perioade veți lucra împreună cu o echipă de recuperare pentru îmbunătățirea forței musculare restante şi pentru a obține o mobilitate şi o autonomie cât mai mari, pentru a putea duce în continuare o viață cât mai plină şi activă. Echipa poate fi formată dintr-un psihiatru, kinetoterapeut, terapeut ocupațional, asistentă de recuperare, psiholog specializat pe probleme de recuperare, asistent social şi un terapeut pentru activități recreaționale.

Tratamentul de recuperare

Acesta poate cuprinde exerciții şi proceduri variate de tipul băilor cu bule de aer, masajului pentru îndepărtarea durerii şi obținerea relaxarii musculaturii. Veți putea fi instruit în tehnici de efectuare a activităților de zi cu zi şi în funcționarea echipamentelor de care veți avea nevoie, de tipul căruciorului sau a dispozitivelor ce vă vor ajuta să efectuați activități de genul telefonatului, încheiatul nasturilor etc. Această terapie poate necesita câteva luni într-o secție de reabilitare.

Tranziția spre viața de acasă

Echipa de recuperare vă poate uşura această tranziție spre traiul la domiciliul dumneavoastră prin scurte învoiri la domiciliu. Asemenea vizite pot să vă familiarizeze cu serviciile de asistență din comunitatea în care trăiți. Medicul va continua să vă monitorizeze starea de sănătate şi să vă ajute, sprijinit de familie şi de prietenii dumneavoastră, să vă adaptați unui stil de viață cât mai sănătos şi autonom.

Profesioniştii în reabilitare pot să vă ajute să alegeți dispozitivele de ajutor corespunzătoare şi să realizați modificările necesare din locuința dumneavoastră. Scopul este obținerea unei optime autonomii şi eficiențe, la cel mai scăzut preț. Echipa vă poate, de asemenea, ajuta să găsiți facilități pentru transport.

Rolul dumneavoastră

Starea dumneavoastră de spirit este extrem de importantă. Apariția bruscă a unei deteriorări funcționale poate fi urmată de o stare depresivă. Unele persoane cu dizabilități învață să controleze depresia print-o activitate susținută de recuperare. Este esențial pentru dumneavoastră să găsiți sau să redescoperiți lucrări, activități interesante pentru dumneavoastră, precum şi activități împreună cu alții. Nu ezitați să căutați grupuri de sprijin sau consilieri care vă pot ajuta.

sau mâini putând apărea senzații de rece. Uneori, pot apărea incontinență urinară și pentru materiile fecale, precum și spasme musculare. Tratamentul precoce al tumorilor medulare este foarte important, în consecință, mergeți cât mai repede la medic să vă evalueze semnele și simptomele de îndată ce apar.

Diagnostic

Și alte tulburări medulare pot prezenta semne și simptome similare; de aceea, este necesar un diagnostic corect și exact. Dacă, în urma examinării fizice și neurologice, se suspectează o tumoră medulară, medicul dumneavoastră vă poate recomanda efectuarea unor teste diagnostice de tipul radiografiei, tomografiei computerizate (CT), rezonanței magnetice nucleare (RMN) sau mielografiei (vezi pag. 610).

Cât de gravă este o tumoră medulară?

Dacă vi s-a dignosticat o tumoră medulară, începeți cât mai repede tratamentul pentru a micșora cât mai mult riscul de deteriorare permanentă. Diagnosticul și tratamentul precoce conferă o rată mai mare de succes, deși semnele și simptomele neurologice pot continua după tratamentele inițiale.

Tratament

Pentru diminuarea edemului medular se folosește corticoterapia, de tipul dexametazonei. De obicei, extirparea chirurgicală a tumorii este eficientă în cazul tumorilor izolate situate în afara măduvei spinării. Alte tumori s-ar putea să nu poată fi complet extirpate, caz în care va fi necesară radioterapia. Programele de kinetoterapie sunt deseori necesare pentru susținerea mobilității, după încheierea tratamentului chirugical sau radioterapeutic.

Spondiloza cervicală

Semne și simptome

- Durere sau rigiditate la nivelul cefei
- Durere, parestezie sau furnicături (senzație de înțepături de ace) la nivelul umerilor sau brațelor
- O senzație de arsură sau de amorțeală în degete
- Probleme în controlul micțional
- Parestezii sau slăbiciune în picioare și brațe
- Dificultăți de echilibru sau rigiditate a picioarelor

Spondiloza cervicală (artroza cervicală) este determinată de creșterea excrescențelor osoase la nivelul vertebrelor cervicale.

Deși un traumatism cervical poate determina, după ani de zile, apariția spondilozei cervicale, totuși formarea excrescențelor osoase este, de obicei, rezultatul procesului normal de îmbătrânire. În cursul acestui proces cartilajul de la nivelul articulațiilor cu rol în protecția osului se deteriorează și se uzează. Dacă acest proces de deteriorare distruge complet discurile intervertebrale fibrocartilaginoase, atunci veți fi în situația în care la nivelul articulațiilor vertebrale va apărea frecarea os pe os. Această frecare va determina distrucția capetelor osoase și aparița de dureri la nivelul articulațiilor cervicale.

Organismul dumneavoastră încearcă să repare această deteriorare prin dezvoltarea de excrescențe osoase pe fețele laterale ale vertebrelor, producând apariția ciocurilor osoase sau osteofitelor.

Acest proces are loc lent, iar mobilitatea zonei cervicale scade progresiv. Excrescențele osoase (osteofitele) pot comprima rădăcinile nervoase care se ramifică spre brațe și spate. Această compresie poate provoca durere sau apariția altor senzații în ariile respective. Dacă osteofitele comprimă și măduva spinării, pot fi afectați mușchii picioarelor, precum și controlul sfincterului vezical și anal.

Semnele și simptomele sunt similare celor determinate de herniarea discurilor intervertebrale, însă spondiloza cervicală este de obicei un proces mai puțin acut.

Diagnostic

Scăderea mobilității la nivel cervical (rigiditatea gâtului) este simptomul cheie și procesul poate să nu fie foarte dureros. Dacă simptomatologia se agravează, medicul vă va recomanda efectuarea unei radiografii cervicale, unei tomografii computerizate (CT) sau rezonanțe magnetice nucleare (RMN) de regiune cervicală, pentru a evalua gradul de afectare a rădăcinilor osoase și măduvei spinării datorită compresiei determinate de osteofite, și pentru a determina necesitatea unei intervenții chirurgicale.

Dacă există o presiune asupra măduvei spinării sau a rădăcinilor nervoase, medicul vă poate recomanda o mielografie (vezi pag. 610) pentru a obține informație diagnostică suplimentară.

Cât de gravă este spondiloza cervicală?

Semnele și simptomele spondilozei sunt deseori blânde și de multe ori nu necesită un tratament. Disconfortul pe care îl puteți avea poate fi persistent și de lungă durată sau poate apărea numai în anumite siuații ca de exemplu dormitul într-o poziție nepotrivită sau răsturnarea bruscă a capului. În anumite siuații, când se exercită o presiune asupra măduvei spinării sau rădăcinilor nervoase, spondiloza cervicală poate determina o afectare funcțională permanentă.

Tratament

În cazul spondilozei cervicale ușoare, medicul vă poate recomanda exerciții fizice, folosirea unui suport pentru regiunea cervicală sau terapie prin tracțiune (extensie). Extensia presupune folosirea unui dispozitiv de pus în jurul capului de care se atârnă greutăți de anumite dimensiuni și un sistem de tracțiune care să realizeze elongația coloanei, în ședințe de câte 15-30 de minute. Pentru cazurile mai severe este necesară spitalizarea.

Tratament medicamentos

Pentru înlăturarea durerii, medicul vă poate prescrie analgezice sau relaxante musculare.

Tratament chirurgical

Intervenția chirurgicală poate fi necesară pentru extirparea excrescențelor osoase și fuziunii vertebrale. Fuziunea a 2 sau mai multe vertebre determină înțepenirea regiunii respective a cefei sau spatelui. Acest lucru ajută la prevenirea mișcărilor dureroase sau a problemelor neurologice, asociate fenomenului de compresie a măduvei spinării sau a rădăcinilor nervoase, în cazul unei coloane vertebrale instabile.

Neuropatii periferice

Semne și simptome

- Senzații de furnicături la nivelul mâinilor sau picioarelor
- Parestezii ale acelorași zone
- Neliniște psihomotorie sau lipsă de coordonare a mișcărilor

- Slăbiciuni sau dureri de mîini și picioare

Sistemul nervos periferic este acea rețea de nervi necesară pentru inițierea tuturor mișcărilor corpului dumneavoastră (nervii motori) și pentru perceperea sensibilității tactile, termice, dureroase (nervii senzitivi). Această rețea ajunge în toate zonele corpului dumneavoastră și este conectată la sistemul nervos central la nivelul trunchiului cerebral și la nivelul diferitelor puncte de-a lungul măduvei spinării.

Sistemul nervos periferic permite comunicarea între creier și organe, vase sangvine, mușchi și piele. Comenzile creierului ajung la nivelul mușchilor prin intermediul nervilor motori, iar informația senzitivă este transmisă înapoi spre creier prin intermediul nervilor senzitivi.

Distrugerea unui nerv periferic poate întrerupe comunicarea între aria deservită de acel nerv și creier. Acest lucru poate deteriora abilitatea dumneavoastră de a controla mușchii respectivi sau de a percepe normal senzații, sau ambele, în regiunea afectată. De asemenea, deteriorarea nervului poate determina apariția senzației de furnicătură, arsură sau de durere în zona afectată.

Termenul de *neuropatie periferică* este folosit pentru a descrie deteriorarea suferită de nervii periferici. În cazul în care deteriorarea este minoră, puteți prezenta senzații de durere arzătoare, pe când o deteriorare severă poate produce un dezechilibru sau slăbiciune musculară. Poate fi distrus un singur nerv, ca în sindromul de tunel carpian, sau mai mulți nervi, ca în sindromul Guillain – Barre.

Cauzele ce determină neuropatiile periferice sunt numeroase. Unele dintre acestea sunt: leziunile traumatice, presiunea exercitată

Mielografia

Mielografia este un test diagnostic care furnizează imagini radiologice detaliate ale măduvei spinării, după injectarea unei substanțe de contrast în canalul vertebral. Ea poate fi utilă în vizualizarea unei compresii medulare sau nervoase.

Pentru efectuarea acestui test este nevoie, în general, de spitalizare. Înainte cu câteva ore de procedură nu mai aveți voie să beți sau să mâncați. Puteți primi un sedativ.

Procedura

În timpul efectuării testului, dumneavoastră veți fi culcat, cu fața în jos, pe o masă radiologică ce se poate înclina. Vi se va face o puncție lombară, ce este un procedeu prin care un ac fin este introdus în spațiul dintre 2 vertebre lombare și vi se va extrage o cantitate mică de lichid cefalorahidian.

Apoi, prin acul folosit la puncție, vi se va injecta lent o substanță de contrast. Vi se fac o serie de radiografii pentru a vizualiza configurația spațiului din jurul măduvei spinării și pentru a determina o eventuală deteriorare a lui, datorită existenței unui disc protruzionat, unei excrescențe vertebrale sau unei tumori. Echipa diagnostică poate observa, pe radiografie, substanța de contrast din aria medulară respectivă. Masa radiologică poate fi înclinată la diferite grade pentru a mișca substanța de contrast spre zona medulară suspectată.

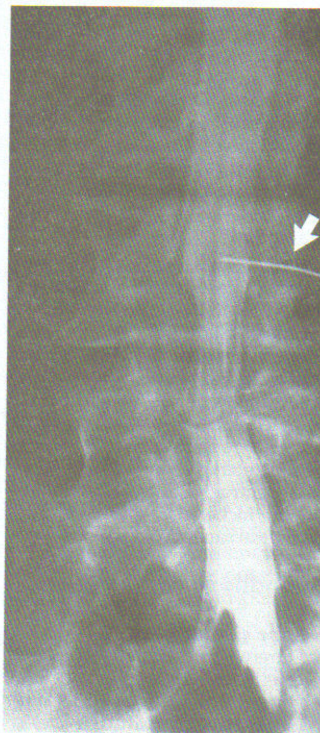
O dată ce substanța de contrast ajunge în această zonă, se fac radiografii sub diferite unghiuri, până când zona problematică poate fi observată clar. Poate fi făcută și o tomografie computerizată pentru a analiza mai amănunțit zona respectivă. Majoritatea substanțelor de contrast se absorb în circulația sangvină și se excretă prin urină. În general, ele nu trebuie îndepărtate după terminarea procedurii.

În timpul injectării substanței de contrast, puteți avea o senzație de tensiune sau greață, deși aceste efecte secundare ar trebui să fie minime datorită efectuării unor pregătiri înainte de procedură. Procedura durează, în general, 45-90 de minute. După procedură puteți prezenta cefalee datorită modificărilor de presiune ale lichidului cefalorahidian. Menținerea poziției culcat vă va ajuta să ameliorați aceste dureri, care sunt de scurtă durată, de obicei.

Riscuri și beneficii

Mielografia presupune și anumite riscuri. În anumite cazuri, de exemplu în caz de compresie medulară datorată unei tumori medulare sau herniierii unui disc intervertebral, aceasta poate fi agravată de modificările survenite în presiunea lichidului cefalorahidian. În această situație, este necesară o intervenție promptă. Complicațiile severe sunt însă rare.

Investigațiile noninvazive, de genul tomografiei computerizate native (fără substanță de contrast) sau rezonanței magnetice nucleare, furnizează imagini clare și sunt adesea folosite în diagnosticul general al afecțiunilor medulare. În multe cazuri, însă, mielografia combinată cu tomografia computerizată cu substanță de contrast continuă să fie preferată deoarece oferă o rezoluție mai bună. În plus, lichidul cefalorahidian obținut prin puncția lombară poate fi examinat pentru decelarea unei infecții, inflamații sau unui cancer.



În cursul mielografiei, o substanță de contrast este injectată printr-un ac (vezi săgeata) în spațiul din jurul măduvei spinării.

asupra unui nerv și deteriorarea nervoasă datorită unei boli autoimune de genul lupusului sau poliartritei reumatoide. Și anumite boli hepatice, renale sau tiroidiene pot determina deteriorarea nervilor periferici.

Microorganismele pot ataca direct nervii, rezultând o deteriorare nervoasă periferică. Aceasta poate fi cauzată și de substanțe toxice, inclusiv metale grele (Pb, Hg, As), de monoxidul de carbon, solvenți organici și chiar anumite medicamente, în special anticanceroasele.

Cele mai obișnuite cauze de neuropatie periferică sunt însă diabetul și alcoolismul asociat malnutriției și carenței de vitamine. În cazul diabetului, semnele și simptomele neuropatiei periferice apar doar după o evoluție îndelungată a bolii. Dacă, însă, diabetul este insuficient controlat, simptomele de neuropatie periferică pot apărea mult mai devreme.

În cazul celor cu alcoolism, dieta inadecvată, în special una deficientă în tiamină, poate contribui la apariția neuropatiei periferice. Anemia pernicioasă poate, de asemenea, apărea, determinând creșterea riscului de neuropatie periferică. Anemia pernicioasă apare atunci când organismul dumneavoastră prezintă carențe de vitamina B_{12}.

Semnele și simptomele neuropatiei periferice evoluează, de obicei, pe parcursul mai multor luni dar, în anumite situații, cum ar fi intoxicația cu arsenic, debutul poate fi brutal.

De obicei, inițial apare o senzație de parestezie la nivelul degetelor de la picioare sau al tălpii, ce iradiază în sus. Ocazional, poate debuta la nivelul mâinilor extinzându-se în brațe. Paralizia poate progresa în același fel. Puteți deveni sensibil la atingere și chiar o atingere ușoară poate fi dureroasă. În anumite cazuri de neuropatie periferică, slăbiciunea musculară poate apărea prima sau poate fi mai evidentă decât semnele și simptomele legate de sensibilitate.

Un tip obișnuit de neuropatie periferică numită „nevralgia parestezică" este caracterizată de senzații de arsură, paralizie și hiperestezie pe fața laterală a coapsei.

Diagnostic

Deoarece multe afecțiuni pot determina neuropatia periferică, o cauză exactă a acestei boli poate fi dificil sau imposibil de diagnosticat. Medicul vă va pune numeroase întrebări despre semnele și simptomele dumneavoastră, medicația pe care o luați, boli virale recente, consumul de alcool, posibilitatea expunerii la o substanță toxică, precum și dacă familia sau colegii de serviciu prezintă simptome similare.

Urmează o examinare fizică și neurologică. În funcție de răspunsurile date de dumneavoastră și de rezultatele examinării, vi se vor efectua diferite teste diagnostice. Acestea pot fi teste sangvine, urinare, radiografie toracică, teste metabolice, teste funcționale tiroidiene, electromiograma, puncție lombară sau, posibil, o biopsie nervoasă – în cursul căreia se prelevează o mostră de țesut nervos care ulterior se analizează la microscop.

Cât de gravă este neuropatia periferică?

Spre deosebire de nervii sistemului nervos central, cei ai sistemului nervos periferic se pot regenera în urma unor îngrijiri corecte. În anumite tulburări, deși se produce regenerarea nervoasă, semnele și simptomele pot reveni dacă nu este eliminată cauza.

Neuropatia diabetică poate afecta multe regiuni ale corpului dumneavoastră și poate determina numeroase complicații. De exemplu, dacă sunt deteriorați nervii asociați digestiei, stomacul dumneavoastră se va goli mai lent rezultând greață, vărsături și balonare sau puteți prezenta frecvent constipație sau diaree. Deteriorarea nervilor periferici de la nivelul feței poate crește riscul leziunior determinate de presiune, care alături de o proastă circulație a sângelui, pot duce la apariția ulcerațiilor pielii și chiar la gangrene.

Tratament

Tratamentul vizează cauza neuropatiei periferice. Acest lucru poate însemna controlul mai bun al cauzelor subiacente, de exemplu – efectuarea regulată de injecții cu vitamina B12 pentru anemia pernicioasă, menținerea unui nivel adecvat al glicemiei dacă aveți diabet sau evitarea consumului de alcool.

Kinetoterapia vă va ajuta să vă mențineți forța musculară și să evitați apariția crampelor și spasmelor musculare. De asemenea, dispozitivele mecanice pot fi utile pentru mobilitate.

Tratament medicamentos

Medicamentele pot ameliora simptomele dureroase, dar majoritatea generează efecte adverse, în special dacă sunt luate pe perioade lungi de timp. Dacă luați medicație analgezică în mod regulat, inclusiv medicamente ce se eliberează fără prescripție medicală, discutați cu medicul despre beneficiile și efectele adverse ale acestui tratament. Medicamentele ce pot ameliora durerea neuropată includ:

- *Analgezicele*: medicamente eliberate fără rețetă de tipul paracetamolului (Tylenol, Efferalgan etc.), aspirinei și ibuprofenului (Advil, Motrin, Nurofen). Sunt eficiente, în general, în cazul simptomelor ușoare. Pentru simptome mai severe, medicul vă poate prescrie antiinflamatoare nesteroidiene (AINS). Dacă luați aspirină sau alte AINS-uri pentru lungi perioade de timp sau în doze mari, puteți prezenta greață, dureri gastrice sau sângerări, ulcer și probleme renale. Riscul de a prezenta aceste efecte adverse crește cu vârsta, în special dacă sunteți femeie.
- *Antidepresive triciclice*. Medicamente antidepresive, de tipul amitriptilinei (Elavil), nortriptilinei (Aventyl, Pamelor), desipramine (Norpramin) și imipramină (Tofranil), pot ameliora dureri ușoare până la moderate, datorită efectului lor asupra proceselor chimice cerebrale care vă fac pe dumneavoastră să simțiți durerea.
  Efectele adverse obișnuite ale acestor medicamente sunt: amețeli, uscarea gurii, greață, astenie sau slăbiciune, constipație și creștere în greutate. Pentru a evita apariția acestor simptome, medicul va iniția tratamentul cu doze mici pe care le va crește progresiv.
- *Anticonvulsivante*. Medicamentele folosite pentru controlul crizelor epileptice de tipul gabapentinului (Neurontin), carbamazepinei (Carbatrol, Finlepsin,

Tegretol), fenitoinei (Dilantin, Phenhydan), împreună cu noile medicamente antiepileptice, sunt adesea prescrise pentru tratarea durerilor acute, arzătoare. Efectele adverse ale acestor medicamente pot fi ameţeală şi confuzie.

- *Alte medicamente.* Mexiletina (Mexitil), un medicament folosit în tratamentul aritmiilor cardiace, poate fi uneori de folos în tratamentul durerilor acute. Efectele adverse ale acestor medicamente variază de la ameţeală şi senzaţia de plutire, la greaţă, vomă, tremor al mâinilor şi dificultăţi de mers. Unguentul topic capsaicin (Capzasin, Zostrix) poate ameliora durerile neuropate periferice care apar în diabet. Deşi instalarea efectelor terapeutice în cazul administrării de capsaicin poate dura 1-2 săptămâni, acesta are puţine efecte adverse, printre care uşoară senzaţie de furnicătură, arsură sau iritaţie a pielii la locul de aplicare a cremei.

Sindromul Guillain-Barre

Semne şi simptome

- Paralizii şi parestezii ce încep de la nivelul degetelor de la mână sau de la picior
- Slăbiciune musculară

Semne şi simptome de urgenţă

- Paralizie şi parestezie generalizată
- Dificultăţi de respiraţie

Sindromul Guillain-Barre este o colecţie de semne şi simptome determinate de o inflamaţie şi deteriorare a tecii protectoare de mielină ce înconjoară nervii periferici, acei nervi situaţi în afara creierului şi măduvei spinării. Sindromul debutează brusc şi constă în deteriorarea severă a tuturor sau aproape a tuturor nervilor periferici.

Cauzele sindromului sunt necunoscute, dar se suspectează o etiologie imună. Cercetările efectuate au arătat că celulele sistemului imun pot ataca teaca de mielină, împiedicându-i să transmită impulsuri electrice muşchilor. Dacă muşchii nu mai primesc comenzi nervoase, rezultă paralizii sau slăbiciuni musculare. Creierul, la rândul lui, primeşte mai puţine informaţii senzoriale ducând la incapacitatea de a mai simţi senzaţii de cald, rece, durere sau alte senzaţii.

În 2/3 din cazuri, sindromul apare după o boală infecţioasă, de tipul gripei, răcelii, infecţiei cu virus Epstein-Barr sau unui sindrom gastrointestinal determinat de bacilul *Campylobacter jejuni.* Sindromul Guillain-Barre poate fi precedat, de asemenea, de boala Hodgkin sau de o procedură medicală, 5-10% din cazuri apar după o intervenţie chirurgicală.

Pentru o scurtă perioadă de timp, s-a crezut că un vaccin ar putea fi cauza sindromului. Primele suspiciuni au apărut când, după un program de vaccinare antigripală din 1976-1977, au fost rapotate mai multe cazuri de sindrom Guillain- Barre. Studiile ulterioare au arătat însă că numărul de cazuri de sindrom Guillain-Barre nu era mai mare ca cel care ar fi apărut în lipsa vaccinării. În concluzie, persoanele ce fac vaccin antigripal nu prezintă un risc mai mare decât ceilalţi pentru a dezvolta acest sindrom.

Semnele şi simptomele pot apărea la 1-4 săptămâni după o intervenţie chirurgicală. Apare o senzaţie de slăbiciune care, în mod obişnuit, se extinde de la nivelul picioarelor, la braţe şi faţă. În anumite situaţii, această slăbiciune poate fi suficient de severă pentru a produce paralizii, cu posibilă afectare a musculaturii respiratorii. Muşchii răspunzători

MEDICINĂ COMPLEMENTARĂ

Există o serie de tehnici şi tratamente nonmedicamentoase de combatere a durerii asociate neuropatiei periferice. Aceste terapii se fac, de obicei, în asociere cu cele medicamentoase, dar unele dintre ele pot fi efectuate şi singure.

Terapiile complementare folosite în tratamentul neuropatiilor periferice sunt:

- Biofeedback-ul
- Acupunctura
- Hipnoza
- Tehnicile de relaxare musculară.

Pentru informaţii referitoare la aceste tehnici, vezi cap. 42 „Metode de control al durerii" şi cap. 43 „Medicina complementară şi alternativă".



de mişcările globilor oculari, feţei, cei implicaţi în vorbire, masticaţie şi înghiţire pot deveni slabi sau pot paraliza.

Sindromul, ce are în SUA şi Canada o rată de apariţie de 3 500 cazuri pe an, poate apărea la orice vârstă.

Diagnostic

Diagnosticul de sindrom Guillain-Barre se bazează, în general, pe simptomatologie, examen fizic şi testele diagnostice-inclusiv examenul lichidului cefalorahidian, obţinut printr-o puncţie medulară (vezi pag. 578).

Cât de grav este sindromul Guillain-Barre?

În formele cele mai severe, sindromul Guillain-Barre este o urgenţă medicală ce necesită spitalizare. Unii bolnavi pot avea nevoie, cândva pe parcursul bolii, de ventilaţie mecanică. 50-90% din persoanele afectate se refac complet după o perioadă de luni de zile. Dacă sunteţi sever afectat, probabil veţi avea nevoie de o recuperare pe termen lung, pentru a vă recăpăta autonomia. În aproximativ 15-20% din cazuri, pot rămâne anumite sechele permanente. Rata mortalităţii este de 5% sau mai puţin.

Tratament

Tratamentul sindromului Guillain-Barre este, în general, suportiv. În primele câteva săptămâni ale atacului acut se poate efectua o procedură medicală numită plasamfereză- prin care se vor extrage plasmă şi anticorpii responsabili de distrucţia mielinei. Perfuzia intravenoasă de imunoglobuline, conţinând anticorpi sănătoşi proveniţi de la donori, poate fi eficientă, în special dacă este făcută precoce. Aceste tratamente vă cresc şansele pentru o recuperare completă.

De îndată ce boala este stabilizată, se iniţiază terapia de recuperare. Hidroterapia cu bule de aer poate fi folosită pentru combaterea durerii şi reluarea mişcărilor. Tehnicile de terapie fizică ce includ exerciţiile pasive pot fi efectuate fără riscuri, în timpul fazei acute a bolii. După ameliorarea simptomatologiei, echipa de recuperare medicală vă poate recomanda exerciţii de rutină care să vă ajute să vă redobândiţi forţa musculară şi autonomia. În anumite cazuri, poate fi necesară antrenarea cu dispozitivele de susţinere, de genul căruciorului sau corsajului.

Boala Charcot-Marie-Tooth

Semne şi simptome

- Slăbiciune la nivelul picioarelor şi, într-o măsură mai mică, la nivelul braţelor
- Absenţa reflexului tendinos profund
- Deformări ale piciorului

Boala Charcot-Marie-Tooth este un termen mai larg pentru un grup de boli ereditare determinate de degenerarea fibrelor nervoase periferice sau degenerarea tecii de mielină, învelişul protector al acestor fibre. Boala a luat numele a 3 medici care au descris-o simultan, acum mai mult de un secol- Jean Martin Charcot şi Pierre Marie din Franţa, şi Howard Henry Tooth.

Boala afectează cel mai adesea picioarele şi mâinile, existând slăbiciune musculară şi diminuarea volumului muscular. În anumite cazuri, poate apărea o uşoară pierdere a sensibilităţii. Semnele iniţiale cuprind anomalii ale picioarelor cum ar fi boltă plantară exagerat de înaltă sau degete de la picioare flectate. Pot exista dificultăţi de ridicare a piciorului.

Semnele şi simptomele devin evidente în perioada cuprinsă între mijlocul copilăriei şi vârsta de 30 de ani, rareori putând apărea mai târziu. Simptomatologia are tendinţa să evolueze lent şi uneori se poate stabiliza spontan. Boala afectează 100 000 – 125 000 de oameni în SUA.

Diagnostic

În general, pentru punerea diagnosticului sunt necesare un examen fizic şi neurologic, o electromiogramă şi, rareori, o biopsie de nerv de la nivelul gambei. Astăzi, pot fi făcute şi teste genetice pentru diagnosticarea mai uşoară a unora dintre aceste neuropatii.

Cât de gravă este boala Charcot-Marie-Tooth?

Boala nu este ameninţătoare de viaţă. Severitatea simptomatologiei variază de la caz la caz, însă anomaliile piciorului şi dificultăţile de mers sunt cele mai importante probleme. Doar rareori afectarea este aşa marcată încât să necesite folosirea unui scaun cu rotile. Majoritatea persoanelor cu această boală pot duce o viaţă activă.

Tratament

Poate fi nevoie de un dispozitiv de suport pentru picior, o intervenţie chirurgicală ortopedică sau folosirea unor pantofi corectori pentru îmbunătăţirea mersului. Tratamentele de viitor vor putea probabil consta în terapie de modificare genetică.

Siringomielia

Semne şi simptome

- Pierderea treptată a sensibilităţii la nivelul cefei, umerilor şi părţii superioare a braţelor
- Slăbiciune la nivelul braţelor şi al picioarelor

În siringomielie, la nivelul măduvei spinării, în special la nivelul regiunii cervicale, se formează o cavitate plină cu lichid. Această cavitate se poate extinde treptat de-a lungul măduvei spinării. Compresia determinată de această cavitate poate deteriora măduva spinării determinând apariţia unei serii de semne şi simptome. Iniţial, poate apărea o diminuare a sensibilităţii termice pentru cald şi cea tactilă. Apoi, poate urma distrucţia musculară.

Siringomielia poate fi urmarea traumatismelor medulare, a unor tumori sau a unui defect congenital ce determină declanşarea bolii în adolescenţă sau tinereţe.

Diagnostic

Examenul neurologic poate arăta pierderea sensibilităţii sau a mişcărilor. Testele prin care se pot stabili localizarea şi extinderea cavităţii sunt tomografia computerizată (CT), mielografia (vezi pag. 610) sau rezonanţa magnetică nucleară (RMN).

Cât de gravă este siringomielia?

Deseori, evoluţia simptomatologiei este lentă, dar dacă rămâne netratată, pot apărea deteriorări funcţionale importante.

Tratament

Intervenţia chirurgicală pentru drenarea cavităţii şi decomprimarea măduvei poate, deseori, opri evoluţia bolii. Aproximativ 50% dintre cei cu siringomielie se ameliorează semnificatuv după operaţie.

Mielomeningocelul

Semne şi simptome

- Existenţa unei pungi, la nivelul spatelui unui nou născut, ce protruzionează dinspre măduva spinării
- Slăbiciune a membrelor inferioare

Mielomeningocelul (spina bifida deschisă) este un defect congenital ce lasă canalul vertebral al copilului deschis, corespunzător mai multor vertebre de la nivel toracic sau lombar. Mielomeningocelul este o formă severă de spina bifida, situaţie în care tubul neural – structura embrionară ce se transformă ulterior în măduva spinării- prezintă defecte de dezvoltare sau nu se închide corect.

În mielomeningocel, măduva spinării şi meningele protruzionează de la naştere, datorită existenţei deschizăturii, formând o pungă la nivelul spatelui nou-născutului. În anumite cazuri, punga este acoperită de piele, în alte cazuri ţesuturile şi nervii sunt expuşi direct, făcând nou-născutul vulnerabil la infecţii ameninţătoare de viaţă. Apare frecvent pareză sau plegie.

Cauza acestei boli este necunoscută, dar factorii de risc sunt reprezentaţi de un defect de tub neural la o sarcină anterioară, lipsa acidului folic în timpul sarcinii, anumite medicamente antiepileptice şi diabetul zaharat.

Diagnostic

Boala este prezentă de la naştere. În unele cazuri se justifică testarea prenatală pentru spina bifida.

Cât de grav este mielomeningocelul?

Majoritatea bebeluşilor supravieţuiesc, deşi pot prezenta probleme fizice şi neurologice, inclusiv incontinenţă urinară, pareză sau paralizia picioarelor. 70 - 90% dintre bebeluşii născuţi cu mielomeningocel prezintă şi hidrocefalie.

Copiii cu mielomeningocel asociat cu hidrocefalie pot prezenta dificultăţi de învăţare. Mielomeningocelul se asociază adesea cu alte malformaţii congenitale: siringomielie, deformarea piciorului sau luxaţie congenitală de şold. În cazul în care punga respectivă este perforată, apare riscul de meningită- astfel încât acest defect de tub neural trebuie tratat chirurgical cu promptitudine.

Tratament

Mielomeningocelul necesită, de obicei, intervenţie chirurgicală imediat după naştere (la ore, zile). Intervenţia chirurgicală precoce poate scădea mult riscul de infecţie ce apare datorită expunerii nervilor. Ea ajută, de asemenea, la protejarea măduvei spinării de alte traume.

În timpul intervenţiei, un neurochirurg reintroduce în corp porţiunea de măduvă spinării şi de ţesut expus, şi le acoperă cu musculatură şi cu piele. Uneori, în timpul operaţiei se implantează un şunt ventriculo-peritoneal – un tub ce permite lichidului din creier să se scurgă în abdomen. Uneori, implantarea şuntului nu este necesară decât după săptămâni sau luni de zile.

În timpul bolii apar, de obicei, probleme de incontinenţă urinară şi pentru fecale, precum şi paralizii. Tratamentul pentru aceste probleme începe precoce după naştere.

În cazul paraliziei parţiale se pot recomanda exerciţii speciale ce pun în mişcare picioarele bebeluşului. Ele ajută la pregătirea copilului pentru mers, ce va fi posibil mai târziu prin folosirea dispozitivelor de susţinere.

Mulţi bebeluşi cu mielomeningocel au măduva spinării mai puţin capabilă să crească normal în lungime o dată cu creşterea lor. Această frână progresivă poate determina pierderea funcţionalităţii muşchilor picioarelor, pierderea controlului sfincterian micţional şi al defecaţiei. Chirurgia măduvei spinării poate permite copilului să obţină un nivel normal de funcţionare.

Nevralgiile

Semne şi simptome

- Atacuri dureroase extrem de puternice, asemănătoare unor pumnale sau dureri arzătoare, continue

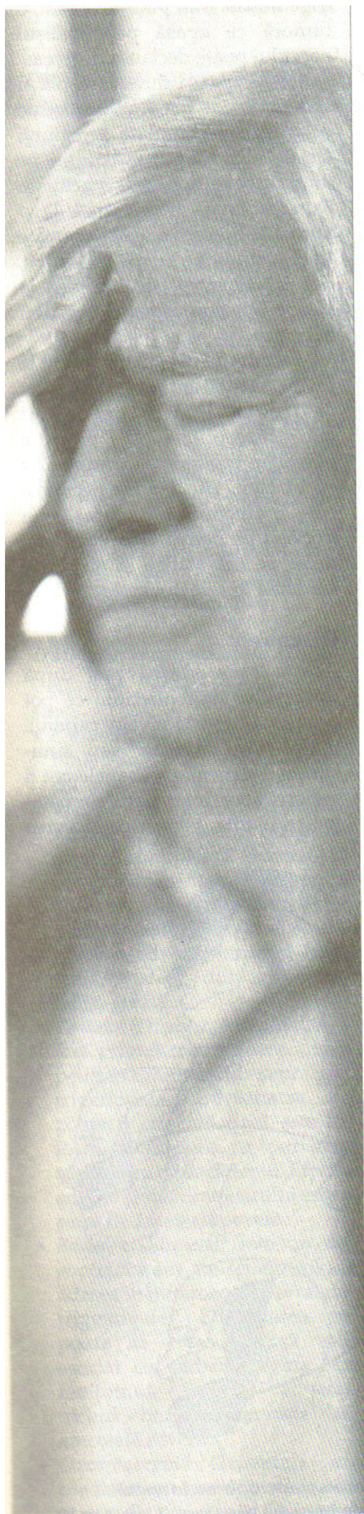
Nevralgiile sunt atacuri severe, dureroase, localizate de-a lungul unuia dintre nervii dumneavoastră. Ele pot fi cauzate de traumatismul sau iritaţia nervului însă, de cele mai multe ori, cauza rămâne necunoscută.

Durerea poate avea o componentă de fundal ca o senzaţie de arsură peste care se poate suprapune o senzaţie de durere ascuţită ca şi cum porţiunea respectivă ar fi străpunsă de cuţite. Durerea apare în atacuri episodice ce pot dura de la secunde la minute, episoadele putându-se repeta pe o perioadă de zile sau săptămâni.

În timpul fazei acute a bolii, puteţi avea o hipersensibilitate la atingere sau la cea mai mică senzaţie dureroasă. Puteţi simţi chiar că până şi senzaţiile normale dinainte pot fi resimţite ca dureroase.

Anumite nevralgii pot apărea ca rezultat al virusului herpetic zosterian. Acesta produce nevralgia postherpetică sau infecţia cu herpes simplex. Nevralgia postherpetică poate determina afectare funcţională. Ea prezintă, în mod tipic, o durere arzătoare constantă care este mai puternică decât scurta componentă ascuţită, sfredelitoare. Atingerea sau mişcarea- chiar un strănut- poate provoca un nou atac dureros. Durerea nervoasă poate dura sptămâni, luni şi uneori ani după ce toate celelalte semne de infecţie herpetică au dispărut.

Nevralgia de trigemen, cea mai frecventă dintre toate nevralgiile, este caracterizată de dureri severe, ascuţite, asemănătoare şocurilor electrice, localizate la nivelul unei jumătăţi de faţă. Durerea este declanşată frecvent de vorbit, mestecat sau spălatul pe dinţi (vezi pag. 616). O formă de nevralgie, numită nevralgia glosofaringiană, este caracterizată de atacuri recurente de dureri severe, localizate la nivelul peretelui posterior nfaringian, amigdalian, la nivelul urechii medii şi bazei limbii. Atacurile pot fi precipitate



de mişcări de tipul vorbitului sau înghiţitului, durerea putând fi intensă. Nevralgia occipitală determină durere la nivelul bazei craniului care de multe ori ţâşneşte spre scalp dinspre zona din spatele urechii. Nevralgia intercostală este localizată în spaţiul dintre două coaste.

Nevralgiile încep, de obicei, după vâsta de 40 de ani, fiind mai frecvente la vârstnici.

Diagnostic

Diagnosticul se bazează, de obicei, pe semnele şi simptomele de boală şi pe excluderea altor afecţiuni ce pot avea o simptomatologie similară.

Cât de gravă este nevralgia?

Deşi durerea poate fi foarte puternică, astfel încât să interfere cu funcţionarea dumneavoastră obişnuită, afecţiunea nu este ameninţătoare de viaţă. Atacurile pot apărea şi înceta în mod variabil, dar perioadele nedureroase dintre atacuri se pot scurta o dată cu înaintarea în vârstă.

Tratament

Primul pas terapeutic este reprezentat de folosirea medicamentelor ce pot ameliora simptomatologia. Tipul medicamentelor prescrise de medicul dumneavoastră depinde de tipul de nevralgie pe care îl prezentaţi şi de severitatea simptomatologiei. Dacă medicamentele nu sunt eficiente, se poate trece la efectuarea altor proceduri, inclusiv chirurgicale.

Tratament medicamentos

Medicamentele ce pot ameliora durerea din nevralgii sunt:

- *Analgezicele* de tipul paracetamolului (Tylenol, Eferalgan), antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS) ca aspirina şi ibuprofenul (Advil, Motrin etc.), ce se pot elibera fără reţetă, pot ameliora simptomatologia. În cazul în care simptomele sunt mai severe, medicul vă poate prescrie un AINS.
  Dacă luaţi AINS pe lungi perioade de timp sau în doze mari, puteţi avea reacţii adverse (greaţă, dureri sau sângerări gastrice şi ulcer). Doze mari de AINS pot, de asemenea, produce probleme renale şi insuficienţă cardiacă. Riscurile de a prezenta aceste reacţii adverse cresc o dată cu vârsta.
- *Analgezice şi anestezice topice.* Aspirina conţinută într-o cremă ce se absoarbe prin piele sau o cremă cu lidocaină, pe care le puteţi cumpăra fără prescripţie medicală, vă pot ameliora hipersensibilitatea cutanată.
- *Capsaicin.* Această cremă pe care o puteţi cumpăra fără prescripţie, obţinută din seminţele de ardei iute, poate ameliora hipersensibilitatea cutanată. Capsaicin (Capzasin, Zostrix) acţionează prin extragerea unei anumite substanţe chimice, numită substanţa P, din neuronii dumneavoastră, substanţă care este implicată în transmiterea senzaţiei dureroase spre creier. Masaţi periodic- de 3 ori pe zi- zona dureroasă cu această cremă.
- *Plasturi cutanaţi cu lidocaină* sunt nişte plasturi mici, de forma unor bandaje, ce conţin anestezicul local lidocaină. Aceşti plasturi, ce se eliberează cu reţetă, se aplică direct pe zona dureroasă, efectul durând 4 - 12 ore.
- *Antidepresive.* Antidepresivele triciclice de tipul amitriptilinei (Elavil) şi nortriptilinei (Aventil, Pamelor) pot ameliora simptomele uşoare până la moderate, prin efectul asupra proceselor chimice cerebrale responsabile de apariţia senzaţiei dureroase. Ele nu înlătură complet durerea, dar o fac mai uşor de suportat. Alte antidepresive folosite sunt: venlafaxine (Effexor), bupropion (Wellburtrin), sertralină (Zoloft) şi fluoxetină (Prozac). Efectele adverse ale acestor medicamente sunt ameţeală, uscăciunea gurii, greaţa, astenia, constipaţia şi creşterea în greutate. Pentru a reduce aceste efecte, medicul va iniţia tratamentul cu doze mici pe care le va creşte progresiv.
- *Anticonvulsivante.* Medicamentele pentru controlul crizelor convulsive de genul gabapentin (Neurontin), carbamazepină (Carbatrol, Tegretol, Finlepsin) şi fenitoin (Dilantin) sunt adesea prescrise pentru durerea acută, ascuţită, din nevralgii. Efectele adverse includ ameţeli şi confuzie.

- *Blocanți ai nervilor*. Medicii pot prescrie medicamente ce au ca efect blocarea nervilor afectați. În zona afectată poate fi injectat un anestezic local pentru ameliorarea temporară a durerii. Un tratament cu efect pe termen lung ar putea implica blocarea nervilor cu medicamente orale numite neurolitice. Aceste medicamente distrug țesutul nervos într-o arie limitată, calmând astfel durerea.
- *Alte medicamente*. Mexiletine (Mexitil), un medicament folosit în mod obișnuit la tratarea aritmiilor cardiace, ajută uneori la calmarea durerilor. Efectele adverse variază de la amețeli, senzație de plutire, la greață, vomă, tremor al mâininlor și dificultăți de mers.

Alte proceduri

Fizioterapia poate ameliora anumite nevralgii, prin folosirea tehnicilor de desensibilizare. Următoarele proceduri sunt folosite uneori în cazul nevralgiei postherpetice.

- *Stimularea nervoasă electrică transcutanată (TENS)* implică implantarea electrozilor în aria dureroasă. Aceștia sunt atașați la un mic stimulator portabil. Stimulatorul generează mici impulsuri electrice nedureroase care se transmit de la electrozi spre căile nervoase din vecinătate. Pentru controlul senzației dureroase, dumneavoastră închideți și deschideți aparatul de stimulare folosind un dispozitiv de comandă. Modul în care aceste impulsuri electrice ameliorează durerea nu este exact cunoscut. O teorie susține că impulsul stimulează producerea de endorfine, ce sunt substanțe naturale cu efect analgezic.
- *Chirurgia nervoasă*. Ultima soluție poate fi intervenția chirurgicală numită „distrugerea zonei de intrare a rădăcinii dorsale" (DREZ). Prin această intervenție se distruge zona în care nervii periferici afectați intră în sistemul nervos central. Acest lucru împiedică nervii să mai transmită mesaje dureroase neadecvate spre creier. Operația chirurgicală este riscantă deoarece implică deconectarea câtorva vertebre.

Nevralgia de trigemen

Semne și simptome

- Scurte flash-uri de durere fulgerătoare la nivelul buzelor, gingiilor, obrajilor, bărbiei sau, rareori, frunții

Nevralgia de trigemen numită și „tic dureros" constă în dureri recurente pe o parte a feței. Durerea, ce rezultă prin afectarea uneia sau mai multor ramuri din cele 3 ale nervului trigemen, poate fi descrisă ca o senzație de tăietură dureroasă, ce apare într-o regiune a feței. Un atac poate dura de la secunde la minute. Intensitatea poate determina contractură musculară, de unde și denumirea de tic dureros. Episoadele se pot repeta pe o perioadă de zile, săptămâni sau luni.

Durerea asociată nevralgiei trigeminale este determinată de o disfucție a nervului trigemen, cel care trimite percepțiile senzoriale de la nivelul feței la creier. Cu toate acestea, nu se cunoaște cu exactitate cauza tulburării.

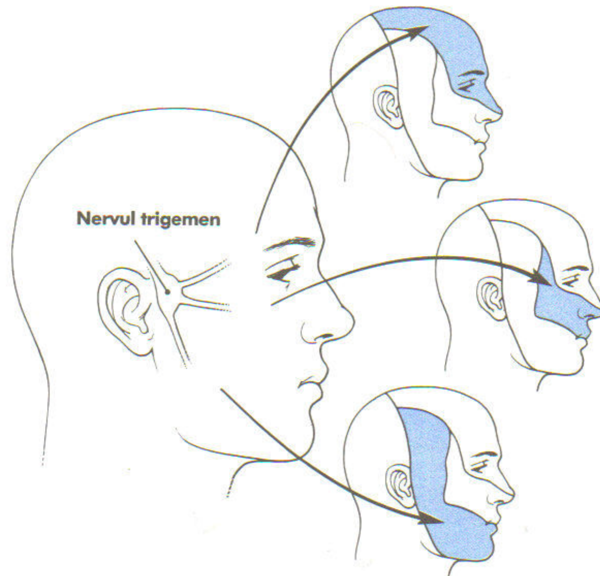
În multe cazuri, comprimarea sau răsucirea unei părți a nervului trigemen de către un vas de sânge a fost asociată cu nevralgia trigeminală. Mai puțin frecvent, o tumoră ce apasă pe învelișul nervului poate declanșa durerea.

Aceste atacuri dureroase pot fi spontane, dar pot fi și provocate de o ușoară stimulare a regiunii faciale, din timpul spălatului pe dinți, bărbieritului sau machierii. Durerea poate fi restrânsă la o mică arie limitată a feței sau poate iradia rapid, într-o arie mai mare, dar, întotdeauna, se limitează la zonele corespunzătoare nervului trigemen.

Afecțiunea apare mai frecvent la cei de peste 50 ani și frecvent la cei de 70 de ani. Femeile sunt de 3 ori mai susceptibile să prezinte nevralgie trigeminală comparativ cu bărbații. Din motive necunoscute, afecțiunea apare mai frecvent pe partea dreaptă a feței decât pe cea stângă și nu apare simultan în cele două părți.

Diagnostic

Acesta este adesea pus după excluderea altor afecțiuni ce pot produce durere la nivelul capului, maxilarului, dinților sau sinusurilor. Frecvent, persoanele pot fi supuse unor intervenții stomatologice inutile, pentru combaterea



Dacă aveți nevralgie trigeminală, durerea poate apărea în zonele deservite de una din cele trei ramuri ale nervului trigemen (perechea V).

durerii, înainte de punerea diagnosticului.

Cât de gravă este nevralgia trigeminală?

Deşi durerea poate determina incapacitate funcţională, bola nu este ameninţătoare de viaţă. Atacurile vin şi pleacă aleator, perioadele de remisiune se pot scurta cu trecerea anilor. Afecţiunea poate fi tratată eficient prin folosirea medicamentelor sau a altor tehnici terapeutice.

Tratament

Principalele opţiuni terapeutice pentru cei ce prezintă nevralgie trigeminală includ: terapia medicamentoasă pentru controlul durerii şi procedurile ce interferă cu funcţionarea nervului sau care înlătură presiunea exercitată asupra nervului trigemen.

Tratament medicamentos

Cele mai folosite medicamente sunt:

- *Carbamezepina* (Carbatrol, Tegretol, Finlepsin) este medicamentul cel mai folosit în cazul nevralgiei de trigemen. În stadiile timpurii ale bolii, carbamazepina controlează durerea în cea mai mare parte a timpului (70-80%). În timp, eficacitatea medicamentului tinde să scadă. Efectele adverse cuprind ameţeală, vedere dublă, somnolenţă, greaţă.
- *Fenitoin* (Dilantin, Phenhydan) a fost primul medicament folosit pentru tratamentul nevralgiei trigeminale. Eficacitatea sa poate fi crescută dacă este folosit în asociere cu carbamazepina sau cu baclofenul. Efectul advers al medicamentului este o stare de ameţeală severă.
- *Baclofen* (Lioresal) este un decontracturant muscular folosit adesea în tratamentul nevralgiei trigeminale. Eficacitatea sa poate să crească dacă este asociat cu carbamazepina sau fenitoinul. Efectele adverse includ confuzie, depresie sau ameţeală severă.
- *Oxcarbazepină* (Trileptal), un medicament anticonvulsivant, poate fi util în tratamentul nevralgiei trigeminale. Efectele adverse sunt ameţeală şi vedere dublă.



Proceduri percutanate

Aceste proceduri îşi propun fie să interfere cu funcţionarea nervului respectiv, fie să anastezieze aria dureroasă. Injecţii subcutanate cu alcool la nivelul zonei dureroase a feţei pot ameliora temporar simptomatologia prin anestezierea ariei dureroase pentru perioade de zile sau luni. Deseori, este necesară repetarea injecţiilor.

Alte proceduri mai invazive, dar cu efectele cele mai îndelungate, se concentrează pe distrugerea rădăcinii nervoase (ganglionului) pentru a elimina senzaţia de durere. În fiecare din aceste proceduri, se inseră un ac cu canal central la nivelul feţei, într-una din deschizăturile craniene. Vârful acului este poziţionat lângă ganglion. Acul este folosit ca un mijloc de distrugere al nervului.

- *Compresia percutană cu balonaş a nervului trigemen.* Pentru scăderea sau eliminarea durerii se exercită presiune asupra rădăcinii nervului trigemen. Un balon de la capătul unui catater este umflat cu o presiune suficientă pentru a distruge nervul, rezultând blocarea semnalelor dureroase. Tratamentul este eficient în aproximativ 80-90% din cazuri.
- *Rizotomia percutană cu glicerol.* În această procedură, o substanţă numită glicerol este injectată printr-un ac pentru a distruge nervul trigemen şi a bloca semnalele dureroase. Iniţial, procedura este eficientă în 80-90% din cazuri, însă durerea recidivează în aproximativ 60% din cazuri şi la fel de mulţi prezintă afectări uşoare de tipul anesteziei faciale sau furnicăturilor în această zonă.
- *Rizotomie percutană stereotactică prin încălzire la înaltă frecvenţă.* Un electrod este introdus printr-un ac şi împins până ajunge la nivelul rădăcinii nervoase. Electrodul este apoi străbătut de curent electric determinând o leziune a fibrelor nervoase

pentru blocarea senzației dureroase. Procedeul este eficient în aproximativ 80-90% din cazuri. Un efect secundar frecvent al procedurii este o anestezie facială ușoară spre severă.

Tratament chirurgical

Există și proceduri chirurgicale pentru controlul durerii prin manipularea nervilor, dar adesea aceste tehnici prezintă mari riscuri.

- *Decompresia microvasculară.* Această procedură neurochirurgicală încearcă să extragă sau să repoziționeze vasele sangvine ce pot comprima nervul trigemen. Deși această procedură are cea mai mare rată de succes, ea presupune și riscuri: scăderea semnificativă a auzului, slăbiciune facială și, în cazuri rare, accident vascular cerebral sau chiar deces.
- *Chirurgia cu radiații gamma.* Aceasta este o procedură neinvazivă prin care se debitează o doză ridicată de radiații către rădăcina nervului trigemen, în scopul distrugerii terminațiilor nervoase și înlăturarea durerii. Deoarece acest procedeu este relativ nou, nu se cunosc încă efectele lui pe termen lung. ■

CAPITOLUL 23 PARTEA a V-a

Ochii

Ochii reprezintă o mică parte a corpului, dar joacă un rol important în viaţa dumneavoastră. Ei sunt nişte instrumente excepţionale şi unice, capabile să recepţioneze într-o clipă milioane de informaţii fără legătură între ele despre lumea care vă înconjoară. Cu ajutorul ochilor percepeţi forma, culoarea şi mişcarea obiectelor din jurul dumneavoastră.

Ochiul este frecvent comparat cu un aparat foto şi chiar sunt unele asemănări. Precum aparatul fotografic, ochiul lasă lumina să intre printr-o mică deschizătură. O lentilă reglabilă focalizează lumina pe un strat de celule fotosensibile aflate pe suprafaţa posterioară a ochiului, comparabile cu filmul sensibil la lumină dintr-un aparat fotografic.

Oricum, această comparaţie nu face dreptate ochilor dumneavoastră. Ei sunt cu mult mai complecşi şi mai sofisticaţi decât orice tehnologie dezvoltată până în prezent. De mii de ori într-o zi, ochii se mişcă şi focalizează pe imagini apropiate şi depărtate, alegând obiecte în scopul de a le inspecta şi interpreta dintr-un vast câmp aflat la dispoziţie.

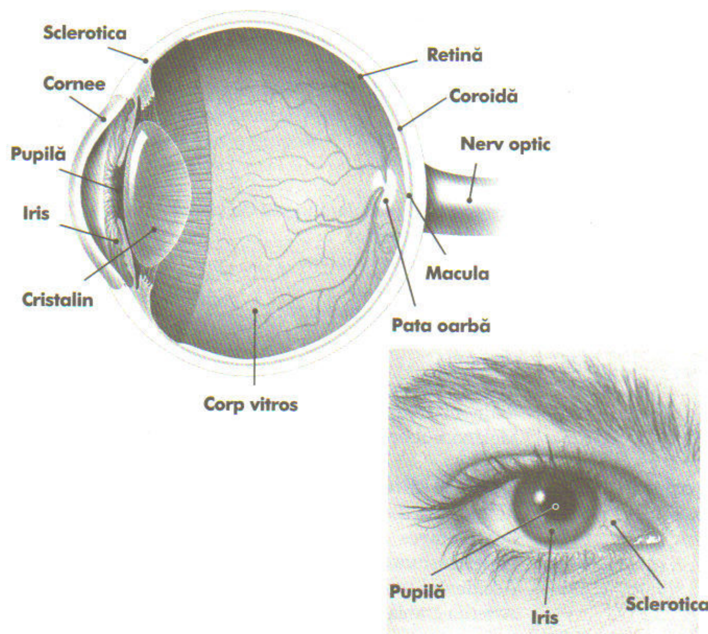
Structurile ochiului

Ochiul este compus din multe structuri intricate, fiecare jucând un rol esenţial în funcţionarea lui normală.

Orbita

Ochii dumneavoastră sunt aşezaţi în lăcaşuri formate dintr-o structură osoasă protectoare numită orbită. Aceasta include porţiuni din oasele obrazului, frunţii, tâmplei şi nasului. Spre deosebire de multe alte oase din corpul dumneavoastră, aceste protecţii ale ochiului, de obicei nu slăbesc cu vârsta. Mici depozite de grăsime îmbracă ochiul pe interiorul orbitei.

Pleoapele superioare şi inferioare ajută la protejarea suprafeţei anterioare a globului ocular, blocând praful şi lumina puternică ce vă pot leza ochii. De asemenea, pleoapele vă lubrifiază ochiul în timpul fiecărei clipiri. Clipirea spală de praf, polen şi alte corpuri străine. Lubrifiantul, cunoscut nouă ca lacrimi, provine din glandele lacrimale aflate deasupra fiecărui ochi. Lacrimile se scurg din fiecare ochi în nasul dumneavoastră printr-o mică deschizătură aflată aproape de unirea pleoapelor cu nasul. Prin acest orificiu, lacrimile sunt direcţionate către nas prin canalele nazolacrimale.



Ochiul este o structură complexă şi compactă, având un diametru de aprox. 2,5 cm. Cu toate acestea, într-o clipă, ochiul poate recepţiona milioane de informaţii despre lumea înconjurătoare, care sunt rapid procesate de creier.

Sclerotica

Când priviţi în oglindă şi vedeţi albul ochilor, vă uitaţi la sclerotica dumneavoastră. Această îmbrăcăminte dură, albă, pieloasă dă forma sferică a ochiului şi îi protejează structurile interne delicate. Sclerotica are o deschidere în faţă care permite luminii să intre în globul ocular.

O membrană subţire şi umedă, numită conjunctivă, acoperă porţiunea scleroticei expusă anterior. De asemenea, acest strat de ţesut căptuşeşte şi partea interioară a pleoapelor. Conjunctiva ajută la lubrifierea ochiului.

Corneea

În partea anterioară a ochiului, acoperind deschiderea scleroticei, se află un strat bombat de ţesut transparent numit cornee. Corneea proemină din globul ocular ca o mică umflătură. Suprafaţa ei convexă refractă lumina când aceasta intră în ochi, ajutând la focalizarea imaginilor pe care le vedeţi. Corneea, de fapt, furnizează 2/3 din capacitatea de refracţie a ochiului.

De asemenea, şi corneea protejează ochiul. Este dotată cu terminaţii nervoase senzitive. Chiar dacă o minusculă particulă de praf loveşte corneea, primiţi instantaneu mesajul. Dacă lacrimile nu pot îndepărta corpul străin, durerea continuă vă determină să îl localizaţi şi să îl îndepărtaţi.

Pupila

Pupila se găseşte în spatele corneei; este discul întunecat din centrul ochiului. Prin pupilă lumina intră în ochiul dumneavoastră.

Irisul

În jurul pupilei se află irisul, componenta colorată a ochiului. Culoarea lui provine de la un pigment numit melanină, care se găseşte în ţesutul irian. Cu cât este mai mult pigment, cu atât culoarea este mai închisă. Ochii căprui au mult pigment. Cei albaştrii sau verzi au mai puţin.

Irisul face mai mult decât să dea culoare ochilor dumneavoastră. El conţine un inel de fibre musculare care pot extinde sau contracta pupila pentru a controla cantitatea de lumină care intră în globul ocular. În lumină intensă, irisul reduce dimensiunea pupilei. Când lumina este slabă, irisul măreşte pupila pentru a lăsa să intre mai multă lumină.

Spaţiul dintre cornee şi iris se numeşte camera anterioară. El este umplut cu un lichid limpede, numit umoare apoasă, care hrăneşte corneea şi cristalinul, îndepărtează produsele reziduale şi joacă un rol important în menţinerea presiunii normale în interiorul ochiului. Lichidul este produs în mod continuu şi este circulat prin camera anterioară înainte de a fi drenat în afara ochiului.

Cristalinul

Înapoia irisului şi camerei anterioare se află cristalinul, o structură eliptică transparentă. Un muşchi circular înconjoară cristalinul. Prin relaxare sau contracţie, acest muşchi schimbă curbura cristalinului pentru a ajusta focalizarea oricărui obiect la care priviţi. Când obiectul privit este apropiat, muşchiul se contractă şi cristalinul creşte în grosime. Când obiectul privit este mai departe, muşchiul se relaxează şi cristalinul devine subţire. Aceste ajustări permit cristalinului să îşi schimbe puterea de focalizare. Cu vârsta, cristalinul îşi pierde elasticitatea, făcând mai dificilă focalizarea pentru obiectele apropiate.

Camera vitroasă

Camera vitroasă se întinde de la partea posterioară a cristalinului la retină, care acoperă porţiunea posterioară a ochiului. Această cavitate este umplută cu o substanţă incoloră, gelatinoasă, numită umoare vitroasă. Atât umoarea apoasă din camera anterioară cât şi umoarea vitroasă menţin presiunea şi forma globului ocular.

Puteţi observa ocazional ceea ce par a fi mici bucăţele de fire sau scame care se mişcă prin câmpul dumneavoastră vizual. Aceşti „corpi flotanţi" sunt mici particule de material suspendate în umoarea vitroasă clară în rest. De obicei, corpii flotanţi sunt un rezultat al îmbătrânirii, dar pot fi semnul unei tulburări oculare mai serioase.

Retina

Căptuşind interiorul peretelui posterior al globului ocular se găseşte un strat subţire de ţesut, numit retină. Retina este formată din milioane de celule sensibile la lumină şi conexiuni nervoase care captează imaginile focalizate de către cornee şi cristalin.

Celulele fotosensibile au fie formă de bastonaşe, fie formă de conuri. Sunt aproximativ câte 20 de celule cu bastonaş pentru fiecare celulă cu con. Celulele cu bastonaş vă permit să vedeţi în lumina slabă şi vă conferă abilitatea de a vedea în lateral în momentul în care priviţi înainte (vedere periferică), dar ele nu sunt capabile să distingă culoarea. Celulele cu con disting culoarea, dar au nevoie de mai multă lumină pentru a putea funcţiona. De aceea, detectarea culorilor poate fi mai dificilă în lumina slabă. Celulele cu con sunt concentrate în centrul retinei şi vă permit să vedeţi detalii fine când priviţi drept înainte la un obiect bine iluminat.

Lumina care atinge bastonaşele şi conurile declanşează o reacţie chimică. Aceasta, în schimb generează impulsuri electrice care sunt transmise prin nervul optic către cortexul vizual, partea responsabilă cu vederea din creier.

Porţiunea externă a retinei este hrănită în principal de către un strat de artere şi vene, numit coroidă, care se găseşte între retină şi sclerotică. Partea internă a retinei îşi primeşte elementele nutritive de la vasele sangvine retiniene.

Macula şi fovea

În centrul retinei se află macula, o mică suprafaţă care este compusă din celule cu con dens grupate. Macula răspunde de vederea centrală şi vă permite să vedeţi detalii fine. O mică depresiune în centrul maculei, numită foveea, conţine numai celule cu con şi furnizează vederea cea mai fină.

Sfaturi pentru prevenire

Pentru a vă proteja ochii şi acuitatea vizuală:

- Verificaţi-vă cu regularitate vederea.
- Protejaţi-vă ochii împotriva leziunilor produse de razele solare. Purtaţi ochelari de soare cu lentile care nu permit trecerea razelor ultraviolete.
- Mâncaţi alimente care conţin vitamina A şi beta caroten, precum morcovii, cartofii dulci şi dovleceii.
- Îmbunătăţiţi-vă vederea cu ajutorul ochelarilor corespunzători atunci când este nevoie.
- Folosiţi o iluminare bună.
- Controlaţi tulburările cronice de sănătate, cum ar fi diabetul şi hipertensiunea arterială.
- Recunoaşteţi semnele de avertizare, cum ar fi instalarea bruscă a vederii tulburi sau înceţoşate, spoturi de lumină, halouri sau curcubee în jurul luminilor sau pierderea bruscă a vederii în unul sau ambii ochi.

Nervul optic

Informaţia vizuală colectată de către retină este transmisă de-a lungul fibrelor nervoase către nervul optic, un mănunchi de peste 1 milion de fibre nervoase care conectează partea posterioară a retinei de creier. Nervul optic serveşte drept cablu de comunicare între ochi şi creier.

Muşchii globului ocular

Fiecare ochi are 6 muşchi ataşaţi la sclerotică, permiţându-vă să vă mişcaţi ambii ochi şi să urmăriţi un obiect fără a mişca neapărat capul. Aceşti muşchi oculari, lucrând independent sau împreună, vă permit să vă mişcaţi câmpul vizual la stânga, la dreapta, înainte, sus, jos, de jur-împrejur şi pe diagonale. Creierul coordonează aceşti muşchi astfel încât ambii ochi se mişcă simultan.

Cum vedem?

Enumerarea tuturor componentelor ochiului face ca acest organ să pară complicat. Totuşi, mecanismul de bază este relativ simplu.

Razele de lumină trec prin cornee, pupilă şi apoi cristalin. Muşchii interni ai ochiului ajută la modificarea formei cristalinului pentru a focaliza razele de lumină pe retină. Acolo, celulele cu bastonaşe şi conuri transformă lumina în impulsuri electrice care sunt transportate de nervul optic către creier.

O porţiune specială a creierului – cortexul vizual – interpretează impulsurile electrice. Imaginea pe care o recepţionează retina este răsturnată şi inversată – exact ca într-o cameră foto – datorită proprietăţilor optice ale corneei şi cristalinului. Creierul reinterpretează informaţia pentru ca dumneavoastră să vedeţi imaginile cu orientarea corectă. De asemenea, creierul procesează imaginile separate provenite de la fiecare ochi şi produce o imagine tridimensională.

Probleme frecvente ale vederii

Puteţi vedea clar un obiect numai atunci când este focalizat cum trebuie. Aceasta înseamnă că cristalinul şi corneea au ajustat punctul de focalizare prin îndoirea (refractarea) razelor de lumină astfel încât imaginea care cade pe retină este focalizată cu precizie. Dacă puterea de focalizare a corneei şi cristalinului nu este corespunzătoare cu lungimea sau cu forma globului ocular, imaginea este tulbure.

Cele mai frecvente tulburări ale vederii – miopia, hipermetropia, astigmatismul şi presbiopia – se datorează fie erorilor de refracţie ale cristalinului şi corneei, fie unei forme anormale a ochiului. Majoritatea acestor stări pot fi corectate cu ajutorul ochelarilor de vedere, lentilelor de contact sau chirurgiei care schimbă curbura corneei (chirurgie refractivă).

Miopia

Semne şi simptome

- Obiectele aflate la distanţă apar „în ceaţă”

Miopia afectează aproape 30% din populaţie. În această situaţie puteţi vedea clar obiectele apropiate de dumneavoastră, dar obiectele mai îndepărtate sunt înceţoşate. Dacă sunteţi miop, ochiul dumneavoastră este probabil prea lung, determinând razele de lumină refractate de către cornee şi cristalin să se focalizeze în faţa – şi nu pe suprafaţa – retinei.

Gradul de miopie determină capacitatea dumneavoastră de focalizare. Oamenii care sunt foarte miopi sunt capabili să vadă clar numai obiectele care se găsesc la numai câţiva centimetri de ochii lor. Indivizii care sunt mai puţin miopi pot vedea clar obiectele care se găsesc la mai mulţi metri distanţă.

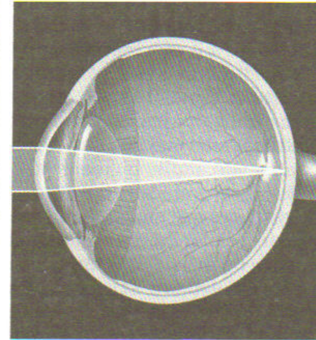
Ocazional, miopia rezultă nu din cauza unui glob ocular elongat, ci din prea multă putere de focalizare în cornee şi cristalin. Rezultatul este acelaşi – razele de lumină se focalizează în faţa retinei.

Miopia este de obicei detectată în copilărie, din primii ani de şcoală către adolescenţă. Un copil miop poate privi crispat, poate sta prea aproape de televizor, ecran de cinema sau tabla din clasă, poate ţine cărţile foarte aproape atunci când citeşte şi pare a nu fi conştient de prezenţa obiectelor îndepărtate. Această tulburare afectează în mod egal băieţii şi fetele, şi are tendinţa de a se transmite în familie. Schimbările de vedere pot să se dezvolte rapid sau încet şi să se înrăutăţească gradat în timpul copilăriei sau adolescenţei. Tulburarea are tendinţa de a se stabiliza la începutul perioadei adulte.

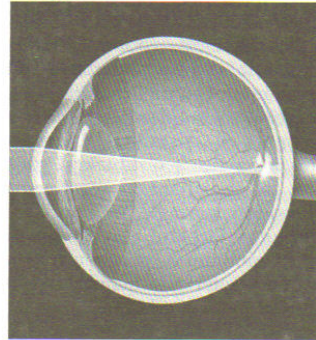
Tratament

Miopia se corectează cu uşurinţă. Un specialist va face o serie de teste pentru a determina amploarea viciului şi nivelul de corectare necesar. Miopia poate fi corectată cu ajutorul ochelarilor de vedere sau al lentilelor de contact. Altă opţiune este chirurgia refractivă (vezi pag. 631).

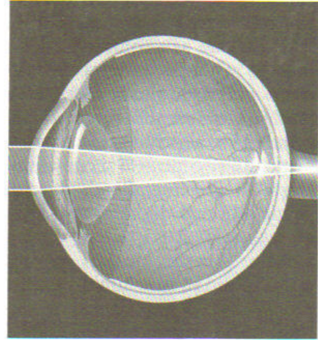
Vedere normală



Miopie



Hipermetropie



În cazul vederii normale, imaginea este precis focalizată pe retină. În miopie, punctul de focalizare este în faţa retinei, făcând obiectele aflate la distanţă să pară neclare. În hipermetropie, punctul de focalizare cade în spatele retinei, făcând obiectele apropiate să pară neclare.

Hipermetropia

Semne şi simptome

- Obiectele apropiate sunt neclare
- Disconfort ocular, inclusiv dureri în ochi şi dureri de cap

Hipermetropia este o altă afecţiune frecventă. Sunteţi capabil să vedeţi clar obiecte aflate la distanţă, dar aveţi dificultăţi în focalizarea pe obiectele aflate aproape.

Această tulburare rezultă de obicei din cauza ochiului care este prea scurt. Razele de lumină care intră în globul ocular nu sunt focalizate atunci când ajung la nivelul retinei, localizată în partea posterioară a ochiului. Punctul de focalizare se află mult în spatele retinei. Hipermetropia poate rezulta şi din cauza unei scăderi a capacităţii cristalinului şi corneei de a focaliza, deoarece una sau cealaltă nu au o curbură suficient de mare.

De obicei, hipermetropia este prezentă de la naştere şi are tendinţa de a se transmite în familie. Cei mai mulţi tineri nu ştiu că au această tulburare deoarece cristalinul lor este suficient de flexibil pentru a compensa deficienţele. Aşa că cei mai mulţi oameni cu hipermetropie nu au nevoie de lentile corectoare. Dar pe măsură ce îmbătrânesc, cristalinul lor devine mai puţin elastic şi incapabil de a face corecţia necesară. La o vârstă medie, cei mai mulţi hipermetropi au nevoie de lentile corectoare pentru a-şi îmbunătăţi vederea de aproape.

Simptomele cele mai frecvente ale hipermetropiei includ dificultatea de a focaliza pe obiecte apropiate, aflate la îndemână şi uneori dureri de cap sau disconfort după îndeplinirea unor sarcini la apropiere, cum ar fi cititul, scrisul sau desenatul.

Tratament

Dacă aveţi simptome de hipermetropie, consultaţi un oftalmolog, care vă va face o serie de teste pentru a determina natura, amploarea problemei şi nivelul de corectare necesar pentru a vă îmbunătăţi vederea.

Hipermetropia se corectează cu uşurinţă cu ajutorul ochelarilor de vedere sau lentilelor de contact. Există intervenţii chirurgicale pentru tratarea hipermetropiei, dar nu sunt folosite pe scară largă.

Astigmatismul

Semne şi simptome

- Porţiuni din câmpul vizual sunt distorsionate
- Liniile verticale, orizontale sau diagonale sunt distorsionate

Astigmatismul este o eroare de refracţie cauzată de o curbură inegală a corneei. La un ochi normal, curbura corneei este egală şi netedă în toate direcţiile. În ochiul astigmatic, corneea are zone care sunt mai abrupte sau mai plate decât normal, înceţoşând numai parte din ceea ce vedeţi. În unele cazuri, astigmatismul este rezultatul unor anomalii ale cristalinului, iar corneea este normală.

De obicei, astigmatismul este prezent de la naştere şi poate apărea împreună cu miopia sau hipermetropia. Această stare tinde să rămână constantă, nici nu se ameliorează, nici nu se agravează semnificativ cu vârsta. Uneori, astigmatismul se dezvoltă după o leziune a ochiului, o boală sau o operaţie.





Astigmatismul este cauzat de curbura inegală a corneei, care este incapabilă să focalizeze uniform lumina ce intră în ochi şi creează o vedere distorsionată, ceţoasă.

Specialiştii în îngrijirea ochilor

Există 3 categorii principale de profesionişti în domeniul îngrijirii ochilor (în SUA). Ei se deosebesc prin gradul de pregătire şi prin serviciile pe care le prestează.

Oftalmologul

Acesta este un medic care are ca pregătire, în afara facultăţii de medicină şi a unui stagiu de rezidenţiat în cadrul unui spital, cel puţin 4 ani de pregătire de specialitate în îngrijirea ochilor, diagnosticarea şi tratamentul bolilor de ochi . În plus faţă de a oferi examinări complete ale ochilor şi de îngrijirea lor, oftalmologul tratează şi leziunile ochilor şi face diverse proceduri chirurgicale.

Oftalmologul este bine pregătit în folosirea instrumentelor de specialitate pentru a pune un diagnostic corect, chiar dacă problemele ochilor nu sunt evidente sau sunt obscure. Acest lucru poate fi crucial dacă problema este serioasă şi o întârziere de câteva ore poate face diferenţa dintre o vedere bună şi orbire.

Optometristul

Acesta este pregătit pentru a diagnostica tulburări frecvente ale ochilor, cum ar fi erorile de refracţie, şi pentru a prescrie lentile corectoare. Un optometrist absolvă o şcoală de optometrie şi obţine o diplomă de doctor în optometrie.

Optometriştii pot face anumite teste şi adeseori pot detecta semnele unor boli de ochi prin examinarea retinei. Optometriştii pot fi licenţiaţi să prescrie medicamente care să trateze boli de ochi.

Opticianul

Acesta este un tehnician care onorează reţete pentru ochelari de vedere şi lentile de contact prescrise de către oftalmologi şi optometrişti. Un optician şlefuieşte şi asamblează lentile, dar nu examinează ochii cu probleme de refracţie sau boli.

Modificările de vedere legate de vârstă

Pe măsură ce îmbătrâniți, vederea dumneavoastră se schimbă. Dacă nu, sunteți o rară excepție. Multe dintre aceste schimbări sunt la început deranjante și majoritatea oamenilor învață să se adapteze.

- Frecvent, retina își pierde puțin din sensibilitatea sa la lumină. Pentru a compensa, iluminați mai puternic masa de lucru sau fotoliul în care citiți.
- Cristalinul poate deveni mai puțin elastic și își poate pierde calitatea de a focaliza. S-ar putea să aveți nevoie de ochelari de citit sau o lupă pentru a citi scrisul de dimensiuni mici.
- Cristalinul poate deveni tulbure determinând scăderea acuității vizuale, culorile apărând prea întunecate, iar lumina prea strălucitoare atunci când este îndreptată direct către dumneavoastră. În acest caz, ați putea dori să evitați să conduceți noaptea.
- Uneori, umoarea vitroasă se contractă, ceea ce poate duce la apariția în câmpul vizual a „corpilor flotanți" supărători. Cu timpul, cei mai mulți oameni se obișnuiesc cu ei. Oricum, dacă observați o creștere bruscă în numărul acestora, trebuie să consultați un oftalmolog.

Vârstnicii au un risc ridicat de a căpăta alte boli și tulburări de ochi. Deși unele probleme de vedere sunt inevitabile, altele pot fi prevenite. Și chiar și cele care sunt inevitabile pot fi frecvent încetinite sau chiar oprite din evoluție prin detectarea timpurie și prin tratament. De aceea este important să vă controlați ochii cu frecvent.



Tratament

Astigmatismul minor poate să nu producă semne sau simptome. Această stare este în general identificată pentru prima oară după o examinare de rutină a ochilor. Astigmatismul se corectează cu ajutorul unei lentile cilindrice care compensează pentru curbura inegală a corneei. Lentilele de contact rigide folosite pentru corectarea miopiei sau hipermetropiei corectează și astigmatismul. O altă opțiune este chirurgia care remodelează curbura corneei. Procedeul este similar celui din chirurgia folosită pentru corectarea miopiei și hipermetropiei.

Presbiopia

Semne și simptome

- Obiectele apropiate apar încețoșate
- Disconfort ocular, inclusiv ochi obosiți și dureri de cap

Termenul de *presbiopie* poate că nu vă este familiar, dar starea poate că nu vă este străină. Cu vârsta, cristalinul devine mai dur și mai puțin elastic, devenind mai dificil să vedeți clar obiectele apropiate. Acest proces de indurare este o componentă normală a vieții și se întâmplă tuturor într-un anumit grad.

Mulți oameni încep să observe o schimbare în capacitatea de vederea în jurul vârstei de 40 de ani. Dacă sunteți hipermetrop, ați putea întâlni această problemă chiar mai devreme în viață. Dacă sunteți miop, ați putea avea eventual presbiopie, deși mai târziu în viață decât ar face-o o persoană cu vedere normală.

Obiectele apropiate care erau odată ușor de văzut devin încețoșate. Literele din ziare, cărțile și meniurile din restaurante par mai mici, și le țineți instinctiv mai departe de ochi pentru a le putea citi.

Tratament

Oftalmologul vă poate testa cu ușurință ochii pentru presbiopie. Această stare este de obicei corectată cu ochelari de vedere și numai ocazional cu lentile de contact. Pe măsură ce cristalinul își pierde capacitatea de a se adapta, ați putea avea nevoie de noi prescripții o dată la câtiva ani până la vârsta de 65 de ani. Din acel moment, cristalinul și-a pierdut probabil mare parte din capacitatea de acomodare, așa că schimbările de dioptrii devin mai rare.

Dacă sunteți miop sau aveți astigmatism, s-ar putea să aveți nevoie de noi lentile pentru a contracara efectele presbiopiei. Din fericire, nu trebuie să schimbați constant ochelarii deoarece ei pot fi construiți cu lentile care au 2 sau chiar 3 suprafețe corectoare. În cazul lentilelor duble (bifocale), introduse pentru prima oară de către Benjamin Franklin, partea superioară a lentilelor corectează vederea la distanță, iar cea inferioară o corectează pe cea de aproape (vezi pag. 628).

Tulburări oculare ereditare

Unele stări și boli oculare pot fi transmise de la o generație la următoarea. Aceste stări variază de la banala miopie sau hipermetropie până la boli grave.

Ereditatea pare să joace un rol în incidența ochilor cu strabism și a celor slăbiți (strabismul și ambliopia). Defectele vederii cromatice (cecitate cromatică) sunt prezente de obicei încă de la naștere. Aceste defecte sunt frecvent transmise vertical de la mamă, de obicei către fiu. Bolile oculare genetice includ glaucomul, cataracta, retinita pigmentară și retinoblastomul.

Retinoblastomul este o tumoră canceroasă a ochiului care afectează copiii mici, are o componentă genetică în 30 - la 40% din cazuri. Alte boli care pot afecta vederea și care au o componentă ereditară includ diabetul și hipertensiunea arterială.

Examenul ocular

Se recomandă tuturor să își controleze ochii din când în când. Indivizii care poartă ochelari sau lentile de contact ar trebui să își verifice ochii anual. Oamenii care nu poartă ochelari sau lentile de contact nu au nevoie de controale atât de des, decât dacă au o tulburare de vedere sau dacă prezintă simptome oculare.

Copiii sunt examinați de obicei de pediatru în perioada dintre naștere și 3 luni, și a doua oară între 6 luni și 1 an. Se recomandă de asemenea copiilor să fie examinați oftalmologic la 3 - 5 ani. Copiii și adolescenții ar trebui să își controleze vederea de fiecare dată când prezintă orice probleme de vedere sau simptome de afectare oculară.

Dacă nu purtați ochelari de vedere sau lentile de contact și nu aveți o tulburare de vedere, controlați-vă vederea după următorul program:

- cel puțin o dată între 20 și 39 de ani;
- o dată la 2 - 4 ani între 40 și 64 de ani;
- anual sau o dată la 2 ani începând cu vârsta de 65 de ani.

Examinarea ochilor implică o serie de teste pentru evaluarea diferitelor aspecte ale vederii dumneavoastră, căutarea semnelor de boală și estimarea eventualei prezențe a sechelelor.

Testarea acuității vizuale

Acuitatea se referă la precizia vederii dumneavoastră – cât de clar vedeți un obiect. Folosind un panou Snellen, oftalmologul va evalua cât de bine citiți literele de dimensiune din ce în ce mai mică de pe peretele din celălalt capăt al camerei. Dacă aveți o vedere 20/20 înseamnă că puteți citi literele pe care indivizii normali le pot citi de la o distanță de 20 de picioare (6 m).

Evaluarea refracției

Refracția se referă la modul în care razele de lumină sunt refractate atunci când trec prin cornee și cristalin. Evaluarea refracției îl ajută pe oftalmolog să vă prescrie o lentilă corectoare care să vă confere vederea cea mai clară.

Oftalmologul poate folosi un refractometru computerizat pentru a vă evalua ochii și pentru a estima soluția pentru corectarea unei erori de refracție; sau ar putea să folosească o tehnică numită retinoscopie. În această procedură, medicul îndreaptă o lumină către ochiul dumneavoastră și măsoară erorile de refracție prin evaluarea mișcării luminii refractate de către retină.

Oftalmologul evaluează precis refracția rugându-vă să priviți printr-un Foroptor, un dispozitiv care conține discuri cu diferite lentile. Dumneavoastră priviți la un panou Snellen prin diferite lentile și hotărâți care combinație de lentile vă conferă vederea cea mai precisă.

Testarea câmpului vizual

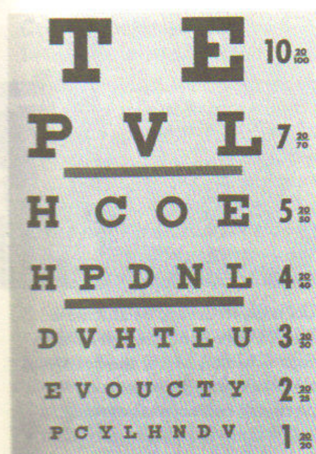
Câmpul vizual este regiunea din fața dumneavoastră pe care o puteți vedea fără a vă mișca ochii. Testarea câmpului vizual (perimetria) se poate face în mai multe feluri. Într-un test, priviți un ecran pe care un aparat computerizat proiectează spoturi de lumină de intensități diferite și în diverse locuri. Dumneavoastră apăsați un buton de fiecare dată când vedeți un spot. Aparatul înregistrează răspunsurile dumneavoastră și cartografiază zona pe care o vedeți. Golurile din câmpul dumneavoastră vizual pot fi indiciul unei tulburări serioase de vedere.

Un alt test folosește grila Amsler, numită așa după oftalmologul elvețian care a construit-o. În centrul unei grile pătrate se găsește un punct negru. Cu un ochi acoperit, dumneavoastră vă concentrați asupra punctului și îi spuneți medicului dacă puteți vedea clar întreaga grilă.

Testul pentru glaucom

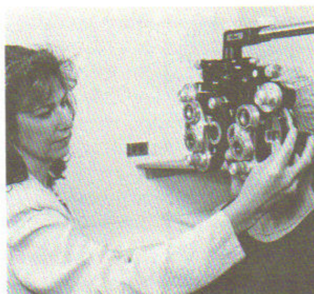
Prin măsurarea presiunii interne a ochiului, oftalmologul poate determina dacă aveți glaucom. Două tehnici comune sunt folosite pentru a măsura presiunea intraoculară – tonometria cu aer comprimat și tonometria de aplanație. Amândouă măsoară forța necesară pentru a turti corneea dumneavoastră.

Testarea acuității vizuale



În timpul testării acuității vizuale, sunteți rugat să citiți literele din ce în ce mai mici de pe un panou aflat la o distanță fixă de dumneavoastră, de obicei 6 m.

Evaluarea refracției



Foroptorul este un dispozitiv care vă permite să vedeți un panou Snellen prin diferite lentile. Acestea sunt schimbate până când este găsită o combinație care vă conferă vederea cea mai clară.

Examinarea externă a ochiului

Examenul extern al ochiului este o verificare rapidă a ochiului dumneavoastră fără alte instrumente decât o lumină. Oftalmologul verifică pupilele dacă răspund normal, corneea şi irisul pentru claritate şi strălucire, şi ochii şi pleoapele pentru poziţie şi mişcare.

Examinarea cu biomicroscopul

Biomicroscopul permite oftalmologului să vadă mărite structurile din partea anterioară a ochiului. Microscopul se numeşte şi lampă de secţiune deoarece foloseşte un fascicul de lumină cu intensitate mare pentru a oferi o imagine de secţiune (oblică) a corneei, a camerei anterioare şi a cristalinului. Lumina permite doctorului să localizeze cu precizie orice anomalii.

Când examinează problemele corneei, medicul poate folosi un colorant, de ex. fluoresceină. Aceasta se întinde pe ochi şi se vede colorată intens în galben atunci când este iluminată de un fascicul de lumină albastră. Aceasta face ca micile tăieturi, zgârieturi, rupturi, corpurile străine sau infecţiile să iasă în evidenţă pe cornee.

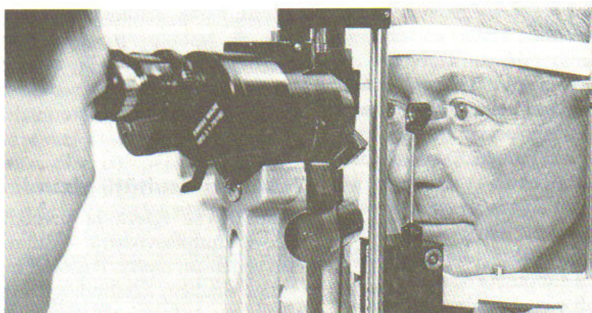
Examinarea retinei

Pentru a vă examina retina, medicul vă pune în ochi picături cu efect dilatator pentru a deschide pupilele şi a putea să vadă mai bine fundul ochiului. Folosind un biomicroscop sau un oftalmoscop – un instrument care trimite o lumină puternică în ochi – oftalmologul poate vedea anomalii în structurile din fundul ochiului, inclusiv din retină. Acest gen de examen îl poate ajuta pe medic să detecteze indicii importante despre prezenţa unor boli, cum ar fi diabetul şi hipertensiunea arterială, cu originea în alte părţi ale corpului.

Angiografia cu fluoresceină

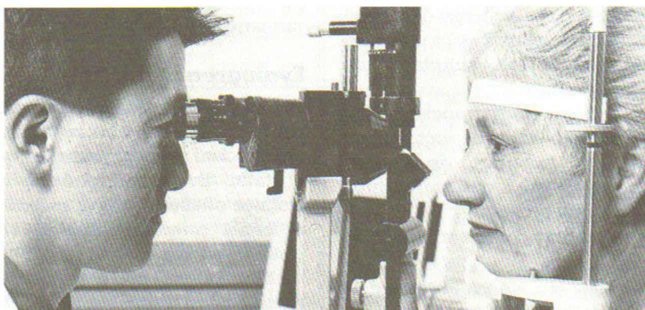
Angiografia cu fluoresceină este un test diagnostic folosit pentru a evalua boli ale coroidei şi retinei. Fluoresceina este injectată în vena unui braţ. Pe măsură ce aceasta

Testul pentru glaucom



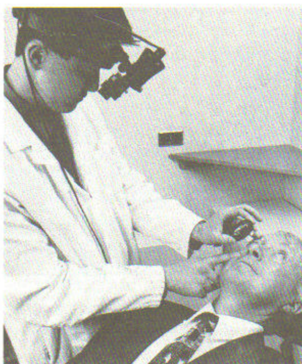
Un mic trunchi de con este montat pe un biomicroscop şi poziţionat în faţa ochiului dumneavoastră. Prin atingerea uşoară a suprafeţei ochiului, medicul măsoară presiunea internă a ochiului. Valorile crescute pot fi un indiciu pentru glaucom.

Examinarea la biomicroscop



Un fascicul de lumină este focalizat pentru a oferi o vedere oblică a corneei. Oftalmologul poate focaliza lumina pentru a obţine şi o imagine detaliată a cristalinului.

Examinarea retinei

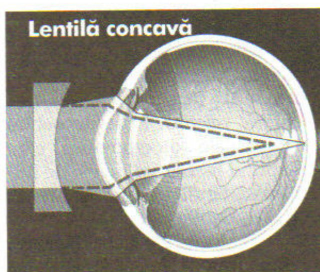


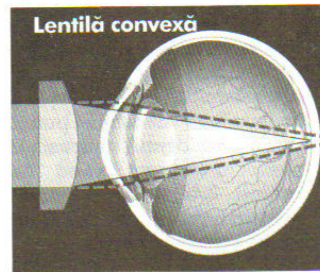
Cu oftalmoscopul montat pe cap şi o lentilă puternică ţinută în faţa ochiului, medicul trimite o lumină puternică în ochi pentru a examina întreaga retină.



Un biomicroscop, asistat de o lentilă care măreşte aşezată în faţa ochiului, oferă specialistului de ochi o imagine clară a porţiunii centrale a retinei.

circulă prin ochiul dumneavoastră, vasele de sânge din retină şi coroidă ies în evidenţă prin culoarea galbenă intensă; se fac fotografii ale retinei. Imaginile permit medicului să estimeze afectarea vaselor de sânge şi să observe formarea oricăror vase de sânge anormale. Acestea sunt de folos în diagnosticarea stărilor cum ar fi degenerarea maculară şi retinopatia diabetică.





O lentilă concavă (stânga) corectează miopia. Linia punctată indică locul unde s-ar afla punctul de focalizare în absenţa lentilei corectoare. O lentilă convexă (dreapta) corectează hipermetropia şi se foloseşte de regulă la ochelarii de citit. Linia punctată indică locul unde s-ar afla punctul de focalizare în absenţa lentilei corectoare.

Corectarea tulburărilor de vedere

Dacă aveţi nevoie să vă îmbunătăţiţi vederea, ori pentru a vedea clar la distanţă, ori pentru a citi litere mici, aveţi mai multe opţiuni. Acestea includ o mare varietate de ochelari de vedere şi lentile de contact şi, în unele cazuri, chirurgia pentru a schimba curbura corneei.

Împreună cu medicul puteţi decide ce este cel mai bine pentru dumneavoastră. Dacă faceţi sport, sunteţi foarte activ sau nu agreaţi aspectul şi senzaţia pe care le oferă ochelarii de vedere, aţi putea prefera lentilele de contact sau soluţia permanentă oferită de chirurgie.

Cum funcţionează lentilele corectoare

Multe probleme de vedere sunt corectate cu lentile care compensează anomaliile de formă ale ochiului sau de curbură ale corneei sau cristalinului. Există 3 forme de bază de lentile corectoare:

- *concave* - mai subţiri la mijloc decât la margine. Ele corectează miopia;
- *convexe* - mai groase în centru decât la margini, precum lupele; ele corectează hipermetropia şi sunt frecvent folosite la ochelarii de vedere;
- *cilindrice* - curbate mai mult într-o direcţie decât în cealaltă pentru a compensa astigmatismul.

Dacă în urma unui examen de rutină medicul descoperă că aveţi nevoie de lentile corectoare, vă va da o prescripţie. Aceasta indică puterea de refracţie de care are nevoie fiecare lentilă pentru a putea corecta problema dumneavoastră de vedere. Cifrele din prescripţie determină forma şi grosimea lentilelor dumneavoastră. Cu cât sunt mai mari cifrele din prescripţie, cu atât este mai puternică prescripţia – însemnând că cu cât mai multă lumină trebuie refractată, cu atât mai groasă trebuie să fie lentila.

Ochelarii de vedere

Aproximativ 6 din 10 americani poartă un anume fel de lentile corectoare. Aproximativ 8 din 10 oameni care au nevoie de corectarea vederii aleg ochelarii de vedere. Ochelarii sunt disponibili cu multe modele de rame şi lentile. Îi puteţi achiziţiona din diverse locuri, inclusiv cabinetele oftalmologice, magazinele de ochelari de vedere şi magazinele cu preţuri reduse.

Materialele din care sunt confecţionate lentilele

Lentilele pentru ochelari pot fi făcute din sticlă sau plastic. Majoritatea purtătorilor de ochelari aleg plasticul. Deşi lentilele din sticlă sunt mai rezistente la zgârieturi, ele sunt de două ori mai grele. Un alt dezavantaj al lentilelor de sticlă este că sunt mai predispuse la spargere sau ciobire, deşi materialul trebuie să promoveze un test de rezistenţă standard, stabilit de Administraţia Alimentelor şi Medicamentelor (SUA).

Există mai multe tipuri de lentile de plastic:

- *plastic cu conţinut înalt de răşini.* Lentilele din acest tip de plastic sunt ceva mai groase decât cele din sticlă, dar au o greutate de 2 ori mai redusă. De asemenea, se zgârie uşor şi, din acest motiv, unii producători adaugă un strat rezistent la zgâriere suprafeţei lor;
- *plastic cu index înalt.* Acest material este mai uşor şi mai subţire decât plasticul cu conţinut înalt de răşini. Aceasta face aceste lentile uşoare ca un fulg, ideale pentru corecţiile puternice. Din nefericire, costă considerabil mai mult decât cele cu răşini. În general, includ un strat superficial rezistent la zgâriere şi unul de protecţie la ultraviolete (UV);
- *plastic policarbonat.* Acestea sunt cele mai rezistente lentile disponibile, care le fac să fie o alegere bună pentru copiii activi şi pentru folosirea la ochelarii de protecţie şi la cei pentru sportivi. Deşi nu sunt la fel de uşoare ca cele cu index înalt, sunt mai uşoare decât cele cu conţinut înalt de răşini. În general, sunt dotate cu un strat de suprafaţă rezistent şi cu protecţie la ultraviolete.

Suprafaţa lentilelor

Lentilele pot avea o suprafaţă care să ofere:

- *protecţie la zgâriere.* Un strat dur şi transparent este aplicat pe lentile pentru a le face mai rezistente la zgâriere. Dacă achiziţionaţi lentile de plastic

cu conținut înalt de rășini, s-ar putea să doriți să plătiți bani în plus pentru acest tratament. Alte lentile de plastic se găsesc deja tratate. Tratați ambele părți ale lentilelor deoarece puteți zgâria accidental suprafața interioară atunci când le curățați. Aveți grijă unde depozitați ochelarii deoarece stratul protector la zgâriere se poate coace și dezlipi la temperaturi extreme;
- *protecția la ultraviolete*. Razele UV pot contribui la mai multe boli ale ochilor legate de vârstă, cum ar fi cataracta și degenerarea maculară. Când sunteți în aer liber ar fi o idee bună să purtați ochelari care filtrează 100% din UVA și UVB. Lentilele de plastic cu index crescut și cele din policarbonat au protecție la UV;
- *stratul anti-reflecție*. Reflecția și strălucirea pot face condusul dificil, în special noaptea. Stratul antireflecție (AR) ajută la blocarea luminii reflectate de pe suprafețe cum ar fi asfaltul, apa, zăpada și sticla. Acesta este de mare ajutor când aveți o prescripție pentru lentile puternice, care cresc strălucirea.

Stratul AR are câteva dezavantaje. Compoziția chimică face ca el să fie mai greu de menținut curat. Și, frecvent, curățarea intensă poate îndepărta acest strat. Încercați să curățați ochelarii cu grijă cu o cârpă curată umezită cu apă sau cu o soluție de curățare a lentilelor. În plus, stratul rezistent la zgâriere este aplicat în general sub stratul anti-reflecție, lăsându-l vulnerabil la zgâriere.

Tratamentele aplicate lentilelor

Un ultim considerent în alegerea lentilelor este dacă doriți să fie special tratate:
- *lentilele fotocromatice* sunt tratate chimic astfel încât devin automat mai întunecate dacă sunt expuse direct la lumina solară și mai transparente în lumină slabă. Oricum, ele nu vor deveni întunecate atunci când conduceți, decât dacă razele solare sunt îndreptate direct către fața dumneavoastră. Așa că s-ar putea să aveți nevoie de ochelari de soare sau de lentile de soare atașabile la ochelari pentru a conduce. În plus, acest tratament nu are rezultate la fel de bune pe plastic în comparație cu cele care le are pe sticlă;
- *lentilele colorate*. Spre deosebire de lentilele fotocromatice, care răspund la diferite nivele de iluminare, lentilele colorate rămân cu aceeași nuanță constant în toate condițiile de iluminare. Adăugarea de culoare la ochelarii dumneavoastră poate fi de folos dacă sunteți foarte sensibil la lumină și doriți să vă folosiți lentilele ca ochelari de soare. Aproape orice culoare poate fi aleasă pentru lentile. Ochelarii de soare sunt de obicei gri sau maronii. Un pigment galben ajută la blocarea trecerii luminii albastre prin lentilă și poate face ca obiectele să fie văzute mai clar;
- *tratarea marginilor*. Dacă sunteți foarte miop, marginile lentilelor vor fi foarte groase și pot avea un aspect inestetic. Ele adaugă și greutate nedorită, mai ales dacă alegeți rame mari. Un optician priceput poate șlefui marginile astfel încât să se alinieze cu ramele.

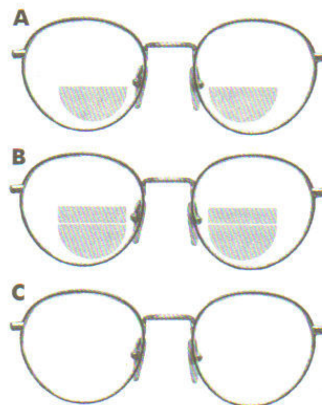
Lentilele bifocale și trifocale

Mulți oameni au nevoie doar de un singur rând de lentile de vedere pentru a-și corecta miopia, hipermetropia sau astigmatismul. Unii au nevoie de lentile multifocale, care sunt formate din 2 sau mai multe lentile combinate în una singură.

Dacă sunteți miop, hipermetrop sau aveți astigmatism avansat, sunt șanse ca până la vârsta de 40 de ani să aveți nevoie și de lentile bifocale, și eventual trifocale.

În cazul lentilelor bifocale, porțiunea superioară este folosită pentru vederea la distanță, iar cea inferioară pentru citit. Trifocalele vin cu o a treia porțiune, pentru a vă ajuta să vedeți la distanțe intermediare, cum ar fi monitorul computerului, obiectele de pe tejgheaua din băcănie sau cărțile de pe un raft de bibliotecă.

Există mai multe modele uzuale pentru lentilele multifocale:
- *semicercul cu porțiunea superioară dreaptă*. Partea pentru citit, sau apropiere la lentilele bifocale și trifocale este semicercul clar definit din regiunea inferioară a fiecărei lentile. Linia care separă porțiunea corectoare pentru apropiere de restul lentilei poate avea un contur polizat pentru ca oamenii să nu știe că aveți lentile multifocale. Însă vederea dumneavoastră va fi distorsionată în regiunea restrânsă unde se întrepătrund suprafețele corectoare;
- *stilul executiv*. În locul unui semicerc, linia care divide suprafețele corectoare se întinde pe toată lungimea lentilei. Acest tip de lentilă vă oferă cel mai larg câmp de vedere posibil pentru lucrul la distanță mică și este adesea folosit în cadrul combinațiilor trifocale;
- *progresiv*. O lentilă progresivă nu are linii de diviziune. Corecțiile trifocale sunt integrate în



Bifocale (A). Așa cum arată numele, stilul bifocal combină 2 puteri de focalizare într-o lentilă. Partea superioară a lentilei corectează vederea la distanță, în timp ce partea inferioară (reprezentată cu o culoare mai închisă) vă permite să citiți și să vedeți clar obiectele de la o distanță de 30 cm.
Trifocale (B). Lentila trifocală adaugă o a treia putere de focalizare intermediară celorlalte două. Puterea adăugată vă ajută să focalizați clar obiecte aflate la aproximativ 60 – 120 cm distanță, cum ar fi monitorul computerului de pe birou, pachetele de pe tejgheaua băcăniei sau cărțile pe raftul unei biblioteci.
Progresive (C). O lentilă progresivă nu are linii de diviziune pe suprafața ei. Suprafețele de focalizare se schimbă gradat pe măsură ce ochiul se mișcă de sus în jos. Aceasta înseamnă că o corecție trifocală sau intermediară este integrată prin construcție în lentilă.

lentilă, şi suprafeţele prescrise se succed gradat pe măsură ce ochii dumneavoastră se mişcă de sus în jos. Dacă aveţi nevoie de o corecţie bifocală pentru prima oară, mulţi oftalmologi vă vor sugera să încercaţi lentilele progresive pentru a evita liniile de separaţie între segmente care vă pot deranja ocazional. Un dezavantaj al lentilelor progresive este acela că s-ar putea să fie unele distorsiuni de-a lungul marginii inferioare, în vecinătatea zonei pentru citit.

Este nevoie de exerciţiu pentru a vă putea obişnui cu lentilele bifocale şi trifocale. Asiguraţi-vă că ramele dumneavoastră sunt ajustate cum trebuie pentru a vi se potrivi pe cap. Pe măsură ce vă mişcaţi capul în sus şi în jos, linia de vedere ar trebui să se mişte gradat de la un segment al lentilei la altul la amândoi ochii în acelaşi timp.

Ochelarii de citit fără prescripţie

Când intraţi în a patra decadă de viaţă, s-ar putea să observaţi că aveţi nevoie de ochelari numai pentru citit. S-ar putea să puteţi economisi nişte bani cumpărând aceşti ochelari de la o farmacie sau un magazin de reduceri.

Ochelarii de citit fără prescripţie de diferite puteri sunt deseori expuşi în vecinătatea ochelarilor de soare. Ochelarii de citit pot fi de asemenea purtaţi peste lentilele de contact care corectează vederea la distanţă. Dacă medicul dumneavoastră de ochi v-a comunicat corecţia de care aveţi nevoie, căutaţi lentile cu acea putere. Altfel, încercaţi metoda încercare-eroare. Cei mai slabi ochelari de citit sunt marcaţi cu dioptria +1.00, iar cei mai puternici sunt +3.00. Testaţi câteva dioptrii diferite ţinând un material tipărit la aproximativ 35-40 cm de ochii dumneavoastră.

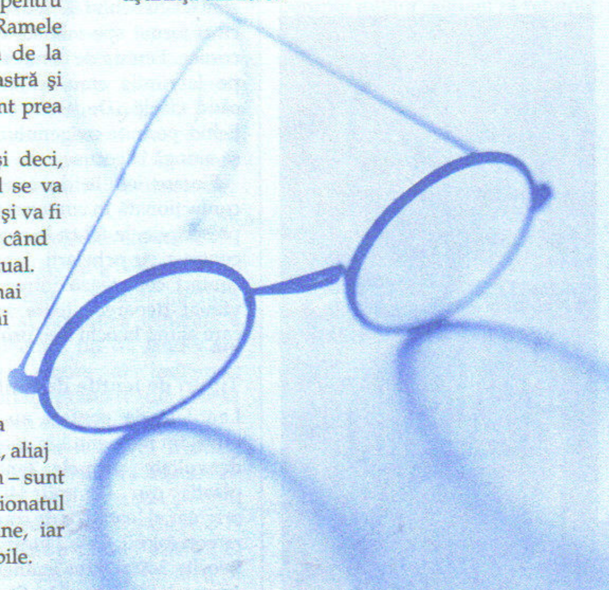
Când găsiţi o pereche de ochelari care vă permit să citiţi confortabil la acea distanţă, ei sunt probabil de puterea care vă este necesară. Pentru a vă face o idee despre dioptria de care aveţi nevoie, iată un ghid general care vă arată ce putere este asociată de obicei cu fiecare vârstă:

Ramele de ochelari

Când căutaţi noi ochelari, s-ar putea să vă uitaţi mai întâi la ramele de pe rafturi. Dacă doriţi să economisiţi timp, începeţi prin respectarea prescripţiei. Lentila pentru dumneavoastră s-ar putea să fie potrivită pentru o ramă care are o anumită formă şi mărime. De exemplu, dacă prescripţia dumneavoastră indică o lentilă groasă, o ramă de sârmă subţire s-ar putea să nu îi poată suporta greutatea. Un optician priceput poate identifica în funcţie de prescripţia dumneavoastră ce fel de rame vă sunt cele mai potrivite.

Când cumpăraţi o pereche de rame, ţineţi minte aceste sfaturi:

- Dimensiunea ramelor este importantă şi pentru vederea şi pentru aspectul dumneavoastră. Ramele foarte mari pot colecta prea multă lumină de la sursele aflate deasupra capului dumneavoastră şi vă pot distorsiona vederea. Dacă ramele sunt prea mici, câmpul vizual ar putea fi limitat.
- Dacă aveţi nevoie de lentile puternice – şi deci, groase – alegeţi cele mai mici rame. Astfel se va reduce greutatea ochelarilor dumneavoastră şi va fi eliminată distorsiunea care se creează atunci când dimensiunea lentilelor depăşeşte câmpul vizual.
- Ramele metalice subţiri sunt de obicei cele mai uşoare. Însă, ramele de plastic tind să fie mai durabile şi mai potrivite pentru a suporta lentile groase.
- Şi ramele de metal şi cele de plastic sunt de diverse calităţi. În general, cât plătiţi, atâta face. Ramele de metal confecţionate din titan, aliaj cu grafit sau flexon – un aliaj pe bază de titan – sunt mai scumpe, dar sunt foarte durabile. Propionatul de plastic este folosit la ramele mai ieftine, iar Kevlarul şi Optilul (o răşină) sunt mai durabile.
- Dacă ochelarii dumneavoastră se potrivesc bine, vă vor da o senzaţie de confort şi siguranţă, nu vă vor freca după urechi şi nu vă vor irita rădăcina nasului. Dacă ramele vă deranjează, pot fi ajustate din balamale, sau din braţele care se sprijină pe urechi.
- Ochelarii noi necesită o scurtă perioadă de acomodare. S-ar putea să prezentaţi unele dureri de ochi, dar acestea nu trebuie să fie de nesuportat sau persistente. Dacă ochii vă deranjează atât de mult încât nu puteţi purta ochelarii sau disconfortul durează mai mult de 2 săptămâni, vizitaţi din nou opticianul. Ramele sau prescripţia dumneavoastră ar putea necesita ajustări. Este o idee bună să vă verificaţi ochelarii anual deoarece îşi pot pierde cu uşurinţă alinierea.



Vârsta	*Puterea (în dioptrii)*
40-45	+1.25
45-50	+1.50
50-55	+1.75
55-60	+2.00
60-65	+2.25
Peste 65	+2.50

Veţi avea nevoie de ochelari cu prescripţie dacă oricare dintre ochii dumneavoastră are nevoie de o lentilă cu dioptrie diferită. Dacă citiţi mult, s-ar putea să preferaţi ochelarii cu prescripţie, care pot fi mai precişi şi alcătuiţi dintr-un material de calitate mai bună. Totuşi, ochelarii ieftini, confecţionaţi din materiale de calitate mai slabă nu vă vor strica ochii. Chiar dacă decideţi să alegeţi ochelarii de citit cu prescripţie sau fără, este indicat să consultaţi oftalmologul oricând constataţi modificări ale vederii.

Lentilele de contact

Pentru mulţi oameni, lentilele de contact sunt o alternativă bună pentru ochelari. Spre deosebire de ochelari, ele nu alunecă, nu se aburesc şi nu atrag praful. Lentilele de contact pot corecta probleme de vedere care puteau fi corectate numai cu ochelarii înainte de apariţia lor. Există şi lentile de contact bifocale.

Lentilele de contact sunt foarte utile pentru oamenii cu erori de refracţie cum ar fi miopia, hipermetropia şi astigmatismul. În plus, unele condiţii obişnuite, cum ar fi keratoconul (corneea conică) se tratează mai bine cu lentile de contact decât cu ochelari.



După cum spune şi numele lor, lentilele de contact se poartă în contact cu ochiul. Discul de plastic cu o formă specială stă direct pe cornee. Lentila de contact pluteşte pe lacrimile care scaldă ochiul când clipiţi. De asemenea, acest lichid permite oxigenului necesar să ajungă la cornee.

Fiecare lentilă de contact este confecţionată în conformitate cu o prescripţie, la fel ca la ochelari. În contrast cu ochelarii, lentilele de contact corectează întreg câmpul vizual deoarece toate imaginile care ajung la ochi trec prin lentile.

Tipuri de lentile de contact

Lentilele de contact au evoluat mult din momentul în care au fost dezvoltate primele lentile din plastic dur în anii '40. Stilul originar al lentilelor de contact este rareori folosit. Cele 2 tipuri de bază folosite astăzi sunt lentilele rigide permeabile la gaz şi lentilele moi.

Lentilele rigide permeabile la gaz

Lentilele rigide permeabile la gaz sunt lentile de contact uşor flexibile, mai permeabile la oxigen. Ele sunt confortabile şi oferă o corecţie excelentă pentru o gamă largă de probleme de vedere; sunt mai durabile decât cele moi şi pot oferi o vedere mai clară. Dar au şi câteva dezavantaje. Trebuie să le purtaţi în mod regulat pentru a vă menţine ochii obişnuiţi cu ele. Ele pot aluneca de pe cornee şi pot chiar sări de pe ochi mai uşor decât cele moi. Şi praful ajunge mai uşor sub lentilele permeabile la gaz, iritând ochiul.

Lentilele moi

Lentilele de contact moi conţin apă, ceea ce le face moi şi confortabile. Ele permit oxigenului să treacă prin plastic şi să alimenteze corneea. Aceste lentile de contact sunt mai confortabile şi mai uşor de potrivit decât cele rigide. Însă ele nu sunt la fel de durabile. Iar imaginea pe care o oferă uneori nu este la fel de clară ca în cazul lentilelor permeabile la gaz.

Opţiuni pentru lentilele de contact

Pentru a vă îmbunătăţi sau ajusta cu precizie vederea, oftalmologul vă poate recomanda unele dintre următoarele tipuri de lentile de contact.

Bifocale

Lentilele moi bifocale, precum şi ochelarii bifocali, au o corecţie pentru citit şi una pentru distanţă pe fiecare dintre ele. Secţiunea inferioară a lentilei este mai grea pentru a sta în partea inferioară a corneei şi a fi la locul ei când priviţi în jos pentru a citi. Uneori, oricum, când clipiţi, lentila se poate răsuci momentan şi vă poate înceţoşa vederea.

Monofocale

Cu lentilele monofocale purtaţi o lentilă cu corecţie pentru citit pe un ochi şi una cu corecţie pentru distanţă pe celălalt. Creierul dumneavoastră se poate obişnui cu această corecţie inegală, dar vederea va fi ceva mai neclară decât în mod normal. În general, veţi avea o vedere mai clară cu câte o lentilă bifocală în fiecare ochi.

Semicilindrice

Lentilele semicilindrice sunt proiectate pentru a corecta astigmatismul şi, totodată, miopia sau hipermetropia. Lentilele sunt echilibrate pentru a sta fixe. Este important ca lentilele semicilindrice să stea pe locul lor deoarece dacă lentila se mişcă atunci când clipiţi, vederea nu va mai fi clară.

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Una din cele mai frecvente probleme legate de lentilele de contact este folosirea excesivă. Dacă le purtaţi prea mult în continuu, corneea dumneavoastră poate să nu primească suficient oxigen, ceea ce poate duce la o vedere neclară, durere, lăcrimare, ochi roşii şi sensibilitate la lumină. Dacă aveţi astfel de semne şi simptome, scoateţi imediat lentilele de contact. Întotdeauna păstraţi cutia lentilelor de contact la îndemână pentru a le putea scoate şi depozita în siguranţă dacă vederea devine înceţoşată sau dacă ochii încep să vă doară. De asemenea, este utilă purtarea unei perechi de ochelari ca rezervă în caz că apar astfel de probleme.



Lentilele de contact moi sunt disponibile în următoarele variante:

- *Pentru uz zilnic sau convenţionale.* Aceste lentile de plastic se conformează formei ochiului. Aşa cum spune şi numele, ele sunt proiectate pentru a fi purtate atunci când sunteţi treaz şi să fie scoase atunci când mergeţi la culcare. Nu trebuie să le purtaţi peste noapte. Este important să le curăţaţi în fiecare zi după ce le purtaţi şi să le înlocuiţi în fiecare an.
- *De folosinţă scurtă sau de înlocuit frecvent.* Aceste lentile sunt mai subţiri şi mai permeabile la oxigen decât lentilele pentru uz zilnic, ceea ce le face să fie şi mai confortabile. Cum sugerează şi numele, cele de folosinţă scurtă sunt proiectate pentru a fi înlocuite la intervale regulate. Unele sunt proiectate pentru a fi purtate numai o zi, altele pentru 2 săptămâni şi altele pentru 1-3 luni. Durata depinde de model, de material şi de cât de bine aveţi grijă de ele. Ca şi alte lentile moi, cele de scurtă folosinţă se pot rupe dacă le manevraţi cu brutalitate. Ele au, în general, mai puţină nevoie de îngrijire decât lentilele moi convenţionale.
- *Pentru purtare îndelungată.* Aceste lentile de contact sunt de obicei de unică folosinţă şi sunt proiectate pentru a fi purtate pentru mai mult de 24 de ore în continuu. Lentilele sunt omologate pentru purtare continuă până la 7 zile. Totuşi, majoritatea medicilor nu recomandă lentilele pentru purtare îndelungată deoarece, indiferent de materialul din care sunt confecţionate, ochii primesc mai puţin oxigen atunci când purtaţi lentile de contact în somn. Lentilele vă expun şi la un risc crescut de infecţii oculare deoarece creşterea bacteriilor se accelerează semnificativ dacă le purtaţi peste noapte.

Alegerea şi achiziţionarea lentilelor de contact

Orice formă de lentile de contact aţi alege, asiguraţi-vă că beneficiaţi de serviciile unui profesionist care poate determina nevoile dumneavoastră exacte. Vederea bună, confortul şi sănătatea ochilor depind de alegerea corectă a lentilelor de contact.

Prescrierea lentilelor de contact este mai complexă decât prescrierea ochelarilor de vedere. Lentilele de contact necesită măsurători pentru putere, curbură, diametru şi grosime, precum şi a alegerii modelului şi materialului. O prescripţie pentru lentile de contact este făcută după o evaluare iniţială şi 1-2 controale ulterioare.

Îngrijirea lentilelor de contact

Îngrijirea corectă a lentilelor de contact este vitală pentru confortul şi sănătatea generală a ochilor. Fiecare tip de lentilă are propriile ei cerinţe, dar indiferent ce tip purtaţi, prima regulă este să le menţineţi curate.

1. Înainte de a manevra lentilele de contact, spălaţi-vă mâinile cu săpun. Clătiţi şi apoi ştergeţi mâinile cu un prosop curat.
2. Niciodată nu folosiţi apă de la robinet sau salivă pentru a curăţa lentilele. Aceste lichide pot conţine microorganisme care pot produce infecţii. Folosiţi numai soluţii sterile şi dezinfectante pentru curăţare.
3. Pentru cele de uz zilnic şi cele rigide permeabile la gaze, folosiţi în plus o soluţie de curăţare a proteinelor pe bază de enzime.
4. Unele bacterii pot penetra lentilele de contact moi. După curăţarea fiecărei lentile prin frecarea cu blândeţe în palmă cu soluţie de curăţare, cufundaţi lentilele în soluţie de curăţat pentru cel puţin 4 ore înainte de a le purta din nou. Aceasta va omorî majoritatea bacteriilor.
5. Înlocuiţi cutia lentilelor de contact o dată la 3 luni.

Chirurgia refractivă

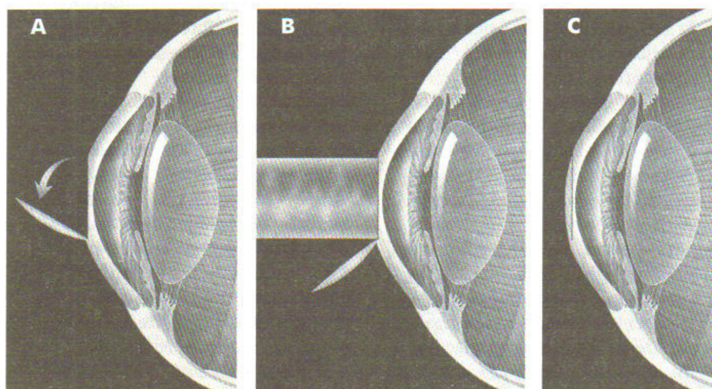
O alternativă din ce în ce mai populară la folosirea ochelarilor de vedere sau lentilelor de contact este chirurgia cu laser pentru corectarea curburii corneei. Chirurgia refractivă poate corecta hipermetropia, miopia şi astigmatismul, deşi nu poate fi de ajutor în presbiopie, slăbirea vederii de aproape care se petrece în jurul vârstei de 40 de ani.

Creşterea bruscă în popularitate a chirurgiei refractive se datorează parţial marketingului intens şi parţial eficienţei tratamentului. Ea permite multor oameni să renunţe la ochelarii de vedere sau la lentilele de contact. Totuşi, acest tip de chirurgie are riscuri. Dacă sunteţi mulţumit de ochelarii sau de lentilele de contact, s-ar putea să doriţi să nu vă asumaţi nici un risc.

De obicei, candidaţii la chirurgia refractivă sunt adulţi sănătoşi între 18 şi 55 de ani a căror vedere nu s-a schimbat în ultimul an şi care au miopie, hipermetropie sau astigmatism moderate. Este posibil să nu fiţi apt dacă aveţi lacrimaţie insuficientă, cataractă sau alte probleme de ochi, sau dacă sunteţi gravidă, deoarece problemele dumneavoastră de vedere se pot schimba în cursul sarcinii.

Chirurgia LASIK

Cel mai întâlnit tip de chirurgie refractivă este LASIK (laser-assisted in-situ keratomileusis).



În timpul chirurgiei LASIK: (A) un capac circular de ţesut este tăiat din cornee şi rabatat. (B) Un laser rece remodelează ţesutul corneei subiacent. (C) După ce remodelarea a luat sfârşit, capacul de cornee este repus în poziţie peste zona tratată.

Această procedură este în prezent standardul pentru corecţia chirurgicală a miopiei. Întreaga procedură durează 10 - 20 de minute, iar raza laser este folosită, în general, pentru mai puţin de 1 minut.

În ochi sunt puse picături de anestezic. Instrumentul delicat de tăiere (microkeratomul) este folosit pentru a tăia un capac circular de ţesut din mijlocul corneei. Acest capac, încă ataşat de cornee, este aproximativ de mărimea şi forma unei lentile de contact. Chirurgul rabatează capacul şi foloseşte un laser special pentru a remodela straturile corneei, îndepărtând câte un strat microscopic o dată.

Un computer care citeşte o hartă topografică a corneei îi spune chirurgului exact ce mase de ţesut să îndepărteze. Laserul este cunoscut şi ca laser rece deoarece vaporizează ţesutul fără a provoca distrugeri caracteristice căldurii.

Dacă sunteţi miop, sunt îndepărtate straturi din centrul corneei pentru a nivela forma ei bombată. Dacă sunteţi hipermetrop, chirurgul excizează un inel în formă de gogoaşă pentru a produce o curbură mai accentuată. Iar dacă aveţi astigmatism, chirurgul poate netezi distorsiunea din curbura corneei.

După excizie, chirurgul repune capacul din cornee în poziţia de deasupra suprafeţei tratate, apoi aşază un pansament transparent pe ochi. Acest pansament trebuie purtat peste noapte. Capacul se ataşează la cornee rapid, fără suturi.

Keratectomia fotorefractivă

Un alt procedeu chirurgical folosit cu la fel de mult succes este keratectomia fotorefractivă (PRK). În loc de a sculpta straturile interne ale corneei, chirurgul foloseşte laserul rece pentru a remodela stratul extern al corneei. După îndepărtarea stratului epitelial protector subţire al corneei, chirurgul netezeşte curbura corneei. Epiteliul creşte la loc şi se mulează pe curbura corneei. Trebuie să vă aşteptaţi să petreceţi 1-2 ore la cabinetul medicului. Vizitele pentru control de rutină sunt după o zi, o săptămână, o lună şi un an.

Beneficiile şi dezavantajele chirurgiei

Chirurgia refractivă permite la aproximativ 70% dintre miopi să capete vedere 20/20 fără lentile corectoare. Mai mult de 90% obţin cel puţin vedere 20/40, nivelul cerut de obicei pentru a promova examenul medical de vedere în scopul obţinerii permisului de conducere. Aceste procente continuă să crească în urma îmbunătăţirii tehnologiei şi procedurilor chirurgicale.

Vederea funcţională – capacitatea de a desfăşura majoritatea activităţilor zilnice fără ajutorul lentilelor corectoare – revine la aproximativ o zi după LASIK şi în 7 - 10 zile de la PRK. Când anestezicul îşi pierde efectul după LASIK, s-ar putea să simţiţi o senzaţie de mâncărime în ochi pentru aproximativ o zi. Totuşi, LASIK este mai puţin dureroasă, deoarece terminaţiile nervoase ale corneei expuse sunt acoperite de capacul de cornee. În cazul PRK, durerea poate fi mult mai intensă pentru mai multe zile şi poate necesita analgezice puternice.

După chirurgia LASIK, aproximativ 2% din oameni nu mai văd atât de clar cum vedeau înainte, în comparaţie cu 1% în cazul PFRK. 5 - 15% dintre operaţi suferă o a doua intervenţie pentru a le fi îmbunătăţită vederea. Alte probleme posibile care pot apărea după chirurgia refractivă includ:

- sensibilitatea crescută la lumină;
- probleme cu strălucirea;
- vedere tulbure, care în mod normal se rezolvă cu timpul;
- vedere nocturnă slabă şi halouri în jurul luminilor;
- intoleranţă la lentilele de contact.

Alegerea chirurgului potrivit

Pentru operaţia dumneavoastră, alegeţi un oftalmolog cu pregătire specială pentru această procedură, experienţă în procedura pe care trebuie să o faceţi şi o rată ridicată de succes. Începeţi prin a-i cere medicului de familie recomandări.

Îndată ce identificaţi un posibil chirurg, puneţi următoarele întrebări. Aveţi numai o pereche de ochi, aşa că alegeţi cu grijă cui îi încredinţaţi.

- De cât timp practicaţi acest tip de chirurgie? (Căutaţi pe cineva cu ani de experienţă, nu luni.)
- Aproximativ câte operaţii de acest fel aţi făcut şi câte faceţi în medie pe săptămână sau pe lună? (Alegeţi pe cineva care face unele dintre aceste operaţii săptămânal şi care a făcut asemenea intervenţii de sute de ori.)
- Câţi dintre pacienţii trataţi de dumneavoastră au obţinut vedere 20/20 fără lentile corectoare?

Câţi au obţinut vedere 20/40? (Căutaţi pe cineva ale cărui performanţe sunt cel puţin la media naţională de 70% pentru vederea 20/20 şi 90% sau mai mult pentru vederea 20/40.)
- Câţi dintre pacienţii dumneavoastră se întorc pentru o operaţie adiţională? (Media este 5 – 15%.)
- Care sunt riscurile şi posibilele complicaţii? (Dacă medicul garantează că intervenţia va elimina nevoia dumneavoastră de ochelari sau lentile de contact, sau că riscurile sunt aproape inexistente, căutaţi un alt chirurg.)

Traumatismele oculare

Din când în când, se produc leziuni ale ochilor de un fel sau altul –o scamă murdară, un grăunte de nisip sau un strop de chimicale de uz casnic, de exemplu.

Obiectele străine

Semne şi simptome

- Durere bruscă în ochi
- Scădere bruscă a acuităţii vizuale
- Ochi roşu

Toţi oamenii au ocazional câte un grăunte de nisip intrat în ochi, şi, deseori, clipitul ajută la îndepărtarea lui. Dacă aceasta nu merge sau dacă ştiţi că ceva mai grav a intrat în ochi, solicitaţi prompt îngrijire medicală. Un obiect străin în ochi poate fi o ameninţare serioasă pentru vedere, în mod special dacă obiectul intră chiar în ochi sau lezează corneea sau cristalinul.

Diagnostic

Dacă mergeţi la un medic să vă ajute în cazul unui obiect străin în ochi, vă va examina cel mai probabil ochiul cu un biomicroscop – un instrument cu o sursă de lumină şi cu mărire puternică. Dacă obiectul a intrat chiar în ochi, s-ar putea să fie nevoie de o radiografie sau o tomografie computerizată (CT).

Tratament

Dacă obiectul poate fi văzut pe suprafaţa ochiului, medicul îl va îndepărta cu penseta. Dacă obiectul nu mai este prezent, dar a zgâriat corneea, s-ar putea să aveţi nevoie local de un antibiotic pentru a vă proteja împotriva infecţiilor. Medicul vă poate recomanda să purtaţi un pansament peste ochi pentru a-l proteja până la vindecarea corneei. Dacă obiectul a intrat în ochi, va fi probabil necesară îndepărtarea chirurgicală.

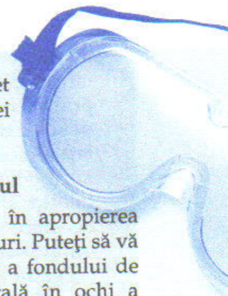
Arsurile chimice

Semne şi simptome

- Durere oculară
- Vedere slăbită
- Sensibilitate crescută la lumină

Arsurile chimice oculare vă pun în pericol vederea. Dacă slujba

Protejarea ochilor



Miturile despre îngrijirea ochilor sunt frecvente. De exemplu, avertismentul că cititul în lumină slabă sau statul prea aproape de televizor afectează vederea nu sunt adevărate. Cititul cu lanterna este de asemenea inofensiv, precum şi statul în primul rând de la cinematograf. Aceste activităţi pot să vă facă să simţiţi ochii obosiţi, dar ele nu îi afectează.

Oricum, multe alte situaţii vă pot afecta serios ochii. Unele dintre cele mai frecvente leziuni sunt rezultatul accidentelor în timpul acţiunilor zilnice cum ar fi gătitul, curăţenia sau lucrul în grădină. Pentru a vă proteja vederea:

Purtaţi ochelari de protecţie

Purtaţi ochelari de protecţie în timp ce lucraţi cu substanţe chimice industriale, unelte de mână sau mecanizate. Asiguraţi-vă că şi copiii dumneavoastră capătă obişnuinţa de a purta ochelari de protecţie atunci când ajută la operaţiuni casnice periculoase, gătit, grădinărit sau tunsul gazonului. Învăţaţi copiii de mici să poarte ochelari de protecţie când folosesc unelte.

Este o idee bună să purtaţi ochelari de protecţie şi pentru sporturi cum ar fi baschet, squash şi tenis. Folosiţi echipament potrivit pentru cap, cum ar fi casca pentru baseball şi masca pentru hochei. Dacă un puc de hochei vă loveşte în ochi poate produce leziuni interne serioase. Jucătorii de baschet suferă frecvent de abraziuni ale corneei de la degetele înfipte în ochi.

Aveţi grijă când vă aplicaţi machiajul

Aveţi grijă când folosiţi orice lucru în apropierea ochilor, de la pensule şi până la spray-uri. Puteţi să vă lezaţi corneea prin aplicarea în grabă a fondului de ten sau prin pulverizarea accidentală în ochi a fixativului.

Respectaţi instrucţiunile

Citiţi instrucţiunile de pe detergenţi, amoniac, lichide pentru curăţare şi alte chimicale pentru uz casnic. Când folosiţi lichide care vin în containere de tip spray, nu îndreptaţi pulverizatorul către ochi niciodată. Depozitaţi chimicalele de uz casnic în siguranţă şi nu la îndemâna copiilor.

Aruncaţi jucăriile periculoase

Nu lăsaţi copiilor jucării care le pot leza ochii. Exemple: arme cu aer comprimat, săbii de plastic sau jucării cu arcuri care aruncă cu săgeţi. Nu le permiteţi copiilor să umble cu artificii.

Fiţi prudent când manipulaţi bateriile de maşină

Când ataşaţi cablurile la baterie, aceasta poate exploda şi acidul vă poate pătrunde în ochi.

Întrebare și răspuns

Purtarea ochelarilor de vedere îmi va feri ochii de îmbolnăvire?

Expunerea pe termen lung la radiații ultraviolete (UV) provenite de la soare poate contribui la apariția bolilor de ochi, în mod special la cataractă sau degenerare maculară legată de vârstă. Cel mai simplu mod de a vă proteja ochii de aceste probleme este purtarea ochelarilor de soare. În general vorbind, nu aveți nevoie să îi purtați de fiecare dată când ieșiți afară. Dar dacă petreceți mult timp la soare, purtați ochelari care vă protejează de radiațiile UV.

Alegeți ochelari care oferă maximă protecție și la ultravioletele A (UVA) și la ultravioletele B (UVB). Cu cât sunt mai mult blocate radiațiile ultraviolete, cu atât riscul de leziune este mai redus. Pentru a minimiza radiația UV care intră prin lateral, alegeți ochelari de soare care se mulează pe față. Folosiți ochelarii și în zilele înnorate, cum îi folosiți și în cele senine, deoarece norii nu filtrează ultravioletele.

Pentru activități ce au loc pe apă sau zăpadă, ochelarii cu pigment gri și lentile polarizate pot reduce strălucirea. Ochelarii cu pigment gri sau verde oferă cea mai mică distorsiune a culorilor.



dumneavoastră presupune folosirea de chimicale periculoase, fiți conștient de pericole, protejați-vă ochii cu ochelari de protecție, și țineți minte unde se află cea mai apropiată sursă de apă curată în cazul în care aveți nevoie să vă clătiți ochii. Rețineți că produsele de uz casnic pentru curățare, în mod special cele care conțin amoniac sau clor, și chimicalele pentru grădinărit pot cauza leziuni serioase.

Contactul direct – o substanță chimică intrată în ochi – este extrem de periculos, dar vaporii concentrați și aerosolii pot și ei să provoace leziuni. Veți observa dacă o substanță chimică a afectat unul sau ambii ochi. Ei pot să doară, să fie sensibili la lumină, iar vederea dumneavoastră poate fi încețoșată.

Tratament

Clătiți imediat ochiul cu apă curată timp de 15-30 de minute. Pentru a vă clăti ochiul, țineți capul sub un robinet sau turnați apă pe ochi dintr-un recipient curat. Țineți ochii deschiși cât de larg posibil în timp ce-i clătiți.

Arsurile chimice oculare sunt o urgență medicală și trebuie tratate prompt. Mergeți la camera de gardă a spitalului local sau contactați oftalmologul. Medicul care vă examinează și tratează ochiul poate folosi un anestezic pentru a reduce durerea. În funcție de gravitatea leziunii, ochiul poate fi bandajat sau tratat cu un antibiotic și lăsat să se vindece. Leziunile serioase ale conjunctivei, corneei sau pleoapei pot necesita tratament chirurgical într-o etapă ulterioară.

Ochiul vânăt

Semne și simptome

- Vânătaie în jurul ochiului
- Edemațierea (umflarea) pleoapei și a țesutului din jurul ochiului

O vânătaie în jurul ochiului – așa-numitul ochi vânăt – rezultă în urma sângerării pe sub piele. Leziunea poate fi limitată la o mică sângerare ce dă caracterul de vânătaie neagră-albastră. Uneori, ochiul vânăt indică o leziune mai extinsă, chiar și o fractură de craniu, în mod special dacă zona din jurul ambilor ochi este vânătă sau dacă ați suferit o lovitură la cap.

Tratament

Cu o apăsare ușoară, aplicați gheață pe țesutul moale din jurul regiunii afectate pentru 10-15 minute. Aveți grijă să nu apăsați pe ochi.

Solicitați îngrijire medicală prompt dacă aveți probleme cum ar fi vedere dublă sau cețoasă, ori dacă aveți dureri mari sau sângerare din ochi sau din nas. Medicul poate determina dacă s-au petrecut leziuni mai grave.

Hemoragia intraoculară

Semne și simptome

- Sângerare din porțiunea anterioară a ochiului

Sângerarea în porțiunea anterioară a ochiului (hifema) poate urma unei traume directe a ochiului. Poate rezulta în urma unei leziuni cu corp neted sau ascuțit care perforează învelișul ochiului. Câteodată, hifema poate rezulta în urma inflamației severe a irisului (irita), a unei anomalii vasculare sau a cancerului ocular. Când sângerarea este cauzată de traumă, sângele este absorbit de obicei complet în câteva zile. Sângerarea recurentă poate slăbi vederea și poate afecta corneea. În unele cazuri poate apărea glaucomul.

Tratament

Medicul vă poate recomanda spitalizarea, în special dacă se constată sângerare recurentă. Medicația poate scădea riscul sângerării repetate. În cazul hemoragiilor severe, medicul poate drena sângele printr-o mică deschidere în ochi. Acest drenaj poate fi redeschis mai târziu dacă reapar sângerări.

Leziunile corneene

Semne și simptome

- Durere oculară severă
- Ochi roșu
- Pleoape umflate

Corneea este stratul curbat, transparent care acoperă partea anterioară a ochiului. Împreună cu corneea, cristalinul focalizează imaginile pe retină. Fiind cea mai expusă parte a ochiului, corneea este susceptibilă de numeroase leziuni, ulceraţii şi infecţii. Cea mai frecventă leziune a corneei este abraziunea – iritaţia cauzată de scărpinat sau frecat. Aceasta poate apărea atunci când un grăunte de nisip ori o aşchie zgârie corneea sau atunci când purtaţi lentile de contact prea mult timp. De asemenea, corneea poate fi arsă prin expunerea la radiaţie ultravioletă după ce aţi stat la soare sau sub o lampă pentru bronzat prea mult timp sau v-aţi uitat la un arc de sudură fără protecţia oculară potrivită.

După lezarea corneei, ţesutul din jurul ochiului se poate umfla, iar ochiul roşu se poate înroşi şi mai tare şi poate durea intens. S-ar putea să clipiţi mai des decât normal. Unii oameni nu simt nici un simptom pentru mai multe ore după lezare, apoi poate apărea brusc un disconfort extrem, aparent fără motiv.

Tratament

Picăturile de pus în ochi care conţin un pigment pot ajuta medicul să identifice leziunile corneei. Leziunile şi abraziunile simple ale corneei se tratează prin îndepărtarea oricărui corp străin, acoperirea ochiului cu un pansament şi lăsarea ochiului să se vindece de la sine. Corneea se vindecă de obicei repede, în 1-2 zile. Medicul vă poate aplica un unguent cu antibiotic pentru a preveni infecţia şi vă poate prescrie un calmant pentru prima şi eventual a doua zi pentru a suprima disconfortul. Leziunile mai serioase ale corneei pot necesita tratament chirurgical.

Afecţiunile pleoapelor

Pleoapele, deşi subţiri şi delicate, sunt extrem de importante pentru protejarea ochilor. Reflexe rapide şi puternice fac pleoapele să se închidă când un obiect se apropie sau când particule iritante se găsesc în aer. De asemenea, pleoapele lubrifiază ochii şi îi spală de particule străine.

Glandele lacrimale localizate deasupra fiecărui glob ocular produc lacrimi, care sunt distribuite de pleoape într-un film subţire. Lacrimile sunt drenate de pe ochi prin canalele nazolacrimale, care au orificii la colţul medial al fiecărei pleoape. Canalele nazolacrimale transportă lacrimile la nas – ceea ce explică de ce plânsul produce secreţie nazală. Pleoapele sunt căptuşite de conjunctivă, mucoasa transparentă care acoperă de asemenea albul ochiului.

Abcese

Semne şi simptome

- Umflarea dureroasă la marginea pleoapei
- Vederea uşor înceţoşată

Un abces este o infecţie în jurul rădăcinii (foliculului) unei gene. Un abces seamănă cu o veziculă sau o pustulă. Puteţi avea mai mult decât unul la un moment dat sau mai multe succesiv deoarece bacteria care infectează iniţial un fir de păr se poate împrăştia şi infecta şi altele.

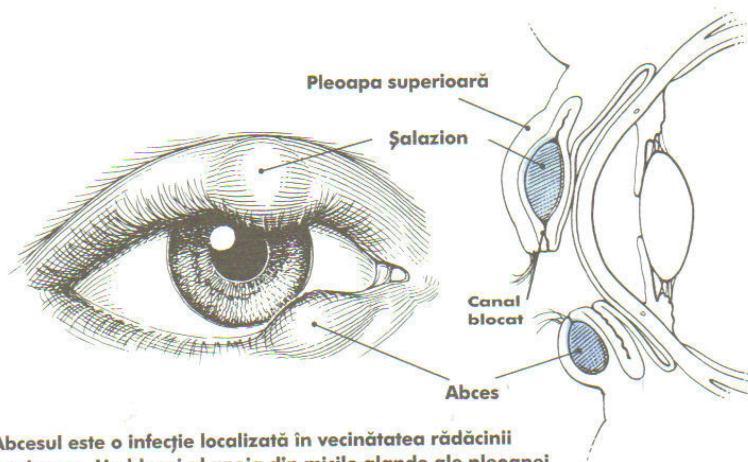
Un abces se dezvoltă de obicei gradat, formând o umflătură roşie, dureroasă. Eventual, umflătura se poate umple cu puroi şi poate erupe. Eliberarea puroiului micşorează durerea, şi după alte câteva zile, abcesul dispare, de regulă.

Un alt tip de abces este şalazionul. Spre deosebire de precedentul, el este relativ nedureros. Rezultă din blocajul uneia dintre micile glande (meibomiene) care produc o parte din lacrimi. Bacteriile pot creşte în interiorul glandei blocate. Un şalazion se dezvoltă ceva mai mult în sus şi în interiorul pleoapei. Majoritatea şalazioanelor produc doar un uşor disconfort, dar pot trece şi neobservate.

Tratament

Abcesele sunt aproape întotdeauna inofensive pentru ochi şi pentru vedere. Oricum, dacă un abces interferă cu vederea sau dacă nu dispare de la sine, sau dacă aveţi infecţii recurente, consultaţi un medic.

Pentru a trata un abces, aplicaţi o compresă caldă pentru aproximativ 10 minute de 4 ori pe zi. Pentru a face o compresă, înmuiaţi o cârpă curată în apă caldă şi stoarceţi-o înainte de a o aplica pe ochi. Compresele calde pot ameliora durerea. Nu stoarceţi abcesul pentru a scoate puroiul. Lăsaţi-l să se spargă singur, apoi spălaţi bine pleoapa. Dacă abcesul nu cedează sau dacă aveţi infecţii



Abcesul este o infecţie localizată în vecinătatea rădăcinii unei gene. Un blocaj al uneia din micile glande ale pleoapei poate produce o umflătură similară, numită şalazion.

Picăturile pentru ochi

Multe mărci de picături pentru ochi pot fi cumpărate fără prescripţie. Ele se împart în 2 mari categorii: lacrimi artificiale şi vasoconstrictoare.

Lacrimile artificiale

Lacrimile artificiale conţin substanţe cum ar fi metilceluloza, care reţin apa şi seamănă cu propriile lacrimi. De obicei, 1-2 picături în fiecare ochi lubrifiază şi dau confort pentru mai multe ore. Puteţi folosi lubrifierea artificială de câte ori doriţi.

Vasoconstrictoare

Vasoconstrictoarele (Murine, Visine) conţin medicamente care fac ca vasele de sânge din conjunctivă să se contracte. Dacă aveţi ochi injectaţi – roşeaţă şi vase de sânge vizibile – 1-2 picături în fiecare ochi vor îndepărta de regulă roşeaţa pentru mai multe ore şi adesea vor oferi şi confort. Unele vasoconstrictoare conţin şi un antihistaminic pentru a preîntâmpina fenomenele alergice.

Vasoconstrictoarele nu ar trebui folosite mai mult de 3 zile, decât dacă doctorul v-a recomandat altfel. Abuzul duce la un efect de rebound, cu umflare şi roşeaţă mai ample care persistă chiar şi după oprirea folosirii picăturilor.

Urmaţi cu atenţie aceste sfaturi pentru orice picături folosiţi. Un farmacist vă poate ajuta să alegeţi tipul de picături şi vă poate informa cum să le folosiţi. După ce vă puneţi o picătură în ochi, urmaţi aceşti paşi simpli:

1. ţineţi ochii închişi 30-60 de secunde. Astfel, stimulaţi absorbţia şi micşoraţi drenajul prin canalul nazolacrimal;
2. nu clipiţi. Clipitul tinde să mute lichidul de pe ochi în canalul nazolacrimal;
3. folosiţi arătătorul pentru a aplica o presiune fermă pentru 1-2 minute pe joncţiunea pleoapei inferioare cu nasul pentru a bloca deschiderea canalului nazolacrimal.

recurente, medicul vă poate prescrie un antibiotic cu administrare pe cale orală sau o cremă cu antibiotic pe care să o aplicaţi pe pleoapă. Un abces deosebit de rezistent poate necesita o puncţie şi drenarea.

Un şalazion dispare de obicei fără tratament în 1-2 luni. Aplicarea compreselor calde poate accelera vindecarea. Medicul vă poate prescrie un unguent cu antibiotic. Dacă aceste metode se dovedesc ineficiente sau dacă şalazionul continuă să crească, poate fi îndepărtat chirurgical. După această procedură, ochiul este acoperit de obicei cu un pansament timp de mai multe ore.

Probleme legate de lăcrimare

De fiecare dată când clipiţi – o dată la câteva secunde – lacrimile vă lubrefiază ochii. Acest lichid este esenţial pentru ca ochii dumneavoastră să funcţioneze normal. Pot apărea probleme cu glandele lacrimale, având ca rezultat inundarea sau uscarea ochilor.

Ochii uscaţi

Ochii uscaţi, având drept cauză o cantitate sau o calitate inadecvată de lacrimi, pot induce o senzaţie de disconfort. Vă puteţi simţi ochii fierbinţi şi rugoşi, şi pot arăta umflaţi şi roşii. Această situaţie afectează de obicei ambii ochi.

Ochii uscaţi pot fi rezultatul unei alergii la picăturile de ochi folosite pentru altă afecţiune sau al sindromului Sjögren, o boală de ţesut conjunctiv adeseori asociată cu poliartrita reumatoidă, sau pot fi aparent fără cauze. Ochii uscaţi sunt mai des întâlniţi la femei post-menopauză, probabil datorită modificărilor hormonale. Probleme care nu sunt legate de producţia de lacrimi pot şi ele să vă facă să vă simţiţi ochii uscaţi sau să vă dea mâncărimi locale. Aceste simptome pot include:

- inflamarea pleoapei (blefarită);
- entropion sau ectropion (vezi pag. 639);
- iritanţi din mediu, cum ar fi fumul, soarele, vântul şi instalaţiile de încălzire de interior;
- tulburarea reflexului de clipire;
- oboseala ochilor.

În plus, multe medicamente comune, distribuite cu şi fără prescripţie, pot duce la uscarea ochilor. Acestea includ diuretice, antihistaminice, decongestionante, somnifere, antidepresive triciclice, unele medicamente pentru tratarea acneei şi analgezicele opioide, cum ar fi morfina.

Tratament

Deşi această stare nu reprezintă în general o ameninţare pentru vedere, disconfortul dat de ochii uscaţi poate necesita tratament medical. Medicul vă va prescrie cel mai probabil lacrimi artificiale pe care să le folosiţi pentru a vă umecta ochii oricând aveţi nevoie. Dacă starea în care vă aflaţi este cauzată de o reacţie alergică la picături pentru ochi, întreruperea administrării lor ar trebui să fie de ajutor.

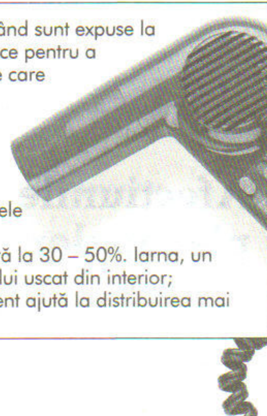
Ochii înlăcrimaţi

Prea multă lacrimaţie poate fi rezultatul producerii excesive de lacrimi sau al drenajului inadecvat prin canalele nazolacrimale, tuburile prin care se scurg

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Ca orice lichid, lacrimile se evaporă atunci când sunt expuse la aer. Iată câţiva paşi simpli pe care îi puteţi face pentru a încetini evaporarea şi a minimiza problemele care apar datorită ochilor uscaţi:

1. nu îndreptaţi către ochii dumneavoastră uscătoarele de păr, instalaţia de încălzire din automobil, aerul condiţionat sau ventilatorul;
2. purtaţi ochelari când ieşiţi în aer liber în zilele cu vânt şi ochelari speciali când înotaţi;
3. păstraţi umiditatea din casa dumneavoastră la 30 – 50%. Iarna, un umidificator poate adăuga umezeală aerului uscat din interior;
4. ţineţi minte să clipiţi. Clipitul repetat conştient ajută la distribuirea mai omogenă a lacrimilor.



lacrimile de la ochi prin nas. Această problemă apare cel mai frecvent la adulţi. Oricum, aproximativ 5% din nou-născuţi se nasc cu un canal nazolacrimal obstruat. La majoritatea acestor copii, aceste canale se deschid spontan în câteva săptămâni. De obicei, numai un singur ochi este afectat de lăcrimarea continuă. Alte cauze pot include iritarea ochiului datorită frecării, infectarea pleoapei, genele care cresc spre interior, alergiile sau problemele nazale.

Tratament

Medicul va examina cu atenţie ochiul pentru semne de blocaj al canalelor nazolacrimale sau pentru producerea excesivă de lacrimi. Vă poate pune şi întrebări pentru a identifica alte cauze posibile. Acestea pot include cicatrizarea canalelor datorită sinuzitei cronice, alergiilor cronice sau leziunilor nazale. Tratamentul pentru un canal blocat implică sondarea şi irigarea (spălarea) sistemului de drenaj al lacrimilor. În unele cazuri, poate fi necesară o intervenţie chirurgicală.

Infecţia canalelor lacrimale

Ocazional, canalul nazolacrimal se poate infecta (dacriocistită). Când aceasta se întâmplă, ţesuturile din interiorul unghiului medial al ochiului şi rădăcina nasului devin umflate, roşii şi sensibile la atingere. Lacrimile pot să nu-şi mai croiască drum către nas, ducând la lacrimaţie excesivă.

Tratament

Medicul vă poate prescrie un antibiotic pentru infecţie. Pentru a elimina disconfortul aplicaţi o compresă caldă pe ochi de mai multe ori pe zi. Înmuiaţi o cârpă curată în apă caldă, stoarceţi-o şi puneţi-o peste ochiul afectat pentru circa 10 minute.

O dată infecţia vindecată, s-ar putea să fie nevoie de crearea pe cale chirurgicală a unui nou drenaj pentru lacrimi. În această operaţie, numită dacriocistorhinostomie, medicul poate folosi un tub subţire de silicon pentru a menţine deschis noul duct lacrimal până se vindecă. În cazuri rare, s-ar putea să fie necesar să se implanteze chirurgical un duct lacrimal artificial. Acesta se confecţionează din sticlă incasabilă şi se poziţionează în colţul medial al pleoapei.

Spasmul pleoapelor

Din când în când este posibil să simţiţi o pleoapă zbătându-se. Mişcările involuntare durează de obicei câteva secunde, dar se pot repeta şi pot fi enervante, făcându-vă să credeţi că este ceva în neregulă cu ochii dumneavoastră.

Spasmele sunt aproape întotdeauna inofensive; sunt similare acelor banale convulsii musculare ocazionale ale mâinii, antebraţului sau piciorului. Aceste fasciculaţii musculare durează numai câteva secunde, deşi se pot întâmpla frecvent.

Nimeni nu ştie exact cauza, deşi ele sunt frecvent asociate cu oboseala şi stresul. Foarte rar, spasmul pleoapei este simptomul unei boli musculare sau nervoase, dar simptomele acestor boli au tendinţa să se distingă de o convulsie oculară banală.

Puteţi să calmaţi spasmele pleoapei prin masarea cu blândeţe a pleoapei afectate.

Pruritul pleoapelor

Pruritul în jurul ochilor poate fi produs de alergii sezoniere, dar pruritul pleoapei poate fi cauzat de dermatita de contact, o inflamaţie cutanată ce apare atunci când degetele dumneavoastră vin în contact cu substanţe iritante sau alergene şi apoi ating ochii. De asemenea, cosmeticele pot produce reacţii alergice ale pielii sensibile a pleoapelor.

Dacă prezentaţi prurit al pleoapelor nu vă scărpinaţi sau nu frecaţi zona excesiv, deoarece puteţi produce o eczemă, cu îngroşarea tegumentului şi prurit persistent. Dacă pleoapele dumneavoastră sunt sensibile la unele cosmetice sau alte substanţe, evitaţi folosirea acestora.

Blefarita

Semne şi simptome

- Pleoape lipicioase, cu cruste şi înroşite
- Pleoape umflate, cu senzaţie de arsură, mâncărime
- Ochi roz (conjunctivită)
- Senzaţie de corp străin la clipit
- Pierderea genelor

Blefarita este inflamaţia marginilor pleoapei datorată unei infecţii bacteriene. Când glandele din apropierea genelor produc secreţii în exces creează un mediu favorabil dezvoltării bacteriene. Rezultatul este o inflamaţie cu cruste care creează disconfort şi o senzaţie neplăcută, însă rar o ameninţare pentru vedere.

S-ar putea să aflaţi că trebuie să forţaţi deschiderea ochilor dimineaţa deoarece secreţiile aderente lipesc pleoapele peste noapte. În cazurile severe, mici ulceraţii se pot dezvolta pe marginile pleoapelor, iar corneea poate fi afectată. Cei cu blefarită au deseori antecedente de abcese şi şalazioane frecvente.

Tratament

Curăţarea pleoapelor cu grijă este importantă pentru tratarea blefaritei. Dimineaţa, înmuiaţi o cârpă moale, curată, fără scame în apă călduţă, stoarceţi-o şi puneţi-o pe ochi precum compresă. Aceasta va înmuia crustele. Apoi, curăţaţi cu blândeţe genele şi marginile pleoapelor cu un tampon din bumbac înmuiat în şampon pentru copii diluat. Astfel, veţi îndepărta crustele.

Dacă măsurile de auto-ajutor nu îndepărtează problemele, medicul vă poate prescrie – în plus faţă de toaleta pleoapelor – un unguent sau picături pentru ochi care conţin antibiotice şi corticosteroizi pentru a curăţa infecţia şi a reduce



Căderea pleoapei superioare (dreapta) se numeşte ptoză.

inflamaţia. Dacă tratamentul topic nu are succes, pot fi prescrise antibiotice orale.

Ptoza palpebrală

Semne şi simptome

- Căderea uneia sau a ambelor pleoape superioare

Pleoapa căzută (ptoza) este datorată slăbirii muşchiului care ridică pleoapa superioară şi o ţine deschisă. Unii copii se nasc cu această tulburare. Când este prezentă de la naştere, afectează de obicei un singur ochi. Ptoza se transmite de obicei în familie.

La adulţi, unele ptoze ale pleoapelor pot apărea ca efect natural al îmbătrânirii, pe măsură ce muşchii pleoapei îşi pierd tonicitatea. Mai rar, o pleoapă ptozată poate fi rezultatul unei leziuni sau boli, cum ar fi diabetul, miastenia gravis, accidentul vascular cerebral, tumoră sau cancer cerebral, toate aceste afecţiuni putând afecta funcţia nervilor şi muşchilor. Căderea bruscă a unei pleoape necesită atenţie imediată. Poate fi semnul unui accident vascular cerebral sau a altei probleme acute din cadrul sistemului nervos. Dacă problema se dezvoltă pe parcursul mai multor ani, se poate datora efectelor îmbătrânirii.

Diagnostic

Dacă pleoapele copilului sunt vizibil inegale, în mod special în cazul în care vederea este obturată, duceţi copilul să fie examinat de un medic. Dacă observaţi că una sau amândouă pleoapele au devenit gradat hipotone, întrebaţi medicul despre această problemă la următoarea vizită. Dacă ptoza a survenit brusc, consultaţi imediat un medic. O examinare atentă poate fi necesară pentru a vedea dacă o problemă de sănătate mai serioasă este cauza.

Tratament

Pentru copiii născuţi cu ptoză, corectarea chirurgicală poate fi necesară pentru prevenirea vederii slăbite în ochiul afectat. La adulţi, dacă ptoza este rezultatul îmbătrânirii sau a unui traumatism, medicul vă poate recomanda o operaţie pentru scurtarea muşchiului, ridicarea (liftingul) pleoapei. Dacă o problemă generală de sănătate

Chirurgia pleoapei

Cu vârsta, ţesutul palpebral îşi pierde elasticitatea, forţa şi tonusul. Grăsimea se acumulează în jurul ochiului. Pleoapele pot cădea şi puteţi căpăta pungi sub ochi. Pleoapele căzute pot apărea pe fond ereditar. Oricare ar fi cauza, s-ar putea să aveţi mereu un aspect obosit. Probabil, pielea care atârnă va interfera cu vederea.

Intervenţia chirurgicală

Blefaroplastia este procedura chirurgicală de îndepărtare a excesului de piele şi grăsime de pe pleoapele superioare şi inferioare. Procedura are loc de obicei sub anestezie locală. Chirurgul face o incizie în cuta de pe pleoapă din vecinătatea genelor. Pielea, muşchiul şi grăsimea în exces sunt îndepărtate şi incizia este închisă. Cazurile uşoare sunt tratate uneori prin chirurgie laser. În cadrul acestei proceduri, laserul reduce suprafaţa pielii şi muşchilor fără să îi taie.

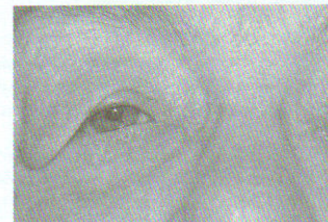
Recuperarea

Blefaroplastia trebuie să nu interfereze cu vederea dumneavoastră şi ar trebui să puteţi purta ochelarii de vedere a doua zi după operaţie. Purtarea ochelarilor de vedere poate fi de ajutor pentru protejarea pleoapelor de traume. Orice umflătură, sensibilizare sau durere trebuie să dispară în 2-4 săptămâni.

S-ar putea să aveţi unele probleme temporare. Deoarece multe vase mici de sânge sunt afectate în cursul procedurii, s-ar putea să rămâneţi cu ceva sânge sub piele (hematoame). Acestea se resorb de obicei după câteva zile şi nu lasă semne permanente. Unii oameni au temporar vedere dublă după primele ore de la operaţie. Mulţi oameni raportează lăcrimat excesiv pentru câteva zile, dar acesta dispare de obicei.

Infecţia în urma operaţiei nu apare de regulă, dar se poate întâmpla. Consultaţi medicul dacă aveţi:

- Inflamaţie importantă care nu dispare în timp
- Roşeaţă care se accentuează în următoarele zile
- Disconfort sau durere în pleoapă care nu se rezolvă în timp
- Tulburări de vedere



Relaxarea ţesutului pleoapei superioare o poate face să atârne peste gene şi să obstrucţioneze vederea. Acest fenomen se numeşte blepharochalasis.

este cauza, cum ar fi miastenia gravis, accident vascular cerebral sau diabet, tratamentul tulburării de fond poate fi de ajutor în problema pleoapei.

Entropionul şi ectropionul

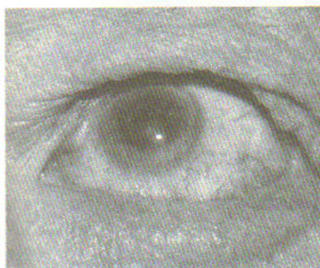
Semne şi simptome

- Gene care zgârie ochiul
- Lăcrimat excesiv
- Iritaţie a ochiului şi secreţii oculare dimineaţa la trezire

Entropionul şi ectropionul se datorează în general îmbătrânirii. În entropion, pleoapa superioară sau cea inferioară se întorc spre interior, astfel încât genele zgârie ochiul. În cazurile severe corneea se poate ulcera sau cicatriza. Unele dintre primele semne ale entropionului sunt iritaţia şi excesul de secreţii în ochi dimineaţa. Situaţia se ameliorează de obicei în cursul zilei. Pe măsură ce tulburarea avansează, iritaţia poate să persiste pentru mai mult timp sau poate deveni constantă. Este posibil să observaţi întoarcerea genelor în interior, spre ochi.

Ectropionul, opusul entropionului, este rezultatul slăbiciunii musculare. Se poate asocia unei condiţii de fond cum ar fi dermatita alergică sau lupusul eritematos.

Pleoapa inferioară se întoarce spre exterior, uneori făcând lacrimile să curgă peste marginea pleoapei inferioare în jos pe obraz în loc să se scurgă prin sistemul de drenaj lacrimal.





În entropion (sus) pleoapa se întoarce spre interior astfel încât genele freacă şi irită ochiul. În ectropion (jos) pleoapa se răsfrânge spre exterior şi atârnă din dreptul ochiului.

Tratament

Atât entropionul cât şi ectropionul pot fi corectate prin chirurgie, care repoziţionează muşchii care susţin pleoapele. Aceste proceduri sunt de obicei efectuate ambulator, sub anestezic local. Când o boală de fond este cauza ectropionului, primul pas este tratarea ei.

Boli şi tulburări oculare

Ochii sunt expuşi multor boli şi tulburări. Multe stări ale ochilor nu afectează serios vederea, dar ele pot fi supărătoare sau, pe parcursul timpului, pot creşte riscul pentru vederea dumneavoastră. Între cele mai serioase tulburări sunt acelea care sunt legate de funcţionarea ochiului. Acestea includ glaucomul, cataracta şi problemele care antrenează retina, inclusiv dezlipirea de retină şi degenerarea maculară.

Cecitatea cromatică

Semne şi simptome

- Unele culori nu mai sunt distinse sau sunt imposibil de văzut
- Incapacitatea de a distinge diferite nuanţe de culori
- Vederea numai în nuanţe de gri (extrem de rar)

Deşi majoritatea oamenilor o numesc „orbul culorilor", viaţa unei persoane cu cecitate cromatică nu este de obicei în alb-negru. Rareori se vede totul în nuanţe de gri. Majoritatea oamenilor cu vedere color slabă sunt incapabili să distingă între anumite nuanţe de culori.

Capacitatea de a vedea lumea în sute de tonuri se bazează doar pe 3 nuanţe – roşu, albastru şi verde. Când razele de lumină trec prin cristalin şi prin substanţa transparentă cu consistenţă gelatinoasă (umoarea vitroasă), care alcătuiesc o mare parte din ochiul dumneavoastră, ele interacţionează cu substanţele chimice sensibile la lumină care se găsesc în celulele cu con de pe retină. Cât timp celulele cu con pot distinge cu acurateţe roşul, albastrul şi verdele, aceste culori se pot combina mai departe pentru a produce o bandă continuă (spectru) de culori. În cazul în care din celulele cu conuri lipsesc una sau mai multe substanţe chimice sensibile la lumină, s-ar putea să vedeţi numai 2 culori, cum ar fi ori roşu şi verde, ori albastru şi galben. Cea mai întâlnită deficienţă cromatică este incapacitatea de a distinge roşul şi verdele.

Defectele pot fi uşoare, moderate sau severe, în funcţie de cantitatea de substanţe sensibile la lumină care lipseşte din celulele cu conuri. În plus, o sensibilitate redusă la culoarea roşie este rareori atât de severă ca aceea la culoarea verde. Aşa că oamenii se chinuie mai mult să vadă verdele decât roşul. Interesant este că majoritatea oamenilor cu deficienţă roşu-verde nu sunt conştienţi de problema lor. Pentru ei, frunzele sunt verzi, iar trandafirii roşii, dar „verdele" lor poate fi ceea ce oamenii cu vedere normală numesc galben.

Etiologia

Cauzele deficienţelor de vedere cromatică sunt următoarele:

Genetice

Defectul genetic responsabil de deficienţele de vedere cromatică se transmite de la mamă la fiu. Deoarece femeile au gene care compensează pentru deficienţă, boala le afectează rar. De asemenea, gena responsabilă de acest defect determină dacă tulburarea va fi uşoară, moderată sau severă. Gradul deficienţei cromatice moştenite rămâne acelaşi pe parcursul vieţii. Majoritatea oamenilor care au o deficienţă cromatică moştenită pot vedea normal în alte privinţe.

Dobândite

Deficienţele cromatice pot însoţi diverse forme de boli oculare. Oamenii pot dezvolta probleme în

a vedea albastrul şi galbenul atunci când sunt afectaţi de boală. Tulburările care ţin de nervul optic pot afecta, de asemenea, vederea cromatică. Cataracta reduce şi ea vederea cromatică.

Vârsta

Îmbătrânirea poate aduce deficienţa cromatică. În copilărie şi adolescenţă, abilitatea de a vedea culorile se îmbunătăţeşte constant şi atinge un vârf la 30 de ani. Vederea cromatică se deteriorează apoi gradat, ca proces normal al îmbătrânirii.

Diagnostic

Oftalmologul vă poate face testul pentru deficienţa cromatică. Mulţi oftalmologi folosesc o carte care conţine desene multicolore compuse din puncte în scopul testării simple şi cu acurateţe a deficienţelor vederii cromatice. Un oftalmolog vă poate ajuta să aflaţi ce tip de deficienţă cromatică aveţi şi poate determina dacă aveţi o boală de ochi asociată.

Tratament

Nu există tratament pentru corectarea deficienţelor moştenite de percepere a culorilor. Purtarea unui filtru colorat peste ochelari sau a lentilelor de contact colorate poate îmbunătăţi perceperea contrastelor. Dar asemenea lentile nu vor îmbunătăţi capacitatea de a discerne culorile. Şi, deoarece ele sunt purtate numai peste un singur ochi, ele pot distorsiona perceperea profunzimii. Dacă aveţi o deficienţă cromatică dobândită, ea se poate înrăutăţi pe măsură ce boala avansează. Tratamentele care încetinesc cursul bolii de fond deseori îmbunătăţesc vederea cromatică.

Vicii de aliniere

Strabismul şi ambliopia, defecte care afectează alinierea ochilor sunt de obicei observate pentru prima oară în copilărie. *Strabismul* este termenul general pentru definirea ochilor încrucişaţi sau pentru aceia care nu sunt aliniaţi în altă manieră. Ambliopia, frecvent numită ochiul leneş, poate fi o consecinţă a strabismului.

Copiii se nasc cu capacitatea de a vedea, dar, la început, ei nu pot focaliza. Conexiunile nervoase dintre ochi şi creier nu s-au organizat complet încă. În timpul primelor săptămâni de viaţă, ochii copilului par să rătăcească. Câteodată, ei par să lucreze independent, uneori încrucişându-se, iar alteori rotindu-se spre exterior. Este normal. Până la sfârşitul lunii a doua sau a treia, oricum, ochii copilului dumneavoastră ar trebui să lucreze în paralel şi să fie capabili să focalizeze pe obiecte de dimensiuni mici. Nimeni nu ştie de ce ochii unor copii nu sunt aliniaţi, deşi aceasta are tendinţa de a se transmite familial.

Strabismul

Vederea normală depinde de focalizarea sincronizată, rezultând în vederea binoculară. Când ochii nu funcţionează în tandem rezultă vederea dublă. La copiii mici cu strabism, oricum, creierul va ignora imaginile provenite de la un ochi, iar conexiunile nervoase dintre acel ochi şi creier nu se vor dezvolta normal.

Aproximativ 4% dintre copii au strabism. Se pare că afectează băieţii şi fetele în mod egal. Dacă nu este tratat înainte de 5 - 6 ani, riscă pierderea permanentă a acuităţii vizuale la ochiul mai slab.

Cele mai frecvente forme de strabism la copii sunt ochii încrucişaţi (esotropia) şi ochii divergenţi (exotropia). Esotropia este caracterizată prin orientarea medială a unui ochi. Exotropia apare atunci când un ochi priveşte în lateral. Uneori, ochiul va privi în jos sau în sus. Deviaţiile pot fi constante sau ocazionale, în

Aspect normal



Ochi încrucişaţi (esotropie)



Ochi divergenţi (exotropie)



Unii copii au ochi care nu se aliniază, o anomalie numită strabism. Două dintre formele frecvente de strabism sunt esotropia, în care un ochi priveşte medial, şi exotropia, în care un ochi priveşte în lateral.

situaţiile în care copilul este obosit sau muşchii ochiului sunt slăbiţi.

Vederea precară care rezultă îi împiedică pe copii să aibă o percepţie normală a profunzimii, pe care o poate da o vedere binoculară de calitate. Ochiul afectat probabil nu va vedea bine decât dacă este folosit. Aceasta poate fi realizată dacă ochiul este aliniat prin metode chirurgicale sau dacă este purtat un opercul care să obtureze ochiul neafectat (director), forţând ochiul afectat să focalizeze şi să vadă.

Ambliopia

Ambliopia este o tulburare în care vederea în ochiul nedirector este slabă, de obicei ca rezultat al strabismului. Ambliopia poate rezulta şi în urma unui grad crescut de miopie, hipermetropie sau astigmatism la un ochi sau în cazuri rare de cataractă la copii. Într-un astfel de caz, creierul „opreşte" ochiul mai slab, iar cel mai puternic devine director şi păstrează o vedere bună.

Diagnostic

Cheia tratării strabismului şi a ambliopiei este detectarea timpurie. Strabismul este de obicei uşor de recunoscut, dar ambliopia la un copil poate să nu fie manifestă, deoarece adesea nu îşi dau seama că vederea este slăbită la un ochi. Testarea acuităţii vizuale ar putea fi necesară pentru descoperirea ambliopiei. Iată o listă a semnelor ce trebuie căutate:

1. Ochii copilului dumneavoastră lucrează sincronizaţi? Puneţi copilul să urmărească mâna dumneavoastră care se mişcă înainte şi înapoi. Observaţi dacă ochii se mişcă simultan.
2. Acoperiţi unul dintre ochii copilului şi mişcaţi mâna sau o jucărie. Ochiul descoperit urmăreşte obiectul?
3. Copilul care învaţă să meargă apreciază distanţa atunci când se joacă cu obiecte?
4. Copilul dumneavoastră pare saşiu când se joacă cu jucării sau cu alte obiecte apropiate şi normal atunci când priveşte la distanţă?
5. Unul dintre ochi se mişcă anormal atunci când copilul se află la soare?
6. Copilul dumneavoastră are tendinţa să îşi încline capul pe o parte?

Când credeţi că cel mic ar putea avea ochi cu vicii de aliniere, consultaţi un medic. Niciodată nu este prea devreme pentru a testa vederea unui copil pentru aliniere. Cheia pentru diagnosticarea ambliopiei la un copil mic este identificarea diferenţelor de vedere la ambii ochi. Un oftalmolog poate testa vederea copilului dumneavoastră acoperindu-i un ochi şi observându-i reacţiile la mişcarea unor obiecte. Dacă un ochi este ambliopic, copilul ar putea să încerce să îndepărteze operculul, ar putea să prefere să aibă obiectul în faţa ochiului mai sănătos.

Până la vârsta de 3 ani, vederea poate fi evaluată cu acurateţe. Vederea slabă într-un ochi nu înseamnă neapărat că cel mic are ambliopie. Vederea slabă se poate datora miopiei, hipermetropiei, astigmatismului sau altei tulburări.

Tratament

Contrar a ceea ce se crede, copiii nu se vindecă singuri de strabism sau ambliopie, aşa că tratamentul este esenţial pentru prevenirea afectării permanente a vederii ochiului afectat.

Abordări optice

În cazul în care copilul dumneavoastră are strabism asociat cu hipermetropie – ochii se încrucişează numai când priveşte la obiecte apropiate – ochelarii de vedere pot fi suficienţi pentru rezolvarea problemei. Uneori, lentilele sunt bifocale sau sunt special proiectate pentru a compensa defectul ochiului.

Proceduri nechirurgicale

Tratamentul nechirurgical al ambliopiei presupune aşezarea unui opercul peste ochiul normal pentru a forţa folosirea ochiului mai slab. Aceasta pare să ajute la organizarea conexiunilor nervoase dintre acel ochi şi zonele din creier care procesează percepţiile vizuale. În mod normal, organizarea şi coordonarea se pot realiza pentru ambii ochi în primul an de viaţă.

Vederea dublă

Vederea dublă (diplopia) rezultă în general în urma unei probleme nervoase sau musculare. Problema poate determina un ochi să devieze de la direcţia celuilalt, astfel încât cei doi să nu mai focalizeze simultan. Imaginile pe care le recepţionează creierul de la ambii ochi sunt poziţionate diferit, ducând la vederea dublă.

Când conexiunile dintre ochi şi creier s-au format deja bine, ceea ce se întâmplă de obicei pe la vârsta de 1-2 ani, creierul interpretează semnalele exact aşa cum le recepţionează şi produce 2 imagini. Efectul poate fi derutant deoarece obiectele apar de 2 ori în câmpul vizual.

Uneori, vederea dublă este semnul unei probleme mai serioase, cum ar fi diabetul, miastenia gravis, scleroza multiplă, boala Graves sau o leziune cerebrală. În aceste cazuri, boala de fond afectează nervii dintre creier şi muşchii ochiului. Vederea dublă este de obicei numai unul dintre numeroasele simptome ale acestor boli.

Dacă prezentaţi brusc vedere dublă, faceţi un control cât de repede posibil. Între timp, puteţi ameliora situaţia prin acoperirea temporară a unui ochi.

Tratamentul unei boli de fond poate rezolva problema. Uneori, vederea dublă poate fi corectată cu ochelari de vedere cu prescripţie care conţin prisme – lentile speciale pentru alinierea imaginii văzute de un ochi cu a celuilalt. Ocazional, tulburarea este tratată chirurgical pentru a îmbunătăţi alinierea.

Acelaşi rezultat poate fi obţinut prin tratarea ochiului normal cu picături pentru ochi numite cicloplegice, care înceţoşează temporar vederea şi dilată pupila. Unii copii cu strabism pot fi trataţi de asemenea cu picături oculare numite miotice, care determină pupila să se contracte. Aceste metode sunt cel mai eficiente la copii mici.

O dată ce se îmbunătăţeşte vederea ochiului mai slab, tratamentul presupune în general aducerea ochilor în poziţie paralelă. Se pot recomanda ochelari de vedere sau intervenţii chirurgicale. Unii medici prescriu exerciţii pentru strabism sau ambliopie, dar cei mai mulţi oftalmologi consideră că acestea au o eficienţă redusă.

Tratament chirurgical

Mulţi copii, în special cei cu strabism, au nevoie de o operaţie pentru alinierea muşchilor ochilor. Chirurgul face o mică incizie în ţesutul care acoperă ochiul. Unul sau mai mulţi muşchi ai ochiului sunt apoi repoziţionaţi pentru a se obţine alinierea corectă. În funcţie de complexitatea problemei, este posibil să fie nevoie de mai multe operaţii pentru a aduce ochiul în poziţie normală. Când se încheie tratamentul înainte de vârsta de 5 sau 6 ani, vederea este aproape normală.

Conjunctivita

Semne şi simptome

- Un ochi roşu
- Senzaţie de nisip în ochi
- Mâncărimi la un ochi
- Secreţii la un ochi care formează cruste noaptea
- Vedere tulbure şi sensibilitate la lumină

Conjunctivita este inflamaţia membranei transparente (conjunctiva) care căptuşeşte pleoapele şi acoperă ochiul până la marginea corneei. Cunoscută popular ca „ochi roz", conjunctivita poate fi rezultatul unei infecţii bacteriene sau virale, unei reacţii alergice sau, la nou-născuţi, al unui canal lacrimal incomplet deschis. Nou-născuţii sunt de asemenea susceptibili de anumite bacterii dobândite din vaginul mamei. Această formă de conjunctivită (oftalmia neonatală) trebuie tratată fără întârziere pentru a preveni pierderea vederii.

Conjunctivitele virale şi bacteriene sunt frecvente la copii şi sunt adeseori extrem de infecţioase. Ochiul roz se poate răspândi într-o clasă întreagă de copii în doar câteva zile. Deşi conjunctivita poate fi iritantă, de obicei nu afectează vederea. Ocazional, conjunctivitele severe pot duce la complicaţii ale corneei la adulţi.

Toate formele de conjunctivită au semne şi simptome comune. Albul ochiului devine roz sau roşu şi apare o senzaţie de nisip în ochi la clipire. Ochiul produce o secreţie gălbuie care formează cruste în timpul nopţii. Aceste cruste lipicioase pot suda pleoapele astfel încât să fie necesară forţarea deschiderii lor dimineaţa sau înmuierea crustei.

De obicei, conjunctivita virală produce o secreţie apoasă, spre deosebire de cea bacteriană, care produce o secreţie vâscoasă. Conjunctivita alergică produce de obicei o senzaţie intensă de mâncărime, lăcrimat şi inflamare a conjunctivei precum şi unele secreţii lichide din nas.

Tratament

Puteţi reduce disconfortul creat de conjunctivită prin aplicarea de comprese calde peste ochiul sau ochii afectaţi. Înmuiaţi o cârpă curată, fără scame, în apă caldă, stoarceţi-o de apă şi aplicaţi-o pe ochi. Puteţi şterge secreţiile cu un tifon sau cu o vată de unică folosinţă umezite. Medicul vă poate prescrie picături pentru ochi cu antibiotice dacă infecţia este bacteriană. Conjunctivita virală se vindecă de la sine.

Conjunctivita alergică este frecvent tratată eficient cu comprese reci. Poate fi ameliorată şi de picături pentru ochi care conţin şi antihistaminice şi un agent care contractă vasele de sânge.

Prevenire

Deoarece conjunctivitele virale şi bacteriene se transmit rapid şi cu uşurinţă, o bună igienă este modul cel mai bun pentru prevenirea răspândirii conjunctivitei. Dacă cineva din familia dumneavoastră a contractat-o:

- nu puneţi mâinile la ochi;
- spălaţi-vă frecvent pe mâini;
- schimbaţi zilnic prosopul şi buretele de baie;
- schimbaţi faţa de pernă în fiecare seară. Spălaţi cearceafurile şi feţele de pernă în apă fierbinte;
- renunţaţi la cosmeticele pentru ochi, în special la rimel;
- nu folosiţi cosmeticele pentru ochi ale altora;
- nu folosiţi în comun cu alţii prosoapele, bureţii de baie, feţele de pernă, batistele, ochelarii sau alte ustensile;
- aruncaţi imediat batistele folosite.

Sclerita şi episclerita

Semne şi simptome

- Durere în unul sau ambii ochi
- Roşeaţă la ochi
- Vedere tulbure
- Umflarea ochiului

Sclerotica este un strat dur de ţesut care formează peretele globului ocular – structură frecvent numită albul ochiului. Sclerotica, în schimb este acoperită de episcleră, un ţesut transparent aflat între sclerotică şi membrana externă (conjunctivă). Ocazional, episclera sau sclerotica se inflamează.

Inflamaţia episclerei (episclerita) este uşoară, localizată şi apare în general la adulţi tineri. Inflamaţia scleroticei (sclerita) este o tulburare mai rar întâlnită, dar mai gravă, asociată de obicei cu boli inflamatorii ale intestinelor sau cu boli autoimune cum ar fi poliartrita reumatoidă. Sclerita afectează în primul rând oameni cu vârste cuprinse între 30 şi 60 de ani.

Atât sclerita cât şi episclerita se caracterizează printr-o zonă roşie sau vânătă pe ochi sau printr-o umflare localizată a ochiului. În ambele tulburări se inflamează vase de sânge mici. Sclerita poate fi însoţită de o durere surdă. Când sclerita se localizează în regiunea

? Întrebare şi răspuns

Care poate fi cauza unei zone roşii pe un ochi?

Învelişul extern al globului ocular este plin cu vase de sânge. Ocazional, unul dintre ele se poate sparge, apărând ca un punct sau pată de culoare roşie de sânge ceea ce dă un aspect de ochi însângerat. Aceasta este o hemoragie subconjunctivală. Poate fi alarmantă la prima vedere, dar nu trebuie să vă îngrijoraţi, decât dacă este însoţită de durere oculară. Dacă se întâmplă aşa ceva, consultaţi imediat un medic.

Un vas de sânge de sub conjunctivă se poate sparge fără nici un motiv, sau când tuşiţi, strănutaţi sau vomitaţi cu forţă. O leziune oculară poate fi şi ea o cauză pentru o asemenea hemoragie. Majoritatea hemoragiilor subconjunctivale dispar după 2-3 săptămâni. Dacă ele reapar, consultaţi medicul, care vă poate recomanda o examinare fizică mai detaliată pentru a detecta o posibilă problemă de fond.

posterioară a ochiului, vederea poate fi afectată.

Tratament

Episclerita dispare de obicei de la sine după 1-2 săptămâni, dar are tendinţa să reapară din când în când. Medicul dumneavoastră vă poate prescrie picături sau unguente cu steroizi pentru a ajuta reducerea inflamaţiei din sclerită sau episclerită. Medicamentele care dilată pupila pot fi folosite pentru a scădea şansa afectării irisului şi pentru a reduce disconfortul. Dacă aveţi sclerită, medicul vă va face unele teste pentru a determina dacă inflamaţia este asociată cu o boală de fond.

Uveita şi irita

Semne şi simptome

- Ochi roşu
- Vedere tulbure
- Sensibilitate la lumină

Uveita este inflamaţia uveei, stratul din ochi aflat imediat sub sclerotică. Uveea este alcătuită din iris, structura ce dă culoarea ochiului, corpul ciliar, care produce lichidul din interiorul ochiului şi ajută de asemenea la controlul mişcărilor cristalinului şi coroida, care se află imediat în interiorul scleroticei şi căptuşeşte globul ocular începând de la iris pe tot interiorul ochiului. Astfel, inflamarea uveei poate cuprinde regiunea din spatele ochiului, din lateral şi irisul.

Când inflamaţia cuprinde mai mult irisul şi corpul ciliar, poate fi numită uveită anterioară. Când interesează mai mult coroida, poate fi numită fie coroidită, fie uveită posterioară. Irita este inflamaţia irisului.

Uveita poate rezulta în urma unei reacţii imune provocată de o afecţiune precum boala Crohn, colita ulcerativă sau sarcoidoza, sau se poate dezvolta după o leziune gravă. Mai poate să apară în herpes sau în zona zoster.

Tratament

Uveita poate fi gravă. Diagnosticul şi tratamentul precoce sunt importante pentru prevenirea sechelelor. Uveita şi irita pot fi tratate cu diferite medicamente. Medicul vă poate prescrie un medicament cicloplegic care paralizează irisul şi menţine pupila dilatată. Astfel, se reduce durerea prin împiedicarea mişcării irisului inflamat şi reduce şansele de formare a aderenţelor dintre iris şi cristalin. Unguente sau picături pentru ochi pe bază de steroizi pot fi prescrişi pentru a reduce inflamaţia. Aspirina sau medicaţiile orale pe bază de steroizi pot fi şi ele prescrise pentru a reduce inflamaţia.

Dacă inflamaţia legată de uveita traumatică persistă mai multe săptămâni, pot apărea complicaţii, inclusiv o reacţie imună în ochiul netraumatizat. Rezultatul poate fi inflamarea uveei şi, în final, o pierdere substanţială de vedere în ambii ochi. Din acest motiv, oftalmologul poate recomanda excizia ochiului traumatizat, dacă inflamaţia nu se reduce după aşteptări.

Celulita orbitală

Semne şi simptome

- Durere într-un ochi
- Vedere slăbită
- Deplasarea ochiului
- Umflarea pleoapei
- Stare generală de rău

Celulita orbitală este o infecţie acută, rară a orbitei. Afectează în primul rând copiii, iar debutul este rapid şi sever. Bacteriile intră în orbită, adeseori de la o infecţie sinusală, un obiect străin în ochi ori de la un coş sau furuncul din pleoapă. Conţinutul ţesutului moale al orbitei se infectează. În majoritatea cazurilor este afectat un singur ochi.

Primele semne ale celulitei orbitale sunt de obicei umflarea şi înroşirea pleoapei, urmate rapid de durere şi de scăderea acuităţii vizuale. Ochiul poate fi deplasat vizibil datorită edemului, aşa că el pare că protruzionează din orbită. Când copilul prezintă aceste semne sau simptome, mergeţi imediat la cel mai apropiat spital de urgenţă.

Diagnostic

Teste, inclusiv analiza sângelui, pot fi practicate pentru a determina cauza infecţiei. Se poate face o tomografie computerizată (CT) pentru a determina dacă sinusurile sunt implicate sau dacă este prezent un obiect străin.

Tratament

Deoarece celulita orbitală este o infecţie acută periculoasă, poate fi necesară spitalizarea. Cel mai probabil vor fi prescrise antibiotice, în funcţie de tipul de bacterie implicată. Drenajul chirurgical al unui eventual abces poate fi necesar.

Transplantul de cornee

Transplantul de cornee poate reface vederea după traumatisme severe sau cicatrice ale corneei. În orice caz, transplantul de cornee nu este o opţiune atât timp cât există o infecţie în ochi.

Corneea de transplantat se obţine de la o persoană decedată care, înainte de a muri, a făcut formalităţile de a deveni donator. Analizarea ţesutului poate fi făcută în scopul de a asigura o bună potrivire între donator şi primitor. Analizarea ţesutului identifică proteinele de la suprafaţa leucocitelor care servesc ca markeri unici de distingere a unei persoane de alta.

Respingerea este o problemă mai mică în transplantul de cornee spre deosebire de transplantul de alte organe deoarece corneea are puţine vase de sânge. Oricum, dacă apar semne de respingere în urma procedurii, picăturile cu corticosteroizi controlează de obicei problema.

Operaţia se face prin îndepărtarea porţiunii centrale a corneei cicatrizate cu un instrument de tăiere circular. Apoi, o grefă de aceeaşi mărime este croită din corneea donatorului, grefa este plasată peste porţiunea decupată a corneei primitorului şi cusută cu copci foarte fine (suturi).

Chirurgul oferă instrucţiuni detaliate despre îngrijirea ochiului după operaţie şi urmăreşte atent apariţia unor eventuale semne de reject al corneei transplantate. Aceste semne includ:

- secreţii abundente sau roşeaţă a ochiului;
- durere în ochi;
- orice schimbare marcată de vedere;
- un film gri peste câmpul vizual;
- corpi flotanţi în câmpul vizual.

Ulcere şi infecţii corneene

Semne şi simptome

- Vedere slăbită
- Durere în ochi
- Ochi roşu
- O pată vizibil pe cornee

Ulcerul de cornee este o rană deschisă. Poate fi rezultatul unei infecţii virale, bacteriene sau fungice sau, mai frecvent, al unei zgârieturi care se infectează. Infecţiile virale sunt frecvent cauzate de virusul herpes simplex. Problemele pleoapelor, cum ar fi entropionul sau blefarita, pot şi ele provoca un ulcer. Retracţia pleoapelor, ca în boala Graves sau ca în ectropion, poate expune corneea astfel încât să nu mai fie scăldată de lacrimi. Şi în acest caz pot apărea ulceraţii.

Semnele şi simptomele unui ulcer bacterian sunt în general mai severe decât acelea ale unuia viral. Un ulcer bacterian se poate vedea ca o pată alburie pe cornee. Un ulcer cauzat de virusul herpes simplex este de obicei vizibil, cu excepţia cazului în care o soluţie colorantă este aplicată pe cornee. Ulcerul care devine vizibil seamănă cu ramurile unui copac.

Tratament

Ulcerele corneei sunt grave şi trebuie tratate cât de curând posibil. O dată ce medicul a determinat tipul de ulcer, poate fi prescris tratamentul potrivit. Ulcerele bacteriene se tratează de obicei cu picături pentru ochi ce conţin antibiotice. Dacă ulcerul este sever, un antibiotic poate fi injectat în vecinătatea ochiului pentru o absorbţie mai rapidă. Aplicări topice adiţionale de picături cu corticosteroizi pot atenua inflamaţia.

Dacă infecţia este virală, se pot prescrie picături sau unguente antivirale. Acestea vor fi de ajutor în controlarea evoluţiei ulcerelor. Oricum, dacă virusul herpes este cauza, ulcerul poate să reapară.

Lăsat netratat, un ulcer poate afecta permanent corneea. Un ulcer profund poate chiar eroda corneea şi produce infectarea întregului glob ocular. Dacă aceasta se întâmplă, este nevoie de tratament chirurgical O cornee sever afectată poate necesita înlocuire pe cale chirurgicală (transplant de cornee).

Glaucomul

Glaucomul mai este numit uneori „hoţul tăcut" – el vă poate fura vederea înainte să realizaţi că este ceva în neregulă. Cea mai frecventă formă a acestei boli se dezvoltă gradat, fără semne de avertizare. Mulţi oameni nu sunt conştienţi că au o problemă până când vederea lor este deja extensiv afectată. În SUA, glaucomul este cea mai frecventă cauză a orbirii şi afectează aproape 3 milioane de oameni.

Glaucomul este, de fapt, un grup de boli. Trăsătura comună a acestor boli este presiunea intraoculară anormal de mare. Spaţiul dintre cristalin şi cornee este umplut cu un lichid numit umoarea apoasă. Acest fluid circulă pornind din spatele porţiunii colorate a ochiului (iris) prin deschiderea din centrul ochiului (pupila) către spaţiul dintre iris şi cornee. Umoarea apoasă este produsă constant, aşa că trebuie drenată constant. Drenajul se face prin locul unde se întâlnesc irisul şi corneea, cunoscut şi ca unghi de drenaj. De acolo, lichidul este direcţionat către un canal (canalul Schlemm) care duce la venele mici din afara ochiului.

Când unghiul de drenaj nu funcţionează adecvat, fluidul nu poate fi drenat şi se formează presiune în interiorul ochiului. Presiunea este transmisă şi celuilalt lichid din interiorul ochiului, umoarea vitroasă din spatele cristalinului. Umoarea vitroasă apasă la rândul ei pe retină. Această presiune crescută afectează fibrele nervului optic.

Nervul optic este un mănunchi de peste un milion de fibre nervoase, situat în partea posterioară a ochiului. Se aseamănă unui imens cablu electric compus dintr-un milion de fire individuale care transportă imaginile pe care le vedem de la retină la creier. Când nervul optic este afectat, apar pete oarbe în câmpul vizual, de obicei începând cu părţile laterale

Prezentaţi risc de glaucom?

Mulţi oameni nu observă simptomele glaucomului cronic până când devin semnificative şi au apărut leziuni permanente. Pentru acest motiv este deosebit de important să fiţi conştient de factorii de risc pentru apariţia acestei boli.

Vârsta

Glaucomul cronic apare rar înaintea vârstei de 40 de ani. Riscul de a-l dezvolta aproape că se dublează la fiecare 10 ani după vârsta de 50 de ani. Glaucomul cronic este mai frecvent întâlnit la femeile în vârstă.

Rasa

Negrii au de 3-4 ori mai multe şanse să facă glaucom şi de 6 ori să sufere de orbire permanentă în urma lui. Motivele pentru această diferenţă sunt necunoscute, însă negrii ar putea să fie mai susceptibili la afectarea nervului optic sau ar putea să nu răspundă atât de bine la tratamentele disponibile actual. Asiaticii, în mod special cei cu descendenţă vietnameză sunt, de asemenea, foarte expuşi la aceste riscuri.

Istoricul familial

Glaucomul se transmite în familie. Dacă un părinte are glaucom, aveţi circa 20% şanse să faceţi boala. Dacă un frate sau o soră o are deja, şansele sunt de 50%.

Condiţii medicale

Dacă aveţi diabet, riscul de a face glaucom este de 3 ori mai mare decât la oamenii fără diabet. Un trecut cu hipertensiune arterială sau boli de inimă poate creşte şi el riscul. Alte cauze includ inflamaţii ale ochiului, cum ar fi uveita şi sclerita cronică, tumorile oculare şi dezlipirea de retină. Chirurgia oculară creşte şi ea acest risc.

Miopia

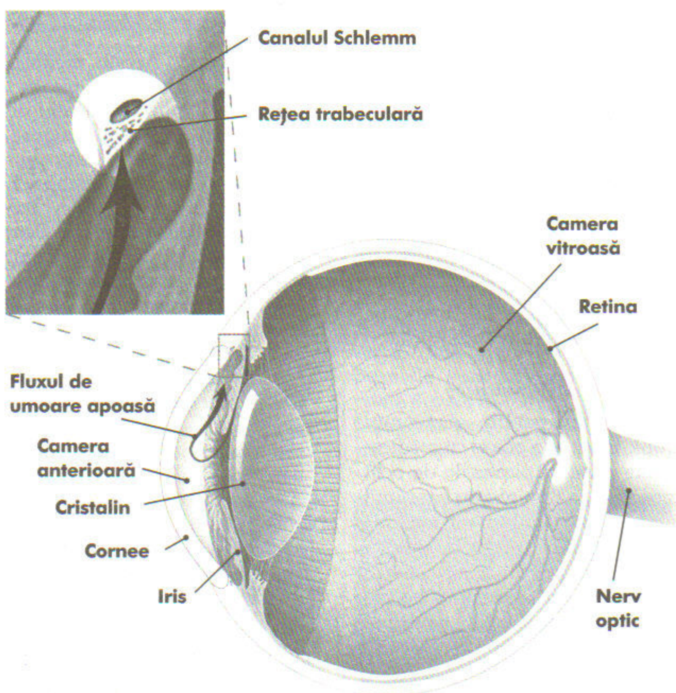
Un studiu amplu a arătat că miopii au un risc de 2-3 ori mai mare de a face glaucom în comparaţie cu cei fără miopie.

Leziunile fizice

Traumatismele severe, cum ar fi lovirea ochiului, pot avea ca rezultat creşterea presiunii intraoculare. Leziunile pot, de asemenea, să luxeze cristalinul, închizând unghiul de drenaj.

Folosirea îndelungată de corticosteroizi

Corticosteroizii folosiţi pentru perioade îndelungate de timp pentru tratarea altor boli vă supun la riscul de a face glaucom.



Pierderea vederii în glaucom rezultă din creşterea presiunii intraoculare. Umoarea apoasă trece în mod normal printr-un spaţiu dintre iris şi cristalin (vezi insertul), pentru a se drena în afara ochiului prin canalul Schlemm. Dacă acesta este blocat, presiunea crescută poate afecta nervul optic şi, în consecinţă, pierderea vederii.

(vederea periferică). Cu timpul, rezultatul poate fi pierderea marcată a vederii.

Din fericire, numai un mic procent de oameni cu glaucom îşi pierd vreodată vederea. Descoperiri recente au făcut mai uşoare tratamentul şi diagnosticarea glaucomului. Dacă este detectat şi tratat timpuriu, glaucomul nu trebuie să producă degradări semnificative ale vederii. Boala trebuie monitorizată pentru tot restul vieţii.

Glaucomul are 2 forme: acut şi cronic. Forma cronică afectează aproximativ 95% dintre cei cu glaucom. În plus, există mai multe forme rare care nu se încadrează în aceste două categorii principale.

Glaucomul cronic

Semne şi simptome

- Pierderea gradată a vederii periferice

Glaucomul cronic (cu unghi deschis) de obicei trece nedetectat ani de zile. În această boală, unghiul de drenaj format de cornee şi iris rămâne deschis, însă umoarea apoasă se drenează prea încet. Aceasta duce la creşterea gradată a presiunii intraoculare.

Afectarea nervului optic este lentă şi nedureroasă, astfel încât o mare parte din vederea dumneavoastră se poate pierde înainte să observaţi.

Cauza glaucomului cronic rămâne necunoscută. Ar putea fi faptul că umoarea apoasă este drenată sau absorbită mai puţin eficient cu vârsta. Oricum, nu toţi adulţii în vârstă fac glaucom.

Diagnostic

Glaucomul cronic nu dă semne de alarmă timpurii. Singurul mod de a detecta glaucomul este acela de a face regulat examinări ale ochilor de la vârsta de 40 de ani. Dacă aveţi risc crescut, medicul vă poate recomanda monitorizare mai frecventă. Testele pentru glaucom includ:

Tonometria şi oftalmoscopia

Tonometria este un test ieftin şi nedureros care îi permite medicului să vă determine presiunea intraoculară. O examinare oftalmoscopică a interiorului ochiului poate dezvălui afectarea nervului optic, un semn al glaucomului.

Testarea câmpului vizual

Aceste teste evaluează vederea periferică şi vederea centrală. Cu ajutorul unui test simplu şi rapid, medicul poate detecta defecte mari ale vederii periferice rugându-vă să număraţi degetele pe care le ţine în sus în timp ce îşi mişcă mâna la periferia câmpului dumneavoastră vizual. Standard, se fac testări mai detaliate ale câmpului vizual cu ajutorul unor dispozitive asistate de calculator.

Tratament

Nu este întotdeauna necesar să se trateze presiunea intraoculară uşor crescută. Dacă nu sunt găsite semne de afectare a nervului optic, medicul vă poate recomanda o monitorizare atentă a stării în care vă aflaţi prin efectuarea examinării oculare de mai multe ori pe an.

Dacă aveţi presiune intraoculară crescută, nervul optic dă semne de leziuni şi aţi pierdut vederea periferică, tratamentul este în general necesar. Dacă aveţi semne de afectare a nervului optic şi pierderi de câmp vizual, chiar dacă presiunea intraoculară este în limite normale, tratamentul este în general recomandat în scopul de a micşora şi mai mult presiunea intraoculară, ceea ce ar pute fi de ajutor în încetinirea evoluţiei glaucomului.

Glaucomul poate fi controlat cu picături pentru ochi, medicaţie orală sau proceduri chirurgicale.

Tratament medicamentos

Tratamentul pentru glaucomul cronic începe de obicei cu medicamente puse în picăturile de ochi care ajută la diminuarea presiunii intraoculare. Pentru mulţi ani, cele mai populare picături pentru tratarea glaucomului au fost cele care conţineau adrenalină (epinefrină) sau pilocarpină, pentru a creşte drenarea lichidului. Oricum, aceste medicamente dădeau efecte adverse apreciabile. În consecinţă, alte picături de ochi au fost dezvoltate şi sunt prescrise în prezent. Lista care urmează include picături pentru ochi şi medicamente administrate pe cale orală.

- *Beta blocante.* Aceste medicamente sub formă de picături pentru ochi sunt remarcabil de eficiente şi în general sigure. Cele mai frecvent folosite sunt timolol (Betimol, Timoptic), betaxolol (Betoptic) şi levobunolol (AK-Beta, Betagan). Beta blocantele pot încetini ritmul inimii şi pot agrava simptomele astmului bronşic. În unele circumstanţe, pot genera o senzaţie de oboseală, sete, depresie sau confuzie; induc de asemenea impotenţă temporară. Dacă aveţi astm, bronşită, emfizem sau diabet insulinodependent, beta blocantele ar trebui evitate.
- *Alte medicamente sub formă de picături pentru ochi* includ agenţi alfa-adrenergici, cum ar fi apraclonidina (Iopidine) şi brimodina (Alphagan), inhibitorii anhidrazei carbonice, cum ar fi dorzolamida (Trusopt), analogii de prostaglandine, cum ar fi latanoprost (Xalatan) şi prostamidele ca bimatoprost (Lumigan). Aceste medicamente scad presiunea intraoculară fie prin intensificarea drenajului fluidului din ochi, fie prin reducerea

Măsurarea presiunii intraoculare

Glaucomul este una dintre cele mai importante cauze ale orbirii în SUA. Depistarea timpurie a acestei boli nu duce la restaurarea vederii deja pierdute, dar tratamentul prompt poate opri viitoarele deteriorări şi poate încetini procesul de pierdere a vederii. Un procedeu simplu de testare, numit tonometrie, poate alerta medicul în legătură cu posibilitatea existenţei glaucomului.

Tonometria este o metodă de măsurare a presiunii intraoculare. Presiunea intraoculară normală este de aproximativ 10 - 22 mmHg. Dacă tonometria indică o presiune mai ridicată, este nevoie să se facă alte teste pentru a determina dacă aveţi glaucom.

Tonometrul de aplanaţie

Tonometrul de aplanaţie este un dispozitiv sofisticat care este ataşat de obicei la un biomicroscop, un instrument uzual pentru examinarea ochiului. Pentru acest test extrem de precis, medicul vă va anestezia ochii cu picături. Veţi sta în faţa biomicroscopului şi un mic piston de plastic va apăsa uşor pe ochiul dumneavoastră. Forţa necesară pentru a turti (aplana) o mică zonă a corneei dumneavoastră traduce în unităţi de măsură presiunea intraoculară. După acest test, puteţi simţi mâncărimi la ochi pentru o scurtă vreme.

Tonometrul cu aer comprimat

Tonometrul cu aer comprimat foloseşte un jet de aer comprimat pentru a măsura forţa necesară pentru a deprima corneea. Nu este la fel de precis ca tonometrul de aplanaţie, dar are avantajul că nu este dependent de folosirea picăturilor de anestezic deoarece instrumentul nu atinge ochiul.

producţiei de lichid. Toate au diferite efecte adverse.

- *Medicamente cu administrare orală.* O altă formă de tratament se bazează pe medicamentele cu administrare orală. Anumite medicamente, cum este acetazolamida (AK-Zol Diamox), pot scădea presiunea intraoculară prin diminuarea formării normale de lichid în ochi. Acest tip de medicament poate produce efecte adverse cu caracter general. Folosirea pe termen lung a acestor medicamente este de obicei evitată.

Oftalmologul cunoaşte efectele adverse posibile ale diferitelor opţiuni medicamentoase şi vă va spune ce să folosiţi. Dacă aveţi probleme, s-ar putea să fie necesară ajustarea dozei sau schimbarea tratamentului.

Tratament chirurgical

Dacă tratamentul medicamentos nu are succes în scăderea presiunii intraoculare, medicul vă poate recomanda o operaţie. Sunt disponibile mai multe variante. În una dintre proceduri, o rază laser este folosită pentru a deschide canalele de drenaj blocate din camera anterioară a ochiului. Pentru cazuri mai severe, o operaţie cunoscută ca procedura de filtrare ar putea fi recomandată. În această procedură, este creat pe cale chirurgicală un culoar de drenaj între interiorul ochiului şi conjunctivă pentru a micşora presiunea din interiorul ochiului.

Glaucomul acut

Semne şi simptome

- Vedere tulbure, de obicei la un singur ochi
- Halouri care apar în jurul luminilor
- Durere localizată în ochi
- Un ochi roşu

Glaucomul acut (cu unghi închis) este mai rar decât glaucomul cronic. Acest tip de glaucom apare atunci când unghiul de drenaj format de cornee şi iris se închide sau se blochează. Umoarea apoasă nu poate ieşi, rezultând o creştere a presiunii intraoculare. Creşterea de presiune poate să apară brusc sau poate progresa gradat.

Majoritatea oamenilor cu acest tip de glaucom au un unghi de drenaj foarte îngust, care poate fi o anomalie prezentă de la naştere. Glaucomul acut este mai frecvent la hipermetropi. Procesul normal de îmbătrânire poate cauza şi el blocarea unghiului de drenaj. Pe măsură ce îmbătrâniţi, cristalinul devine mai voluminos, împingând irisul înainte şi îngustând spaţiul dintre iris şi cornee.

O creştere bruscă a presiunii intraoculare poate rezulta datorită condiţiilor care fac pupilele să se dilate mult. Acestea pot include:

- întunericul sau lumina slabă;
- stresul sau excitaţia;
- anumite medicamente, cum ar fi antihistaminicele, antidepresivele triciclice şi picăturile de ochi folosite pentru dilatarea pupilei.

Atacurile de glaucom acut pot apărea brusc sau pot urma unor avertismente (atacuri praliminare) cu săptămâni sau cu luni înainte. Atacurile se întâmplă adesea seara, când lumina este slabă şi pupilele sunt dilatate. Vederea poate deveni tulbure, puteţi vedea halouri în jurul luminilor, ochii se pot înroşi şi puteţi avea dureri.

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Este foarte important să folosiţi picăturile de ochi pentru glaucom exact aşa cum au fost prescrise pentru a controla presiune intraoculară. Dacă omiteţi chiar câteva doze puteţi face ca glaucomul să se înrăutăţească. S-ar putea să aveţi nevoie să vă administraţi picăturile de mai multe ori în fiecare zi, deşi de unele este nevoie numai o dată pe zi. Dacă folosiţi mai multe tipuri de picături, aşteptaţi cel puţin 5-10 minute între administrări. Pentru a minimiza absorbţia picăturilor în torentul sangvin – şi a reduce şansa de a apărea efecte adverse – închideţi ochii pentru 1-2 minute după instilaţie. Apăsaţi uşor pe colţurile ochilor de lângă nas şi ştergeţi orice urme de picături de pe pleoape.

Deşi un atac acut afectează adesea un singur ochi, şi celălalt ochi se află, de asemenea, în pericol.

În atacurile grave, simptomele sunt similare, dar mult mai severe şi mai persistente. Durerea poate fi extremă, declanşând reflexul de vomă. Corneea poate să pară înceţoşată, chiar gri. Globul ocular poate fi dureros şi chiar dur la atingere.

Un atac acut de glaucom este o urgenţă care trebuie tratată imediat în cadrul spitalului de urgenţă cel mai apropiat. Poate duce la orbire la câteva ore de la debut. Fără tratament, ochiul poate orbi în 1-2 zile.





Pierderea gradată a vederii periferice asociată cu glaucomul este arătată în această succesiune de la vederea normală (stânga) la un stadiu timpuriu de glaucom (centru) apoi la un stadiu avansat de glaucom (dreapta).

Prezentaţi risc de cataractă?

Toţi oamenii se află în pericol de a face cataractă pe măsură ce avansează în vârstă. Oricum, alţi factori cresc şi ei riscul. Cataracta este mai frecventă la femei decât la bărbaţi, şi la negri decât la albi. Alţi factori care cresc riscul de a face cataractă sunt:

- Diabetul
- Un istoric familial de cataractă
- Leziuni sau inflamaţii ale ochiului în trecut
- Intervenţii chirurgicale pe ochi
- Folosirea îndelungată de tratamente pe bază de corticoizi
- Consumul excesiv de alcool
- Expunerea excesivă la soare
- Expunerea la doze ridicate de radiaţii, cum ar fi radioteraia pentru cancer
- Fumatul

Tratament

Medicii pot administra mai multe medicamente pentru a scădea presiunea intraoculară cât de repede posibil.

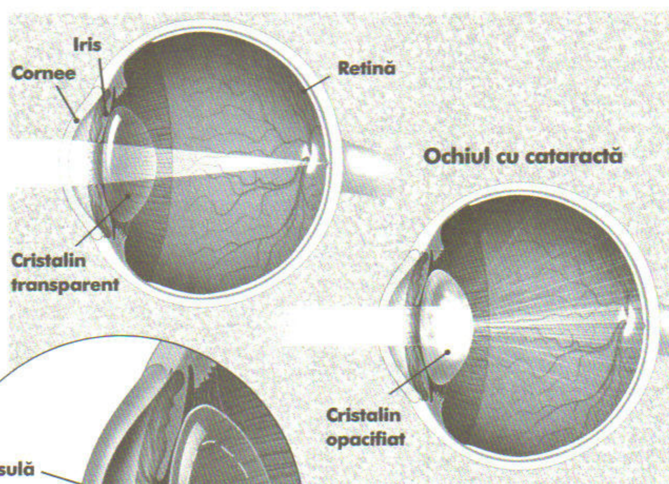
O dată ce presiunea oculară este sub control, s-ar putea să aveţi nevoie de o operaţie numită iridotomie. În cadrul acestei proceduri, oftalmologul foloseşte o rază laser pentru a practica un mic orificiu în iris, care să permită umorii apoase să curgă mai liber prin cavitatea apoasă. Cu ajutorul acestei tehnici, un chirurg poate crea un orificiu de drenaj fără să fie nevoit să facă o incizie chirurgicală, evitând multe dintre riscurile care sunt în general asociate chirurgiei convenţionale.

Mulţi medici vor face o iridotomie şi la celălalt ochi la o dată ulterioară datorită riscului crescut ca şi celălalt ochi să fie afectat de un atac acut în următorii ani.

Cataracta

Semne şi simptome

- Vedere înceţoşată, neclară sau slăbită
- Halouri în jurul luminilor



Cataracta se poate forma în oricare dintre straturile cristalinului: nucleu, cortex sau capsulă.

Cataracta apare atunci când cristalinul în mod normal transparent se opacifiază. Transparenţa scăzută înceţoşează vederea prin dispersarea luminii. Acest fenomen împiedică cristalinul să focalizeze clar imaginea pe retina aflată în partea posterioară a ochiului.

- Vedere slabă noaptea sau în lumină puternică
- Sensibilitate la lumină puternică şi strălucire
- Nevoie de lumină mai puternică pentru a citi şi pentru a întreprinde alte activităţi
- Schimbări frecvente în prescripţiile pentru ochelari de vedere sau lentile de contact
- Culorile par să se decoloreze sau să capete nuanţe de galben
- Vedere dublă sau multiplă la un singur ochi

Cataracta este o mătuire a cristalinului care este în mod normal transparent. Cristalinul, unul din cele două mecanisme de focalizare ale ochiului, se află imediat în spatele pupilei. Mătuirea cristalinului împiedică trecerea luminii de care este nevoie pentru a vedea. Deşi cataracta de obicei apare la un singur ochi, uneori îi afectează pe amândoi. Cataracta este însoţită de schimbări în compoziţia chimică a cristalinului, dar cauza acestor schimbări nu este cunoscută.

Cataracta este una din cauzele majore de pierdere a vederii în întreaga lume. În SUA, se fac anual mai mult de 1,5 milioane de operaţii pentru cataractă. Mulţi oameni găsesc alarmantă ideea de cataractă – presupunând că în cazul în care o capătă, vor orbi. De fapt, cataracta este una dintre bolile oculare cu cea mai mică gravitate deoarece, în majoritatea cazurilor, chirurgia poate reface vederea pierdută.

Toată lumea dezvoltă cu vârsta o oarecare opacifiere a cristalinului. Majoritatea oamenilor peste 60 de ani au un oarecare grad de cataractă. Însă vârsta nu este singurul factor în dezvoltarea cataractei. Anumite boli, cum ar fi diabetul, contribuie la formarea cataractei. Cei care iau corticosteroizi pentru perioade de mai mulţi ani, pentru boli cum ar fi poliartrita reumatoidă, pot face şi ei cataractă. Oamenii care sunt expuşi la cantităţi mari de radiaţie ultravioletă provenită de la soare pe perioade lungi de timp sunt şi ei supuşi unui risc crescut de a face cataractă.

Uneori, copiii se nasc cu cataractă sau o dezvoltă la scurt timp după naştere. Anumite afecţiuni ale ochilor, cum ar fi irita sau o leziune a globului ocular, pot duce la apariţia cataractei. Cataracta are şi tendinţa de a se transmite în familie.

Există 3 tipuri de cataractă. Cel mai frecvent întâlnit, cel asociat cu îmbătrânirea, este o cataractă a nucleului. Aceasta apare în mijlocul cristalinului. Cataracta corticală debutează cu formarea de dungi albe cu capete ascuţite la periferia cortexului cristalinului. Cataracta subcapsulară începe cu o zonă opacă de dimensiune mică imediat sub capsula sau teaca cristalinului, de obicei pe partea lui posterioară.

Majoritatea cataractelor evoluează lent şi, de obicei, nu tulbură vederea în primele stadii. Deoarece aproape toată lumea are schimbări de vedere în cursul vieţii, înceţoşarea gradată a cristalinului datorată cataractei este de obicei ignorată. Dar, pe măsură ce avansează, poate eventual să interfereze semnificativ cu vederea dumneavoastră.

Această schimbare de vedere este frecvent comparată cu suprapunerea unei pelicule ca cea de film peste unul sau ambii ochi. Aţi putea avea senzaţia că încercaţi să priviţi printr-o fereastră aburită sau îngheţată. Vederea se poate altera atât în lumină slabă cât şi în lumină puternică, şi s-ar putea să aveţi dificultăţi la condus noaptea. Strălucirea şi halourile în jurul luminilor pot face deosebit de obositor şi de periculos condusul după lăsarea întunericului.

Unii oameni observă o îmbunătăţire a vederii de aproape pe măsură ce cataracta avansează. Ei pot descoperi că pot citi fără ochelari, o situaţie cunoscută ca cea de-a doua vedere. În stadiile timpurii, cataracta nucleului creşte puterea de refracţie a cristalinului. Oamenii cu cataractă nucleară pot avea nevoie de schimbări mai frecvente ale prescripţiilor pentru ochelari. Oricum, pe măsură ce gradul de opacifiere avansează, îmbunătăţirea temporară a capacităţii de a citi scade.

Diagnostic

Dacă observaţi modificări ale vederii, consultaţi un oftalmolog pentru o examinare completă. Cataracta este rareori vizibilă până în stadiile relativ avansate. Testele pentru diagnosticarea cataractei includ testarea acuităţii vizuale, examinarea la biomicroscop şi examinarea retinei. Medicul vă va dilata probabil pupilele pentru a examina cristalinul pentru semne de cataractă şi pentru a determina gradul de opacifiere.

Tratament

Singurul tratament eficient pentru cataractă este intervenţia chirurgicală pentru îndepărtarea cristalinului opac şi înlocuirea lui cu un implant.

Autoîngrijire

Medicamentele, suplimentele dietetice sau dispozitivele optice nu pot duce la vindecarea cataractei. Oricum, în stadiile timpurii ale cataractei, când simptomele sunt uşoare, puteţi face câteva lucruri pentru a le contracara.

- Asiguraţi-vă că prescripţiile pentru ochelari de vedere şi lentile de contact sunt cele mai precise cu putinţă.
- Îmbunătăţiţi iluminarea din casa dumneavoastră cu lămpi mai multe sau mai luminoase.
- Pentru a reduce strălucirea, folosiţi ochelari de soare ziua atunci când ieşiţi afară din casă. Unii oameni poartă ochelari de soare şi noaptea pentru a reduce strălucirea farurilor.
- Limitaţi sau evitaţi şofatul noaptea.
- Folosiţi lupe pentru a citi.

Aceste măsuri s-ar putea să vă fie temporar de ajutor, dar pe măsură ce cataracta progresează, vederea se deteriorează. Când vederea începe să fie jenantă pentru activităţile de zi cu zi, veţi dori probabil să luaţi în considerare tratamentul chirurgical.

Tratament chirurgical

Operarea cataractei este potrivită de obicei atunci când slăbirea vederii stânjeneşte serios desfăşurarea activităţilor normale. Decizia asupra alegerii soluţiei chirurgicale şi asupra momentului ei diferă la fiecare individ, în funcţie de vârstă, ocupaţie şi stil de viaţă.

În unele cazuri, chirurgia poate fi recomandată timpuriu dacă există riscul de apariţie a altor complicaţii la ochi datorită cataractei. În trecut, oamenii care sufereau de cataractă erau frecvent sfătuiţi să amâne operaţia până în momentul în care cataracta „s-a copt", opacizând total cristalinul. Medicii nu mai recomandă aşteptarea atât de lungă deoarece permiţând cataractei să avanseze prea mult, pot fi favorizate complicaţiile.

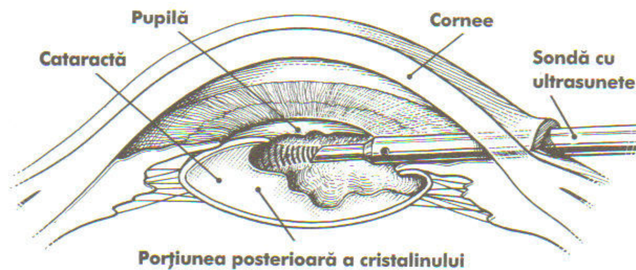




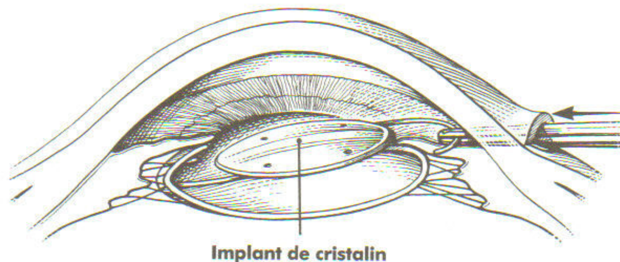
Vederea normală (sus) devine tulbure pe măsură ce se formează cataracta (jos).

Ca orice tehnică chirurgicală, intervenţia pentru cataractă este constant îmbunătăţită. Spre deosebire de trecut, când intervenţia chirurgicală pentru cataractă era o operaţie majoră, în prezent ea este efectuată în decurs de o oră sau mai puţin, fără internare în spital. Cristalinul este scos din ochi şi, în majoritatea cazurilor, este înlocuit cu un cristalin artificial (implant intraocular de cristalin). La mai mult de 95% din oamenii care au suferit intervenţia chirurgicală pentru cataractă vederea se îmbunătăţeşte.

Cel mai des întâlnit tip de intervenţie chirurgicală pentru cataractă este facoemulsificarea. În această procedură, chirurgul foloseşte microscopul şi instrumente cu ultrasunete pentru a îndepărta cataracta, lăsând mare parte din capsulă pe locul ei.



În cursul facoemulsificării, vârful cu vibraţii rapide al sondei de mână sparge cataracta, care este apoi aspirată.



După îndepărtarea cataractei, chirurgul introduce implantul de cristalin în capsula goală, unde se afla cristalinul natural.

Capsula ajută la susţinerea implantului de cristalin. Facoemulsificarea necesită o incizie foarte mică, iar perioada de recuperare este scurtă.

O procedură alternativă, numită extracţia extracapsulară a cataractei, este similară facoemulsificării, dar necesită o incizie mai mare. Aceasta ar putea fi necesară în cazul în care cataracta dumneavoastră a avansat atât de mult încât facoemulsificarea nu poate fragmenta eficient cristalinul opacifiat.

După executarea unei deschizături în partea anterioară a capsulei, chirurgul îndepărtează miezul mai dur al cristalinului într-o singură bucată şi, prin aspiraţie, îndepărtează materialul opac rămas la periferie. Porţiunea posterioară a capsulei este lăsată intactă.

Rareori, chirurgul foloseşte o procedură numită extracţia intracapsulară a cataractei. Această procedură implică îndepărtarea întregului cristalin, cu capsulă cu tot. Dacă se practică implantul de cristalin, acesta va fi cel mai probabil plasat în faţa irisului.

Cu ajutorul facoemulsificării, inciziile chirurgicale sunt foarte mici şi nu sunt necesare suturile. Vindecarea este rapidă şi vederea începe să se îmbunătăţească în câteva zile. Dacă operaţia a necesitat o incizie mai extinsă şi suturi, vindecarea completă poate să dureze aproximativ 4 săptămâni.

Majoritatea oamenilor tot mai au nevoie să poarte ochelari după îndepărtarea cataractei. La numărul mic de cazuri la care îndepărtarea cataractei nu îmbunătăţeşte vederea, motivul se datorează frecvent altei boli, cel mai des degenerării maculare. Deoarece cataracta îl împiedică pe oftalmolog să vă examineze retina şi macula, s-ar putea să nu diagnosticheze problemele care limitează vederea aflate în regiunea posterioară a ochiului.

Alte opţiuni

Alternativele la implantul de cristalin includ ochelarii şi lentilele de contact. Până la punerea la punct a implantului de cristalin, lentilele groase erau singura modalitate de a corecta vederea după operaţia de cataractă, dacă nu erau la dispoziţie lentile de contact.

Deşi ochelarii sunt de ajutor, ei au dezavantaje semnificative, inclusiv mărirea excesivă, vederea periferică redusă şi percepţia limitată a profunzimii. Lentilele de contact oferă de obicei o vedere mai bună decât ochelarii foarte groşi. Ele sunt de folos în special dacă numai cristalinul unui singur ochi trebuie îndepărtat. Oricum, unii adulţi mai în vârstă nu sunt interesaţi de lentilele de contact.

Când este chirurgia alegerea corectă?

Chirurgia cataractei redă vederea multor mii de oameni în fiecare zi – este cea mai frecventă operaţie la americanii de peste 65 de ani.

Decizia asupra momentului operaţiei trebuie să o faceţi împreună cu oftalmologul dumneavoastră. În general, trebuie să luaţi în considerare intervenţia chirurgicală atunci când vederea începe să vă afecteze stilul de viaţă.

Dacă aveţi cataractă şi sunteţi de acord cu unul sau mai multe dintre declaraţiile următoare, sunteţi un posibil candidat pentru chirurgia cataractei:

- datorită vederii mele nu am încredere în mine atunci când conduc;
- datorită vederii mele nu pot fi eficient la lucru;
- datorită vederii mele nu pot citi cu uşurinţă;
- datorită vederii mele nu pot întreprinde activităţile care îmi fac plăcere;
- datorită vederii mele mă tem mereu că mă voi lovi de vreun obiect sau că mă voi împiedica şi voi cădea;
- datorită vederii mele nu sunt atât de independent cât aş vrea să fiu.

Degenerarea maculară legată de vârstă

Semne şi simptome

- Nevoia de lumină mai intensă pentru citit sau pentru lucrul aproape
- Cuvintele tipărite devin din ce în ce mai neclare
- Culorile sunt slab percepute şi par spălăcite

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Majoritatea cataractelor apar ca rezultat al îmbătrânirii, aşa că nu pot fi prevenite toate. Examinările regulate rămân cheia pentru o identificare rapidă. Oricum, puteţi face demersuri care să ajute la încetinirea sau dezvoltarea cataractei.

- *Nu fumaţi*. Fumătorii sunt mai predispuşi la cataractă decât nefumătorii.
- *Protejaţi-vă ochii de soare*. Purtaţi ochelarii care blochează trecerea luminii ultraviolete dăunătoare.
- *Menţineţi o dietă echilibrată din punct de vedere nutritiv*. Cercetări în acest domeniu sugerează că degenerarea cristalinului datorată îmbătrânirii poate fi încetinită de ingestia de alimente care conţin antioxidanţi, substanţe care previn distrugerile oxidative ale ţesuturilor din ochi şi din restul organismului. Alimentele care conţin antioxidanţi sunt acelea bogate în vitaminele A, C şi E, întâlnite mai ales în fructe şi legume.
- *Consumaţi moderat alcool*. Consumul excesiv de alcool poate creşte riscul de apariţie a cataractei.
- *Urmaţi tratamentul prescris de medic*. Dacă aveţi diabet, boli cardiovasculare sau alte boli, luarea medicamentelor sau alte măsuri recomandate de medic pot reduce riscul de apariţie a cataractei.





Pe măsură ce se dezvoltă degenerarea maculară, vederea slăbeşte, devine înceţoşată şi apare o pată oarbă în centrul câmpului vizual.

- O înceţoşare gradată a vederii în ansamblu
- Vedere centrală din ce în ce mai tulbure
- Distorsiuni ale vederii, cum ar fi perceperea liniilor drepte ca fiind ondulate sau îndoite

Degenerarea maculară legată de vârstă este o boală cronică cu sediul în ţesutul macular, structura din componenţa retinei dumneavoastră care se ocupă cu vederea centrală şi care se deteriorează cu vârsta. Rezultatul este vederea centrală tulbure şi chiar o pată oarbă în centrul câmpului vizual. Degenerarea maculară este prima cauză a pierderii severe a vederii la oamenii peste 50 de ani.

Macula (acest cuvânt înseamnă *punct* în limba latină) este localizată în centrul retinei şi conţine un număr mare de celule cu bastonaşe şi conuri sensibile la lumină. În stadiile timpurii ale degenerării maculare, se formează mici depozite de cristale în această regiune. Pe măsură ce boala progresează, vase de sânge anormale cresc din coroidă, un strat bogat în vase de sânge aflat sub retină. Ţesutul de sprijin al retinei (epiteliul pigmentar retinian) dispare şi el. Amândouă procesele produc distrugerea celulelor sensibile la lumină din structura retinei, producând pierderea vederii centrale, foarte utilă pentru citit.

Primul semn al degenerării maculare poate fi nevoia de mai multă lumină când practicaţi lucrul cu obiecte apropiate. Tipăriturile cu caractere mici din ziare şi semnele cu numele străzilor devin mai dificil de citit. Eventual, aţi putea observa că atunci când priviţi la un obiect, ceea ce ar trebui să fie o linie netedă şi dreaptă pare a fi una distorsionată sau îndoită. Puncte gri sau pete oarbe pot acoperi centrul câmpului vizual.

Degenerarea maculară afectează vederea centrală, dar nu şi vederea periferică, aşa că nu produce orbirea totală. Deteriorarea produsă de degenerarea maculară deseori nu poate fi reparată. Însă identificarea precoce şi tratamentul pot fi de ajutor în reducerea gravităţii pierderii de vedere.

Tipuri

Există 2 forme de degenerare maculară: uscată şi umedă.

Forma uscată

Degenerarea maculară debutează în forma uscată. Aceasta apare atunci când ţesutul de suport al retinei începe să se subţieze. Culoarea normală roşcat-maronie a maculei ia un aspect pătat şi apar cristale sub retină. Majoritatea oamenilor au forma uscată. Aceasta poate afecta iniţial un singur ochi, dar de obicei ambii ochi sunt prinşi.

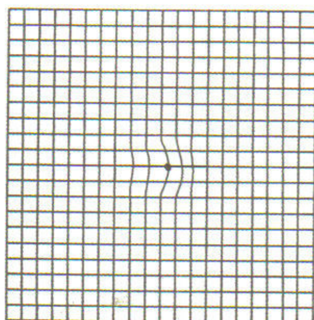
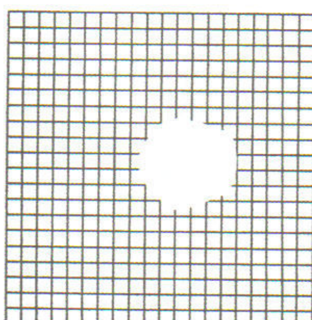
Forma umedă

Degenerarea maculară umedă apare când se dezvoltă noi vase de sânge din coroidă pe sub maculă. Aceste vase de sânge au scurgeri anormale de lichide sau sânge care pot face ca vederea dumneavoastră centrală să devină tulbure. Toţi ochii cu forma umedă de degenerare maculară prezintă şi semne ale formei uscate (cristale şi pigmentaţie punctată). Liniile drepte par a fi ondulate sau îndoite şi apar pete oarbe în câmpul vizual. Pierderea vederii este de obicei rapidă şi severă.

O altă formă de degenerare maculară umedă se numeşte detaşarea epiteliului pigmentar retinian. Lichide provenite de la coroidă se scurg, deşi nu au început să crească vase anormale în structura ei. Lichidul se colectează apoi sub epiteliul pigmentar retinian, provocând ceea ce pare a fi o veziculă sub maculă. În acest tip de degenerare maculară se dezvoltă frecvent vase de sânge anormale.

Diagnostic

Oftalmologul vă poate testa pentru degenerare maculară în cadrul unei examinări de rutină. Se începe cu un test simplu pentru vederea centrală folosind o grilă

Indivizii cu stadii incipiente ale degenerării maculare pot să vadă linii distorsionate ale liniilor din cadrul grilei (stânga). Cei aflaţi în stadii mai avansate pot avea o pată oarbă în centrul grilei (dreapta).

Amsler. Dacă aveţi degenerare maculară, unele dintre liniile drepte pot părea şterse, rupte sau distorsionate atunci când priviţi grila. Marcând locul unde apare ruperea sau distorsiunea, medicul poate determina localizarea şi extinderea acestei boli.

Pentru a evalua întinderea degenerării maculare, medicul poate să facă şi o angiografie cu fluoresceină pentru a căuta vase de sânge anormale. În acest test, fluoresceina este injectată într-o venă a unui braţ. Ea ajunge în vasele de sânge din ochi. Vi se fac fotografii ale retinei care pot identifica problemele legate de maculă.

Tratament

În prezent, nu există tratament pentru degenerarea maculară uscată. Datorită faptului că degenerarea maculară uscată avansează de obicei încet, mulţi oameni cu stadii incipiente pot trăi relativ normal, productiv.

Pentru degenerarea maculară umedă sunt disponibile câteva opţiuni de tratament. Succesul tratamentului depinde, în general, de localizarea şi extinderea vaselor de sânge anormale.

Tratamentul poate stopa progresia bolii. În majoritatea cazurilor, distrugerea produsă deja de către degenerarea maculară nu poate fi remediată.

Laserchirurgia

O formă de chirurgie cu laser numită fotocoagulare poate, în unele cazuri, să prevină continuarea distrugerii maculei şi să oprească avansarea pierderii de vedere pentru o vreme. În această procedură, o lentilă specială focalizează lumina laser pe retină pentru a crea mici arsuri, care sigilează şi distrug noile vase de sânge de sub maculă.

Această operaţie vă este potrivită în funcţie de localizarea şi aspectul vaselor de sânge, de cantitatea de sânge care s-a scurs şi de starea generală de sănătate a maculei. Numai 20% dintre oamenii cu degenerare maculară sunt candidaţii tratamentului cu laser, iar rezultatele sunt deseori dezamăgitoare – rata de succes este numai de 50 la sută, şi creşterea de noi vase de sânge poate să reînceapă.

Dacă aţi observat un punct întunecat sau gri în sau lângă vederea dumneavoastră centrală înainte de tratamentul cu laser, această procedură va face ca vederea în acel punct să fie permanent oarbă. Cu timpul nu veţi mai observa punctul orb, în mod special atunci când vă folosiţi ambii ochi.

Terapia fotodinamică

Terapia fotodinamică (PDT) tratează zonele afectate din centrul maculei în timp ce încă mai conservă o parte din vederea centrală. Această procedură combină un laser rece şi o substanţa colorantă sensibilă la lumină care este injectată în sânge. Substanţa se concentrează în vasele de sânge anormale de sub maculă. Când este lovită de laserul rece, colorantul eliberează substanţe care închid vasele cu scurgeri, fără să producă stricăciuni maculei. Conurile şi bastonaşele de deasupra sunt în general conservate. Tratamentul poate fi repetat dacă este necesar.

Chirurgia de translocaţie maculară

Chirurgia de translocaţie a maculei este un tratament experimental pentru degenerarea maculară umedă. Această chirurgie poate fi folosită dacă vasele de sânge anormale sunt localizate direct sub centrul maculei (fovee). Această procedură mută foveea din centrul zonei afectate peste un ţesut sănătos. Chirurgia este urmată de tratament cu laser pentru distrugerea vaselor de sânge anormale fără a aduce stricăciuni foveei.

Prezentaţi risc pentru degenerare maculară?

Deşi cercetătorii nu ştiu cauzele exacte ale degenerării maculare, ei au identificat câţiva factori favorizanţi. Aceştia includ:

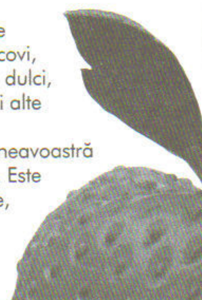
- *Vârsta şi rasa.* Boala este mai frecventă la albi cu vârsta peste 50 de ani. Este mai rară la negri, asiatici şi amerindieni.
- *Istoricul familial.* Dacă cineva din familia dumneavoastră are degenerare maculară legată de vârstă, sunteţi mai susceptibil.
- *Fumatul.* Fumătorii sunt de 2-3 ori mai expuşi decât nefumătorii la degenerarea maculară.
- *Expunerea la lumina solară.* Expunerea pe termen lung la lumină ultravioletă şi albastră – lungimea de undă imediat superioară celei ultravioletelor – creşte riscul. Acesta include şi lumina solară şi lămpile pentru bronzat.
- *Bolile cardiovasculare.* Acestea includ probleme circulatorii, accidentul vascular cerebral, infarctul miocardic şi angina pectorală. Bolile cardiovasculare care nu sunt bine controlate pot contribui la debutul degenerării maculare.
- *Culoarea deschisă a ochilor.* Oamenii cu ochi deschişi la culoare au un risc mai mare decât cei cu ochii mai închişi la culoare.

Un număr în creştere de date sugerează că alimentele pe care le mâncaţi pot ajuta la protejarea vederii dumneavoastră. Un studiu extins – *Studiul bolilor oculare legate de vârstă* – a arătat impactul suplimentelor dietetice asupra oamenilor cu risc crescut de a face stadii avansate ale degenerării maculare. Oamenii din grupul de studiu au fost capabili să reducă riscul progresării degenerării maculare, precum şi al riscului pierderii de vedere, administrându-şi o combinaţie de vitamina A (beta caroten), vitamina C, vitamina E, zinc şi cupru. Acest supliment nu le-a fost de folos oamenilor aflaţi în stadii timpurii ale degenerării maculare şi nici nu a afectat evoluţia cataractei.

Vitaminele C şi E, şi carotenoizii (beta carotenul) sunt antioxidanţi. Aceştia sunt vitamine, minerale şi enzime care ajută la menţinerea stării de sănătate a celulelor şi ţesuturilor prin combaterea radicalilor liberi, molecule de oxigen instabile care afectează celulele normale printr-un proces numit oxidare. Se crede că oxidarea joacă un rol în producerea cataractei, degenerării maculare şi glaucomului, precum şi a altor boli.

Oamenii de ştiinţă continuă să studieze rolul pe care antioxidanţii l-ar putea avea în prevenirea bolilor de ochi. Un alt studiu a găsit că oamenii care mâncau regulat 5 sau mai multe porţii pe săptămână ce conţineau legume cu frunze verde-închis, care sunt bogate în carotenoizii luteină şi zeaxantină, au avut un risc semnificativ mai scăzut de a face degenerare maculară decât participanţii la studiu care mâncau cantităţi mai mici sau nu mâncau deloc aceste vegetale. Oricum, sunt puţine dovezi că administrarea de luteină sub formă de pastile sau suplimente alimentare ar avea un efect similar.

Reducerea riscului implică în general includerea în alimentaţie pentru mulţi ani a produselor care conţin antioxidanţi. Cea mai bună alegere este să mâncaţi pur şi simplu alimente variate, în mod special fructe, legume şi cereale integrale. Includeţi fructe şi legume de culoare verde aprins, galben închis, roşu şi portocaliu. Alegerile potrivite includ varză, spanac, piper roşu şi verde, morcovi, muştar, sfeclă, pepene galben, mango, dovleci, cartofi dulci, broccoli, varză de Bruxelles, roşii, căpşune, portocale şi alte citrice, şi pepeni verzi.



Dacă aveţi o dietă bine echilibrată, organismul dumneavoastră va obţine toate elementele nutritive de care are nevoie. Este bine să luaţi un supliment zilnic de vitamine şi minerale, dar suplimentele nu pot înlocui o dietă ce conţine o varietate de mâncăruri sănătoase. Doze excesive de vitamine pot avea efecte secundare periculoase.

Dezlipirea de retină

Semne şi simptome

- Senzaţia de explozii de lumini
- Multipli corpi flotanţi – puncte sau linii întunecate ori luminoase – în câmpul vizual
- Vedere tulbure
- O umbră deasupra unei zone din câmpul vizual

Retina este o membrană transparentă şi subţire care este neted aşternută pe peretele posterior al ochiului. Ea conţine celule sensibile la lumină (cu conuri şi bastonaşe). De asemenea, ea conţine şi nervii care transportă impulsurile de la conuri şi bastonaşe la nervul optic. Nervul optic transportă semnalele la creier. Un strat subţire format din mici vase de sânge (coroida) se află sub retină. Acest strat furnizează retinei oxigen şi elemente nutritive esenţiale pentru o activitate normală.

Dezlipirea de retină se produce atunci când retina se desprinde de acest strat de vase sangvine.

Majoritatea cazurilor de dezlipire de retină sunt produse de o ruptură sau de un orificiu în retină. Defectul poate apărea din cauza unor schimbări în umoarea vitroasă a ochiului datorate îmbătrânirii, sau se poate dezvolta în zone slabe ale retinei. Ruptura permite fluidului din cavitatea vitroasă să se scurgă sub retină şi să o desprindă de pe coroidă.

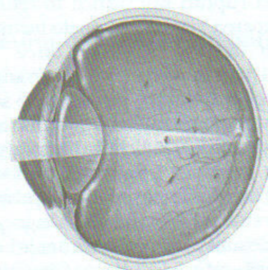
Puncte, pete şi scântei

Aproape oricine vede ocazional ceea ce par a fi pete, fire de păr şi fire fine care plutesc liber în lichidul din ochi. Aceşti corpi flotanţi ai cavităţii vitroase intră şi ies din câmpul vizual. Ei sunt rezultatul schimbărilor din umoarea vitroasă legate de înaintarea în vârstă şi al anumitor stări, cum ar fi miopia şi inflamaţiile.

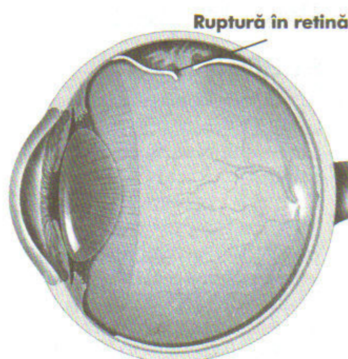
Pe măsură ce îmbătrâniţi, este posibil să observaţi corpi flotanţi mai mulţi şi mai variaţi deoarece umoarea vitroasă poate diminua şi se poate lichefia. Umoarea vitroasă este o substanţă cu consistenţă gelatinoasă care umple interiorul ochiului. Este compusă aproape în întregime din apă şi reprezintă 3/4 din greutatea ochiului. În partea posterioară a ochiului, cavitatea vitroasă ia contact cu retina, ţesutul ocular care este sensibil la lumină.

Când cavitatea vitroasă se restrânge, duce gradat la apariţia punctelor, petelor, firelor de păr sau corzilor care plutesc în lichid. Aceşti corpi flotanţi pot fi supărători, dar au tendinţa de a deveni mai puţin evidenţi cu timpul şi numai rareori afectează vederea.

Dacă aceşti corpi flotanţi apar sau cresc brusc în număr, acesta ar putea fi semnul unei tulburări serioase a ochiului. Consultaţi oftalmologul imediat.



Corpii flotanţi pot interfera cu vederea prin interceptarea luminii care intră în ochi, proiectând o umbră pe retină.



Atunci când umoarea vitroasă se scurge prin orificiile din retină, aceasta poate începe să se desprindă de pe stratul de vase sangvine de dedesubt. Pe măsură ce se acumulează mai mult lichid, dezlipirea se poate extinde și zone ale câmpului vizual pot deveni tulburi sau pot dispărea.

Această formă de dezlipire se numește regmatogenă – determinată de un defect al retinei. Ocazional, o tumoare sau o tulburare de ordin inflamator care afectează porțiunea posterioară a ochiului poate duce și ea la dezlipirea retinei de coroida subiacentă. O asemenea dezlipire este numită detașare secundară de retină.

În fiecare an, aproximativ 30 000 de oameni din SUA suferă o dezlipire regmatogenă de retină. Tulburarea duce aproape întotdeauna la orbirea ochiului afectat dacă nu este remediată chirurgical.

Pe măsură ce cavitatea vitroasă se micșorează și se degradează, ea poate antrena retina, producând senzația de scântei în câmpul vizual. Dacă tracțiunea creată este suficient de mare încât să producă mici rupturi sau orificii în retină, umoarea vitroasă se poate insinua sub retină. Aceasta duce la încețoșarea vederii și la apariția corpilor flotanți – puncte, pete sau fire în câmpul vizual. Pe măsură ce se colectează lichidul, suprafețe din retina ce înconjoară orificiile sau rupturile se poate desprinde de stratul de vase de sânge de dedesubt (coroida). Zonele de retină care se detașează nu mai sunt funcționale.

Nu toate rupturile sau orificiile duc la detașarea retinei. Uneori, retina rămâne atașată de coroidă. Însă detașarea care trece nedetectată și netratată poate evolua și antrena eventual întreaga retină, cu vederea completă a vederii în acel ochi.

Diagnostic

Oftalmologul poate determina dacă aveți un orificiu în retină, o ruptură sau dezlipire examinând cu atenție retina cu ajutorul unui oftalmoscop. Dacă sângele pătruns în cavitatea vitroasă împiedică o vizionare clară a retinei, acesta poate folosi unde sonore (ultrasunete) pentru a obține o imagine a retinei.

Tratament

Intervenția chirurgicală este singura soluție terapeutică eficientă pentru dezlipirea de retină. Dacă o ruptură sau un orificiu sunt tratate înaintea apariției dezlipirii de retină sau dacă este tratată înainte de detașarea porțiunii centrale a retinei responsabilă cu vederea centrală (macula), probabil vă veți păstra mare parte din câmpul dumneavoastră vizual.

Intervenția chirurgicală pentru o ruptură sau un orificiu

Atunci când o ruptură de retină sau un orificiu nu a progresat către dezlipire, medicul poate folosi una dintre aceste două tehnici:

- *Fotocoagularea.* În această procedură, o rază laser este îndreptată către zona cu defectul retinian. Zona tratată formează apoi o cicatrice, care de obicei fixează retina de țesutul subiacent.
- *Criopexia.* Această metodă folosește temperatura foarte scăzută pentru a fixa retina în jurul rupturii sau orificiului. O sondă care îngheață este aplicată pe suprafața externă a ochiului exact deasupra defectului retinian. Ea produce o inflamație care duce la apariția unei cicatrice care închide defectul și sudează retina pe țesutul subiacent.

Intervenția chirurgicală pentru detașarea de retină

Frecvent, se folosesc 3 proceduri chirurgicale pentru repararea dezlipirii de retină. Alegerea uneia dintre ele o face chirurgul în funcție de severitatea și complexitatea stării:

- *Retinopexia pneumatică.* Această tehnică este folosită pentru dezlipirile necomplicate în care defectul retinian este localizat în porțiunea superioară a retinei. După înghețarea defectului retinei (criopexie), chirurgul injectează o bulă de gaz în cavitatea vitroasă. Bula presează pe defectul retinian și îl lipește, oprind umoarea vitroasă să intre în spațiul de sub retină. Lichidul care deja s-a acumulat sub retină este absorbit și retina se reatașează de peretele globului ocular.
- *Capsarea scleroticei.* Aceasta este cea mai frecvent utilizată metodă chirurgicală pentru remedierea desprinderii de retină. În primul rând, chirurgul tratează prin criopexie rupturile sau orificiile din retină. Apoi comprimă (capsează) sclerotica de deasupra regiunii afectate apăsând-o cu o bucată de silicon cusută pe peretele exterior al ochiului (sclerotica). Materialul siliconic este fie solid, fie sub forma unui burete moale.
  Capsa închide ruptura sau orificiul și ajută la reducerea circumferinței globului ocular, pentru a preveni viitoare tracțiuni și dezlipiri. Atunci când sunt mai multe rupturi sau orificii, sau când există o desprindere extinsă, chirurgul poate face o capsă sclerală ce încercuiește întregul ochi. Capsa este cusută de suprafața externă a ochiului, apoi acoperită de conjunctivă. O dată incizia închisă, rămân foarte puține semne ale operației.
  Această procedură are succes la 80% dintre cazuri după prima intervenție. Rata de succes depășește 90% la următoarele intervenții, dacă acestea sunt necesare. Însă nu garantează vederea normală. Cât de bine vedeți ulterior depinde de gravitatea problemei înainte de operație. Mai există o șansă de 10% de a pierde ceva din vedere datorită încrețirii maculei.
- *Vitrectomia.* Uneori, un medic nu poate vizualiza retina desprinsă datorită tulburării

umorii vitroase datorită unei hemoragii sau inflamaţii. În alte cazuri, ţesutul cicatricial din cavitatea vitroasă face imposibilă repararea desprinderii de retină numai cu ajutorul retinopexiei pneumatice sau al capsării scleroticei. În asemenea situaţii, o procedură numită vitrectomie îndepărtează ţesutul cicatricial sau umoarea vitroasă cicatricială. Chirurgul realizează aceasta cu ajutorul unei varietăţi de instrumente delicate introduse în globul ocular prin mici deschizături în sclerotică. După vitrectomie, poate fi practicată o procedură de capsare a sclerei. În cazuri deosebit de dificile, chirurgul poate injecta aer, alte gaze sau ulei siliconic în cavitatea vitroasă pentru a ajuta la repoziţionarea retinei pe peretele posterior al ochiului. Eventual, ochiul dumneavoastră poate absorbi aerul sau gazul şi îl poate înlocui cu lichidul pe care îl produce în mod normal. Uleiul siliconic, totuşi, nu este absorbit şi trebuie scos îndată ce este realipită şi complet vindecată.

Ocluzia vaselor retiniene

Semne şi simptome

- Tulburare bruscă sau pierdere de vedere parţială sau totală într-un ochi

Retina unui ochi funcţionează asemănător unui film dintr-un aparat foto, capturând imaginile care sunt focalizate pe ea de către cornee şi cristalin şi transmite informaţiile la creier. Retina este hrănită de artere şi vene. Aceste artere şi vene retiniene se pot bloca (ocluziona) cu un cheag de sânge sau un depozit de grăsime.

Dacă o arteră retiniană se blochează, retina încetează să mai funcţioneze şi poate apărea orbirea parţială sau totală a ochiului afectat. Blocajul unei artere retiniene este o urgenţă deoarece, fără aport de sânge, stratul intern al retinei se va necroza curând. Blocajul unei vene retiniene este mai puţin sever decât blocajul unei artere. Oricum, o venă blocată se poate rupe şi poate vărsa sânge şi lichide în retină. Sângele tulbură şi îngreunează vederea.

Aceste situaţii, cunoscute prin termenul general de ocluzie vasculară retiniană, sunt mai frecvent întâlnite la vârstnici. Deseori, ele sunt simptomele altei boli, cum ar fi hipertensiunea arterială sau diabet.

Simptomul principal al ocluziei vasculare retiniene este tulburarea acută a vederii la un ochi. Dacă se blochează o arteră, pot fi afectate brusc câmpurile vizuale superior sau inferior. Dacă se blochează o venă retiniană, vederea se poate tulbura sau înceţoşa mai încet, pe o perioadă de ore sau zile.

Diagnostic

Examinările oculare regulate sunt de cel mai mare ajutor pentru detectarea timpurie a problemelor posibile. Puteţi face de asemenea un examen medical general pentru a identifica orice tulburare de fond, cum ar fi hipertensiunea arterială, diabetul sau îngustarea arterei principale de la nivelul gâtului care furnizează sânge creierului şi ochilor (artera carotidă).

Tratament

În multe cazuri, se pot face puţine lucruri pentru a trata ocluziile vaselor retiniene. În unele cazuri, sângele scurs poate fi reabsorbit de ochi şi vederea se va îmbunătăţi. Dacă sângele nu este reabsorbit, vederea tulbure se va permanentiza.

Terapia cu laser poate fi folosită pentru a trata glaucomul sau umflarea retinei care se instalează în urma ocluziei venoase retiniene. Dacă este implicată o arteră, tratamentul de urgenţă este singura şansă de a reface vederea afectată. Aţi putea să primiţi medicamente anticoagulante pentru a preveni viitoare atacuri. Ar putea fi indicată o operaţie pentru curăţarea arterei carotide dacă blocajul a avut originea în artera carotidă. Frecvent, vederea este restaurată cel mult parţial.

Nevrita optică

Semne şi simptome

- Pierdere acută a vederii la un ochi
- Durere la mişcarea ochiului

Nevrita optică este inflamarea nervului optic ce poate rezulta în urma unei boli virale sau a sclerozei multiple. Atunci când această tulburare afectează părţi din nervul optic vizibile cu oftalmoscopul, se numeşte papilită. Oftalmoscopul este un instrument care iluminează şi permite vederea zonei posterioare a ochiului. Când apare inflamaţia nervului optic în regiunea din spatele ochiului, se cheamă nevrită retrobulbară.

Când nervul optic se umflă, el blochează semnalele nervoase vizuale către creier. Rezultatul este o pierdere a vederii gradată sau bruscă. În cazul papilitei, pierderea vederii este singurul simptom. În nevrita retrobulbară, pierderea vederii poate fi însoţită de durere la mişcarea ochiului.

Diagnostic

O serie de teste vor fi cel mai probabil făcute pentru a determina natura şi extinderea problemei. Deoarece nevrita optică este asociată frecvent cu scleroza multiplă la adulţii tineri, medicul vă poate recomanda o examinare medicală amănunţită.

Tratament

În multe cazuri, nevrita optică dispare de la sine în 2 - 8 săptămâni şi vederea revine. Medicamentele pe bază de corticosteroizi pot reduce inflamaţia mai devreme, dar acest tratament este controversat. Boala poate să reapară, în special atunci când este asociată cu scleroza multiplă, de fiecare dată provocând distrugeri mai mari.

Neuropatia ischemică optică

Neuropatia ischemică optică este o tumefiere nedureroasă a nervului optic datorată aportului insuficient de sânge la nervul optic. Poate fi asociată cu inflamarea arterelor scalpului şi capului (arterita temporală) sau cu hipertensiunea arterială. Pot fi implicaţi ambii ochi. De obicei, inflamaţia se retrage. Tratamentul presupune corectarea afecţiunii de bază şi poate include folosirea corticosteroizilor pentru arterită.

Coloboma

Coloboma este un defect congenital rar al dezvoltării ochiului. Părţi din iris, corpul ciliar, cristalin, retină, coroidă şi nervul optic pot lipsi.

În funcţie de extinderea defectului, pot fi pierderi de vedere parţiale sau complete în ochiul afectat. Uneori sunt afectaţi ambii ochi. Este esenţial ca un copil cu pierdere de vedere din cauza colobomei să poarte ochelari de protecţie cât de curând posibil pentru a proteja de traume ochiul neafectat.

Coroidita

Semne şi simptome

- Vedere tulbure la un ochi
- Durere sau disconfort la un ochi

Coroida este stratul dintre retina şi sclerotica ochiului. Este constituit în principal din vase de sânge, care hrănesc retina. Atunci când acest strat este inflamat (coroidită), retina se poate inflama şi ea. Această situaţie poartă numele de corioretinită. Când inflamaţia se vindecă, pot rămâne cicatrice pe coroidă sau retină. Vederea poate fi afectată dacă macula – porţiunea centrală a retinei, responsabilă pentru vederea centrală – este implicată.

Deoarece inflamaţia apare de obicei după un model în picăţele, pierderea de vedere este şi ea în puncte. Fiecare zonă cicatrizată va fi cauza unui punct orb corespunzător, care poate fi descoperit cu ajutorul testelor. La mulţi oameni, cicatrizarea datorată coroiditei nu creează un handicap deoarece punctele oarbe (scotoame) sunt mici şi nu implică macula.

Cauza acestei stări este deseori necunoscută. Ocazional, poate fi asociată cu anumite infecţii, cum ar fi histoplasmoza sau toxoplasmoza.

Diagnostic

Oftalmologul vă va examina ochiul şi ar putea să recomande angiografia cu fluoresceină. În acest test se injectează fluoresceina într-o venă din antebraţ. Aceasta va ajunge şi în vasele de sânge din ochi. O serie de fotografii ale retinei pot dezvălui zonele de inflamaţie. Medicul vă poate recomanda şi o examinare medicală generală pentru a exclude posibilitatea unei tulburări de fond grave.

Tratament

Corticosteroizii pot fi administraţi sub formă de pastile sau injecţii în vecinătatea ochiului pentru a reduce inflamaţia. Tratamentul oricărei tulburări de fond poate ameliora şi el simptomele.

Retinita pigmentară

Semne şi simptome

- Dificultate în a vedea noaptea sau la lumină redusă
- Vedere centrală slabă
- Pierderea vederii periferice

Retinita pigmentară este o boală moştenită în care retina degenerează lent la ambii ochi. Celulele cu bastonaş din retină sunt cele mai afectate, având ca rezultat o vedere slabă noaptea (orbirea nocturnă). Pe măsură ce boala progresează, poate fi pierdută şi vederea periferică, producând aşa numita vedere tunelizată.

Boala, care este rară, poate duce la orbire. Criteriul pentru declararea orbirii este acuitatea vizuală de cel mult 20/200 la cel mai bun dintre ochi în timp ce sunt purtaţi ochelari de vedere.

Retinita pigmentară poate fi detectată în copilărie. Vederea nocturnă slabă poate deveni evidentă la vârsta de 10 ani. Dacă în familia dumneavoastră există un istoric al acestei boli, testaţi cât mai timpuriu copilul dumneavoastră.

Diagnostic

În timpul unei examinări a ochiului, oftalmologul poate vedea o pigmentare închisă a retinei, de unde şi numele bolii. Testele pentru determinarea prezenţei şi extinderii acestei boli includ o procedură care înregistrează răspunsul electric al retinei la lumină (electroretinografie) şi o altă procedură care determină cât de bine se adaptează ochii la iluminare redusă (adaptarea la întuneric).

Tratament

Nu se cunoaşte nici un tratament care să vindece retinita pigmentoasă, deşi unele cercetări sugerează că suplimentele de vitamină A ar putea încetini evoluţia acestei boli. Folosirea suporturilor pentru vedere redusă ar putea fi de ajutor.

Unii cercetători sugerează folosirea ochelarilor de soare pentru protejarea retinei de efectele dăunătoare ale luminii vizibile şi ale ultravioletelor. Dispozitive experimentale care lărgesc câmpul vizual s-ar putea să fie de ajutor în viitor.

Retinoblastomul

Semne şi simptome

- O reflecţie albă vizibilă pe pupilă
- Strabism
- Ochi roşu, dureros
- Vedere slabă
- Sângerare în interiorul ochiului
- Irisuri de culori diferite la cei doi ochi
- Puncte albe pe iris

Tumorile se pot dezvolta oriunde în corp şi pot fi necanceroase (benigne) sau canceroase (maligne). Retinoblastomul este o tumoră malignă întâlnită la copii, de obicei la cei mai mici de 5 ani. Tumorile pot să apară la unul sau la ambii ochi.

Retinoblastomul este ereditar în 30-40% din cazuri. Prognosticul pentru retinoblastom este bun dacă este tratat timpuriu. Dacă cineva din familia dumneavoastră a avut retinoblastom, asiguraţi testarea timpurie a copiilor dumneavoastră şi reexaminări periodice.

Diagnostic

Cheia pentru diagnosticarea retinoblastomului este o examinare amănunţită a unui specialist experimentat în diagnosticarea şi tratarea acestuia. Examinarea este făcută de obicei cu copilul aflat sub anestezie generală în cadrul unui spital. Pupilele sunt larg dilatate astfel încât medicul poate folosi oftalmoscopia indirectă pentru a verifica dacă există structuri tumorale. Dacă se

identifică o tumoră, oftalmologul poate cere o ecografie și o tomografie computerizată (CT) a capului și ochilor.

Tratament

Tratamentul retinoblastomului depinde de numărul și dimensiunea tumorilor, de localizarea lor și de situația în care sunt prinși ambii ochi. Dacă o tumoră este mică și nu afectează macula sau nervul optic, terapia cu laser sau crioterapia pot să o distrugă fără a afecta ochiul. Tumorile mari și cele care prind nervul optic, macula sau pe amândouă pot fi tratate cu chimioterapie, radioterapie sau o combinație a acestora. Tumorile multiple pot fi și ele tratate cu chimioterapie sau cu radioterapie. Dacă o tumoră este mare și a distrus vederea, sau dacă ea continuă să crească în ciuda tratamentului, ochiul poate fi îndepărtat.

Melanomul ocular

Semne și simptome

Melanomul conjunctival

- Un punct maro sau negru pe învelișul ochiului (conjunctivă)
- Un punct pe ochi care crește sau își schimbă culoarea cu timpul

Melanomul uveal

- Un punct închis la culoare pe iris
- O schimbare a culorii irisului
- Vederea slăbită
- Defecte ale câmpului vizual
- Senzația că lumina pâlpâie
- Ochi roșu, dureros

Melanomul este de obicei considerat ca fiind o formă de cancer de piele, dar poate avea originea și în ochi. Melanomul ocular este cancerul țesuturilor pigmentare ale ochiului. El poate să apară pe suprafața ochiului (melanomul conjunctival) sau în interiorul ochiului (melanomul uveal), implicând irisul, corpul ciliar, care produce lichidul din interiorul ochiului și ajută la controlarea mișcării cristalinului, sau coroida, stratul de țesut dintre retină și sclerotică.

Melanomul ochiului este un cancer cu potențial letal. Ca orice tip de cancer, detectarea în primele stadii și tratarea sunt esențiale. Melanomul ochiului are aproape întotdeauna originea în ochi și provine rar din altă parte a corpului.

Diagnostic

Cheia pentru diagnosticare este o examinare atentă făcută de un specialist familiarizat cu caracteristicile și cu diversele forme ale tumorilor oculare. În plus față de examinarea atentă a ochiului, testele diagnostice pentru determinarea extinderii tumorii pot include ecografia, tomografia computerizată (CT) sau rezonanța magnetică nucleară (RMN).

Tratament

Tratamentul depinde de mărimea și localizarea melanomului. Tumorile mici, care nu cresc și care nu dau simptome vizuale pot fi monitorizate cu atenție fără a fi tratate imediat.

Melanoamele localizate în conjunctivă sunt adeseori îndepărtate chirurgical, iar zona din jurul tumorii este tratată prin crioterapie pentru a distruge orice celulă canceroasă care poate să fi rămas în zonă. Tumorile irisului, corpului ciliar și coroidei care sunt mici și bine delimitate pot fi și ele tratate prin îndepărtare pe cale chirurgicală.

Atunci când îndepărtarea unei tumori nu este posibilă, terapia cu laser (fotocoagulare cu laser sau termoterapia transpupilară) poate fi folosită pentru a distruge tumorile mici, aflate în creștere.

Dacă tumora este mare, dacă a invadat alte părți ale ochiului sau dacă alte tratamente nu au avut succes, s-ar putea să fie nevoie ca ochiul să fie scos. Melanomul ocular, inclusiv celulele canceroase care s-au răspândit la alte organe răspund în general slab la chimioterapie.

Ochii și alte boli

Unele boli și tulburări care afectează alte părți ale corpului pot să vă afecteze vederea. Acestea includ accidentul vascular cerebral, boala Graves (o boală de tiroidă), arterita craniană (o problemă circulatorie), diabetul și hipertensiunea arterială.

Retinopatia diabetică

Semne și simptome

- Vedere tulbure
- Vedere fluctuantă
- „Păianjeni", „pânze de păianjen" sau mici scame care plutesc în ochi
- Dungi întunecate sau un film roșu care împiedică vederea
- Un punct întunecat sau gol în centrul câmpului vizual
- Vedere nocturnă precară
- Dificultate de acomodare de la lumina puternică la lumină slabă
- Durere de ochi, în cazurile avansate

Cea mai des întâlnită și cea mai gravă complicație a diabetului este retinopatia diabetică. *Retinopatia* este termenul medical pentru degradarea micilor vase de sânge care hrănesc retina. Glicemia crescută asociată diabetului poate degrada treptat vasele de sânge.

Cu cât diabetul este mai vechi, cu atât este mai posibil să dezvoltați retinopatie diabetică. Această boală este mai frecvent întâlnită la indivizii cu diabet de tipul 1 (numit în trecut diabet juvenil sau insulinodependent) vechi de mai mult de 20 de ani. Aproape toți cei care au diabet au semne de afectare a retinei după circa 30 de ani în care au trăit cu această boală.

Majoritatea oamenilor cu retinopatie diabetică au doar probleme ușoare de vedere. Însă, boala poate avansa și poate amenința vederea. De fapt, retinopatia diabetică este cea mai frecventă cauză a orbirii la adulții din SUA. De obicei, sunt afectați ambii ochi, deși boala poate fi mai avansată la un ochi decât la celălalt.

Tipuri

Există 2 forme de retinopatie diabetică: neproliferativă și proliferativă.

Forma neproliferativă

Retinopatia diabetică neproliferativă, cunoscută și ca retinopatie diabetică de fond, este cea mai cunoscută formă. Ea reprezintă un

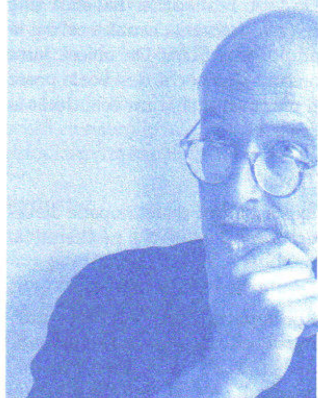
? Întrebare şi răspuns

Cât de des ar trebui să merg la control pentru ochi dacă sunt bolnav de diabet?

Controalele pentru ochi sunt cheia pentru detectarea problemelor date de retinopatia diabetică. Pentru acest motiv, examinările regulate ale ochiului sunt cruciale. Academia Americană de Oftalmologie recomandă următoarele:

- *Persoanele diagnosticate cu diabet înainte de vârsta de 30 de ani* ar trebui să facă un examen ocular riguros la 5 ani de la debutul diabetului sau când individul a împlinit deja 10 ani.
- *Persoanele diagnosticate cu diabet la 30 de ani sau după* ar trebui să facă un examen ocular complet la data diagnosticului.
- *Femeile cu diabet care sunt gravide sau care intenţionează să rămână însărcinate* ar trebui să facă un examen înainte de concepţie sau cât mai devreme în primul trimestru şi apoi la fiecare 3 luni.

După examenul iniţial, toţi bolnavii de diabet ar trebui să îşi testeze ochii anual. Dacă aveţi alte boli de ochi, oftalmologul vă poate recomanda o monitorizare mai frecventă.



stadiu timpuriu al bolii şi simptomele sunt frecvent uşoare.

În această boală, pereţii vaselor sangvine din retină sunt slăbiţi şi mici umflături (microanevrisme) proemină din pereţii vaselor. Vasele pot avea scurgeri de fluid şi sânge către retină. Pe măsură ce boala progresează, apar alte semne de afectare. Acestea includ zone de fibre nervoase umflate, numite „fulgi de vată", deoarece au aspectul unor ghemotoace pufoase de vată.

În cazurile severe, macula se poate umfla sau micile capilare se pot închide, reducând fluxul de sânge către maculă şi provocând alte probleme de vedere pe măsură ce se depreciază vederea centrală.

Forma proliferativă

Retinopatia proliferativă diabetică este forma mai avansată a bolii. Retinopatia devine proliferativă atunci când proliferează vase de sânge noi şi anormale pe retină sau pe nervul optic. Vasele de sânge pot să crească şi în interiorul umorii vitroase, substanţa transparentă, cu consistenţă gelatinoasă care umple centrul ochiului.

Creşterea anormală urmează închiderii extinse a capilarelor din retină datorită glicemiei ridicate. Această situaţie poate implica pierderea vederii, afectând şi vederea centrală şi pe cea periferică. Alte complicaţii includ dezlipirea de retină şi glaucomul.

Diagnostic

Retinopatia diabetică se poate dezvolta fără probleme de vedere iniţiale. Datorită acestui motiv, examinarea anuală a ochilor de către un oftalmolog este esenţială. Acesta va examina retina cu un oftalmoscop, care trimite o lumină puternică până în spatele ochiului şi permite vizualizarea retinei; va căuta microanevrisme, hemoragii, depozite de grăsimi şi vase de sânge nou formate.

Angiografia cu fluoresceină poate detecta vase de sânge care prezintă scurgeri sau care sunt nou formate. Această procedură este folosită pentru evaluarea schimbărilor asociate cu boala proliferativă şi cu cea neproliferativă.

Tratament

Tratamentul retinopatiei diabetice începe cu controlarea diabetului. Controlul strict al glicemiei încetineşte declanşarea şi progresia neuropatiei, şi scade nevoia de tratament chirurgical. Controlul strict înseamnă menţinerea glicemiei cât mai aproape de normal posibil. Menţinerea controlului asupra glicemiei poate presupune administrarea de insulină sau alte medicamente antidiabetice, monitorizarea glicemiei, urmarea unei diete sănătoase, exerciţiile fizice regulate şi menţinerea unei greutăţi corporale sănătoase.

Tratamentul specific pentru retinopatia diabetică depinde de severitatea condiţiei şi de afectarea sau ameninţarea vederii dumneavoastră. Retinopatia diabetică uşoară, neproliferativă poate să nu necesite tratament imediat. Oricum, oftalmologul vă va monitoriza cu atenţie retina pentru avansarea retinopatiei, ceea ce ar duce la necesitatea tratării ei.

Cele 2 tratamente principale ale retinopatiei diabetice sunt fotocoagularea şi vitrectomia.

Fotocoagularea

Fotocoagularea este un tratament cu laser care este folosit pentru a opri scurgerea de sânge şi fluide în retină în scopul de a încetini avansarea retinopatiei. Ar putea fi recomandată dacă aveţi edem macular (o tumefiere care antrenează macula, o zonă din centrul retinei), retinopatie neproliferativă severă, retinopatie proliferativă sau glaucom.

În fotocoagulare, o undă laser creează mici arsuri în zonele din retină cu vase de sânge anormale pentru a închide orice scurgeri. Chiar şi atunci când chirurgia laser este de succes în oprirea scurgerilor, pot apărea mai târziu noi zone cu scurgeri. S-ar putea să aveţi nevoie de noi tratamente laser.

Imediat după intervenţia chirurgicală cu laser pentru tratarea edemului macular, pot să apară mici puncte în câmpul dumneavoastră

vizual. În general, punctele se estompează şi dispar cu timpul. Dacă înainte de operaţie aţi avut o vedere tulbure, s-ar putea să nu vă recuperaţi vederea normală.

Pentru retinopatia diabetică proliferativă se foloseşte o formă de chirurgie cu laser, numită fotocoagulare panretinală. Cu ajutorul acestei tehnici se tratează întreaga retină, cu excepţia maculei, cu arsuri plasate aleator. Arsurile provoacă atrofierea şi dispariţia vaselor sangvine anormale. Fotocoagularea panretinală se face de obicei în două sau mai multe sesiuni. Acest tratament reduce semnificativ riscul pierderii severe de vedere. Oricum, dacă tratamentul este extensiv, puteţi observa o oarecare pierdere de vedere periferică, mai multe dificultăţi legate de vederea nocturnă şi tulburarea vederii centrale.

Paralizia nervului oculomotor

Paralizia nervului oculomotor este o problemă frecventă la oamenii cu diabet. Această tulburare poate cuprinde o instalare bruscă a durerii în jurul ochiului şi vederea dublă. Ochiul afectat se întoarce în jos sau spre exterior. Pupila continuă, de obicei, să reacţioneze normal, dilatându-se la întuneric şi contractându-se la lumină. Pleoapa superioară are frecvent tendinţa la ptoză.

Aceste semne şi simptome pot fi uşor confundate cu cele ale unui accident vascular cerebral – şi, de fapt, această tulburare este rezultatul unei întreruperi temporare a fluxului de sânge către a treia pereche de nervi cranieni. Acest nerv controlează acţiunea unora dintre muşchii care susţin globul ocular în poziţie normală. Durerea tipică durează câteva zile, iar vederea dublă şi ptoza se rezolvă de obicei în 2 - 3 luni. Dacă aveţi vedere dublă, o pleoapă căzută sau durere în sau în jurul ochiului, sau dacă ochiul nu se mai mişcă normal în toate direcţiile, consultaţi imediat un oftalmolog.

Vitrectomia

În retinopatia diabetică proliferativă, noile vase de sânge pot sângera (hemoragie) în cavitatea vitroasă. În cazurile severe, sângele poate umple complet cavitatea vitroasă şi poate să blocheze complet vederea. Deseori, o hemoragie vitroasă se resoarbe de la sine. Dacă hemoragia este mare şi nu se resoarbe, tratamentul de fotocoagulare nu este posibil. O operaţie numită vitrectomie este folosită pentru a îndepărta corpul vitros umplut cu sânge şi pentru a reface vederea clară. Mai este folosită şi pentru a îndepărta ţesutul cicatricial format când retina se desprinde de peretele ochiului (detaşare de retină).

Chirurgul face operaţia cu ajutorul unei game variate de instrumente introduse în globul ocular prin mici deschizături în sclerotică. O sondă-lampă iluminează interiorul ochiului. În timpul vitrectomiei, un chirurg poate să facă şi fotocoagularea panretiniană cu o sondă laser pentru a preveni recidiva creşterii de vase sangvine anormale.

Recuperarea poate dura săptămâni întregi. Dacă aţi avut sângerare masivă, o parte din sânge poate să rămână în ochi sau pot să apară noi sângerări pentru o perioadă de mai multe săptămâni.

Vederea se îmbunătăţeşte la majoritatea oamenilor care au avut o vitrectomie pentru hemoragie vitroasă sau pentru dezlipirea de retină. Oricum, recuperarea vederii poate fi limitată datorită degradărilor permanente ale retinei.

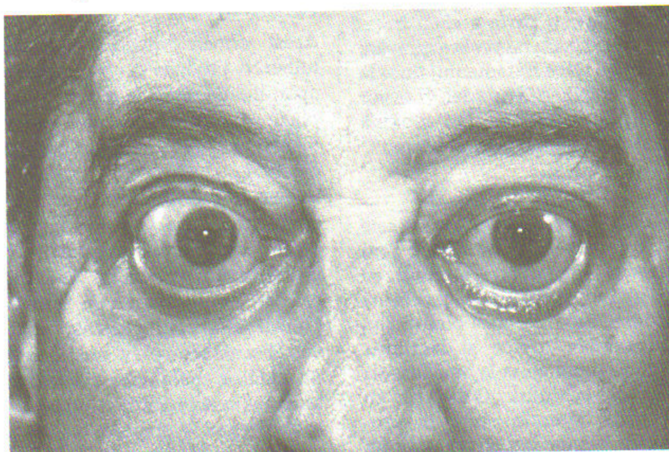
Boala Graves

Semne şi simptome

- Protruzia ochilor sau o senzaţie de presiune în jurul lor
- Vedere tulbure sau dublă
- Lăcrimat
- Ochi roşii sau inflamaţi
- Sensibilitate la lumină
- Retracţia pleoapelor
- Nervozitate crescută şi intoleranţă la căldură
- Poftă de mâncare intensă însoţită de o pierdere în greutate

Boala Graves este o tulburare a glandei tiroide în care se produc cantităţi prea mari din hormonul numit tiroxină. Un exces de tiroxină provoacă o gamă largă de semne şi simptome, inclusiv nervozitate, intoleranţă la căldură, scădere în greutate în ciuda unui apetit normal, puls rapid şi neregulat, şi un tremurat fin al mâinilor. Pentru mai multe detalii despre boala Graves, vedeţi pag. 1042.

Anomaliile sistemului imunitar care stimulează tiroida pot şi ele să dea naştere la probleme de ochi. Modificări ale pleoapelor şi ale muşchilor care controlează ochii dumneavoastră pot fi cauza vederii duble şi a aspectului cu ochi mari (ochi de gândac). Ochii pot protruziona şi din cauza unei



Unul dintre cele mai evidente semne fizice ale bolii Graves este protruzia ochilor.

creşteri musculare, de ţesut gras şi a altor ţesuturi din spatele ochiului. În unele cazuri, ţesuturile crescute pot comprima şi ameninţa serios nervul optic. Retracţia extremă a pleoapelor poate să expună corneea suficient pentru a provoca o uscare severă sau un ulcer corneean.

Diagnostic

Modificările oculare pot apărea cu un an sau mai mult înainte de instalarea funcţiei tiroidiene anormale. Protruzia ochilor şi distanţa mărită dintre pleoapele superioare şi cele inferioare sunt semne clasice ale bolii Graves. Uneori, totuşi, modificările oculare sunt subtile şi greu de observat.

Uneori, un ochi pare a fi afectat, ridicând problema unei tumori sau infecţii sinusale. Alteori, cel mai evident simptom este iritaţia conjunctivei, care poate fi pusă pe seama conjunctivitei sau a unei reacţii alergice.

Gradul de protruzie a ochiului poate fi măsurat de un oftalmolog cu un exoftalmometru. Acesta este mai folositor pentru a determina dacă protruzia se agravează sau se ameliorează decât pentru stabilirea diagnosticului. O tomografie computerizată (CT) a orbitei arată de obicei muşchi hipertrofiaţi în orbită şi poate elimina teama că protruzia este cauzată de o infecţie sau de o tumoră.

Tratament

Controlarea hiperactivităţii glandei tiroide este o parte a cheii tratamentului pentru prevenirea agravării situaţiei. Dacă tratamentul duce la o hipoactivitate a tiroidei, vi se vor administra tablete cu tiroxină pentru a înlocui lipsa de hormon.

Autoîngrijire

În multe cazuri, această stare este o tulburare uşoară care nu necesită tratament. Dormitul cu capul într-o poziţie mai ridicată poate reduce umflarea pleoapelor. Unguentele topice şi lacrimile artificiale pot ajuta la ameliorarea iritaţiei ochiului. Ochelarii cu protecţii laterale ajută la protejarea ochilor împotriva prafului iritant şi a vântului.

Tratament medicamentos

Tratamentul temporar cu corticosteroizi poate ajuta la scăderea edemului ţesuturilor.

Tratament chirurgical

În cazurile severe, chirurgul poate să creeze spaţiu în plus într-o cavitate sinusală pentru a permite ochiului să se aşeze înapoi într-o poziţie mai naturală în orbită. Această procedură corectează frecvent schimbările petrecute cu nervul optic, care pot afecta serios vederea. Chirurgul poate corecta şi vederea dublă prin repoziţionarea muşchilor măriţi de volum care controlează mişcarea ochilor.

Hipertensiunea arterială

Vasele sangvine mici din retină reprezintă o mostră a tuturor vaselor din organism, numai că ele au avantajul de a fi vizibile la suprafaţă. Îngustarea arterelor retiniene, micile hemoragii şi depozitele de proteine (exsudate) care curg din vasele afectate pot fi dovezi ale hipertensiunii arteriale. Este anormal ca hipertensiunea arterială să afecteze vederea, dar slăbirea vederii poate să apară în cursul unei crize de hipertensiune, o creştere acută a tensiunii arteriale care poate fi asociată cu simptome neurologice şi vasculare. Arterele retiniene se pot îngusta sever şi retina se poate umfla.

Accidentul vascular cerebral

Acest termen descrie mai multe tulburări produse de o afectare a aportului de sânge la creier. Cauza poate fi un aport de sânge insuficient datorită unei artere cerebrale blocate (accident ischemic) sau o ruptură a unei artere care duce la hemoragie în creier (hemoragie cerebrală). În multe cazuri, accidentul vascular cerebral nu are semne de alarmă. Numai când veţi prezenta unul, veţi observa semnele şi simptomele de cefalee, paralizie, slăbiciune bruscă şi vedere dublă sau orbire.

Dacă aveţi o pierdere bruscă a vederii sau vedere dublă – sau orice alte semne şi simptome, cum ar fi o slăbiciune bruscă pe o parte a corpului, dificultate în a vorbi sau lipsă de coordonare – căutaţi imediat atenţie medicală. Un oftalmolog poate verifica existenţa depozitelor în arterele retiniene (ateroscleroză) şi poate măsura presiunea şi cantitatea de sânge care circulă prin arterele ochilor dumneavoastră.

Tratament

Tratamentul poate include medicaţie sau intervenţie chirurgicală. Dacă este detectată ateroscleroza, s-ar putea să vi se administreze medicaţie anticoagulantă pentru a preveni coagularea sangvină. Dacă arterele principale ale gâtului dumneavoastră sunt îngustate de plăci care reduc fluxul de sânge către creier şi ochi, chirurgia ar putea fi de ajutor în restaurarea fluxului sangvin.

Arterita craniană

Arterita craniană, cunoscută şi ca arterita cu celule gigante sau arterita temporală, este o inflamaţie a arterelor capului şi scalpului. Diagnosticarea se face frecvent prin scoaterea unei părţi a arterei scalpului (biopsie) şi examinarea ei la microscop pentru identificarea unor eventuale semne de inflamaţie. Se crede că inflamaţia rezultă în urma unei reacţii imune anormale care îngroaşă căptuşeala arterelor afectate, reducând sau blocând curgerea sângelui către diferite părţi ale corpului, cel mai frecvent către ochi. Vederea începe să slăbească şi, lăsată netratată, tulburarea poate să provoace rapid orbire totală sau parţială la unul sau la amândoi ochii.

Arterita craniană este cel mai des întâlnită la femeile în vârstă cu descendenţă nord-europeană. Negrii şi asiaticii fac rar această boală. Arterita craniană poate fi tratată şi orbirea prevenită prin administrarea orală de corticosteroizi. Simptomele se îmbunătăţesc, de obicei, după începerea tratamentului. Tratamentul trebuie continuat pentru un an sau mai mult şi este monitorizat prin teste sangvine şi examinări fizice. ■

CAPITOLUL 24 PARTEA a V-a

Urechile, nasul şi gâtul

Urechile, nasul și gâtul îndeplinesc foarte multe funcții. Urechile și mecanismele nervoase asociate lor vă permit să auziți și să vă mențineți echilibrul. Nasul vă permite să inhalați și să filtrați aerul, și să simțiți mirosurile din apropiere. Structurile din gâtul dumneavoastră vă permit să mâncați, să beți, să vorbiți și să cântați.

Urechile, nasul și gâtul sunt interconectate în funcțiile lor și în bolile care le afectează frecvent. De exemplu, o infecție a gâtului sau nasului se poate transmite cu ușurință la urechi. O infecție de tract respirator superior poate să afecteze nasul, gâtul și urechile.

Așa că nu este surprinzător că fiecare dintre aceste structuri este tratată de același specialist, un otorinolaringolog. Denumirea vine din limba greacă, de la cuvintele *otos* (ureche), *rhinos* (nas), *larinx* (gât). Mai simplu, doctorii specializați în acest domeniu medical se numesc ORL-iști.

Urechea

Cele 2 mari funcții ale urechilor sunt auzul și echilibrul. Fiecare ureche este compusă din 3 părți: urechea externă, urechea medie și urechea internă.

Urechea externă

Urechea externă este alcătuită din piele și cartilaje, numite pavilionul urechii (pinna), plus canalul auditiv extern. Ea poartă undele sonore către timpan și urechea medie. Urechea externă este partea vizibilă a urechii. În canalul auditiv extern se găsesc glandele care produc ceară și fire de păr cu rol de protecție.

Urechea medie

Funcția urechii medii este să transmită undele sonore la urechea internă, unde vibrațiile sunt procesate și se obține un semnal pe care creierul îl recunoaște ca sunet. Urechea medie este o cavitate mică, delimitată de timpan la exterior și intrarea în urechea internă la interior.

În interiorul urechii medii se găsesc 3 mici oase, numite ciocan (malleus), nicovală (incus) și scăriță (stapes). Numele lor vine de la forma pe care o au. Aceste mici oase acționează ca un sistem de pârghii care conduc vibrațiile sonore spre urechea internă. Ciocanul este atașat de timpan, nicovala de ciocan și scărița leagă nicovala de o deschidere a urechii interne, fereastra ovală.

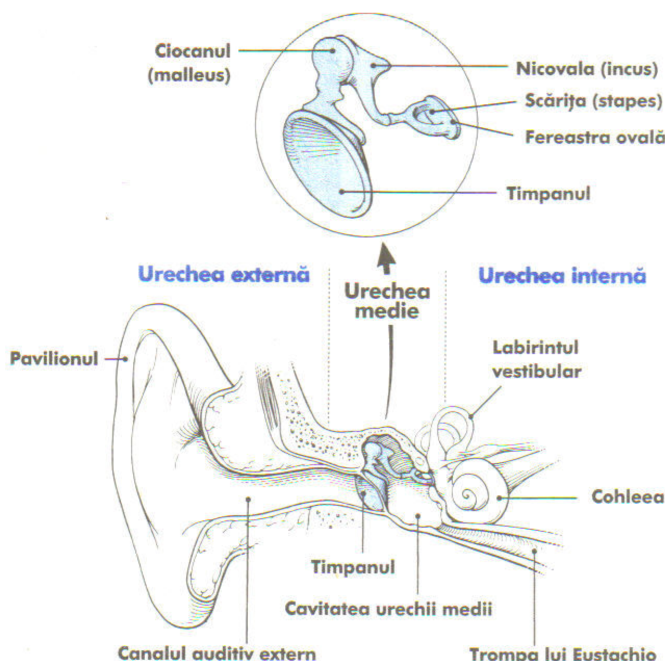
Urechea medie este legată de faringe printr-un canal îngust numit trompa lui Eustachio. Aceasta stă închisă până în momentul în care înghițiți sau căscați, atunci când se deschide pentru scurt timp pentru a egaliza presiunea aerului din urechea medie cu cea din exterior (atmosferică). Când se întâmplă aceasta, simțiți de multe ori o pocnitură.

Urechea internă

Urechea internă conține cele mai întortocheate structuri ale mecanismului auzului: 2 camere numite labirintul vestibular și cohleea. Labirintul vestibular este alcătuit din canale complicate – 3 tuburi semicirculare interconectate – care ajută la controlul simțului echilibrului. Cohleea, care începe la nivelul ferestrei ovale, se curbează sub formă de cochilie de melc. Mici fire atașate la terminațiile nervului auditiv căptușesc cohleea pe interior. Și labirintul și cohleea sunt umplute cu lichid.

Undele sonore din mediul înconjurător fac timpanul să vibreze. Aceste vibrații își continuă trecerea prin oasele urechii medii și intră prin fereastra ovală în urechea internă. Ele sunt transmise în fluidul din cohlee, unde mici fire simt undele vibratorii și le convertesc în impulsuri electrice care se transmit la creier prin nervul auditiv.

Structurile urechii



Cavitatea nazală

Nasul dumneavoastră este o poartă către sistemul respirator. Aerul care intră prin orificiile nazale trece pe lângă partea superioară a palatului, structura care separă nasul de gură. Când inspiraţi, aerul trece prin intersecţia dintre gură şi faringe, şi îşi continuă drumul prin sistemul respirator inferior.

Nasul este divizat în două compartimente identice, despărţite de un perete (sept) compus din cartilaj şi oase, şi acoperit de o mucoasă. Structuri osoase subţiri, acoperite de mucoasă (cornete) se curbează dinspre lateral spre sept şi acţionează ca voleţi aerodinamici în canalele nazale.

Canalele nazale se deschid şi în sinusuri, cavităţi din craniu umplute cu aer. Amigdala faringiană este o aglomerare de ţesut limfatic localizată în spatele canalelor nazale.

În zona anterioară a cavităţii nazale se află fire de păr protectoare care ajută la filtrarea aerului pe care îl respiraţi. La interior, nasul este căptuşit cu o mucoasă care încălzeşte şi umezeşte aerul.

În plus faţă de încălzirea, umezirea şi filtrarea aerului, nasul este responsabil de simţul mirosului şi, într-o mare măsură, de simţul gustului.

De fapt, mare parte din capacitatea de a simţi gustul depinde de simţul mirosului. Mirosul se formează începând din structura olfactivă aflată în partea superioară a nasului. Acest sistem conţine fibre senzitive foarte fine care transmit semnale la bulbul olfactiv, o structură localizată în partea anterioară a creierului, chiar deasupra nasului.

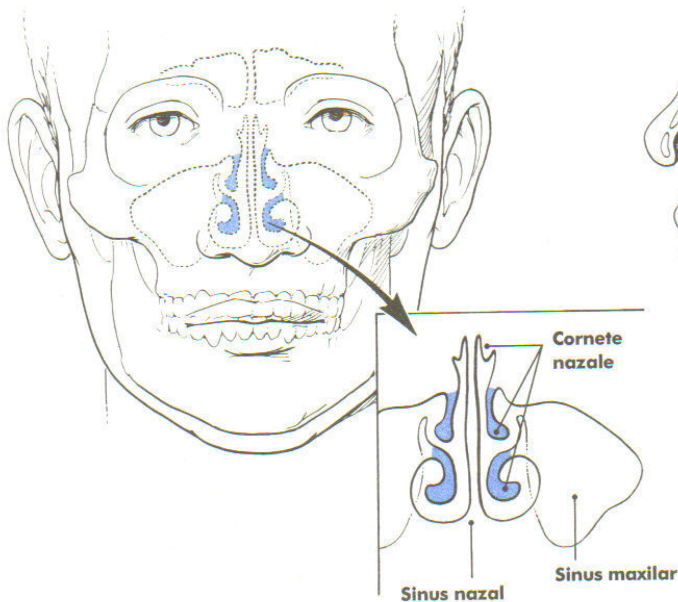
Faringele

Faringele este o parte a unui sistem care furnizează aer plămânilor, mâncare esofagului şi sunete de la corzile vocale către gură. De fiecare dată când inspiraţi, aerul trece prin gât în drum spre trahee şi plămâni. Când înghiţiţi mâncare, muşchii din partea superioară a acestuia ajută la deplasarea alimentelor de la gură la esofag, care este conectat la stomac.

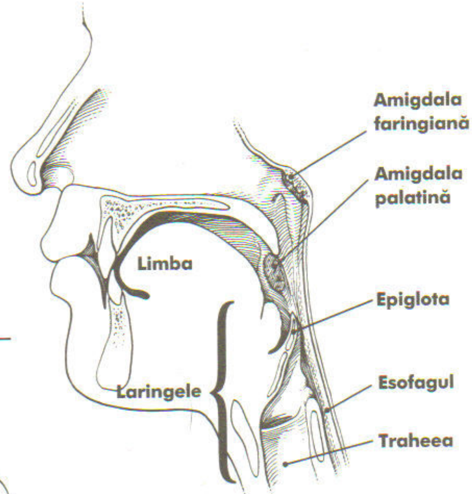
În gâtul dumneavoastră sunt localizate mai multe organe. Laringele, care se află deasupra traheei, este responsabil de producerea majorităţii sunetelor pe care le emiteţi atunci când vorbiţi. Când vorbiţi, gâtul dumneavoastră vă ajută şi să modelaţi sunetele pe care le emiteţi. Amigdalele palatine se găsesc pe ambele părţi ale regiunii posterioare a gurii dumneavoastră.

Epiglota funcţionează ca un capac şi supapă pentru trahee, închizându-se atunci când înghiţiţi şi împiedicând apa şi alimentele să intre în trahee.

Structurile nasului



Structurile gâtului



Afecțiunile urechii

Urechea este o structură minunată, dar complexitatea ei o predispune la infecții, malformații congenitale și leziuni datorate accidentelor sau expunerii la zgomot.

Infecțiile urechii externe

Semne și simptome

- Durere în ureche
- Scurgere de puroi gălbui sau verde-gălbui și urât mirositor
- Pierderea auzului

Infectarea urechii externe (otită externă) provoacă iritarea și inflamarea conductului auditiv extern. Poate apărea la orice vârstă dar, cel mai frecvent, afectează adulții tineri.

În condiții normale, ceara din urechi (cerumen) respinge apa de pe suprafața conductului auditiv extern. Ea ajută și la menținerea unui anume pH în ureche potrivit pentru a inhiba creșterea bacteriană. Dacă acesta este alterat, poate apărea o infecție.

O infecție fungică, virală sau bacteriană poate produce otită externă. Bacteriile sunt cauzele cele mai frecvente. Acest tip de infecție este adesea prezent la înotători, deoarece este frecvent asociat cu umezeala în conductul auditiv extern.

Factorii care pot stimula creșterea bacteriană includ:

- umezeală excesivă în conductul auditiv extern. Expunerea repetată la apă poate duce la pierderi de ceară din ureche. Neprotejat, tegumentul conductului auditiv extern reține umezeala și se irită. Echilibrul normal al pH-ului este și el tulburat, permițând creșterea bacteriilor. Folosirea aparatelor auditive poate și ea să favorizeze acumularea de umezeală în conductul auditiv extern;
- leziunile sau iritația pielii din conductul auditiv extern. Zgârierea conductului auditiv sau îndepărtarea cerii cu obiecte improvizate, cum ar fi agrafele sau clemele, poate leza pielea – oferind bacteriilor o poartă de intrare – și chiar timpanul. Eforturile de a curăța canalul cu bețe cu vată la capăt pot avea un rezultat contrar așteptărilor prin forțarea excesului de ceară și a murdăriei mai adânc în conductul auditiv și creând leziuni;
- boli cronice ale pielii sau alergii. Bolile pielii cum sunt eczema sau seboreea pot oferi bacteriilor o poartă de intrare. Alergiile la vopsea de păr sau sprayuri pot irita pielea și pot duce la apariția infecțiilor.

Uneori, se poate dezvolta o infecție severă și agresivă. Aceasta se întâmplă mai des la persoanele cu diabet, în special la vârstnici. Cei cu sistem imunitar slăbit sunt și ei mai expuși riscurilor de a face acest tip de infecție.

Infecția debutează de obicei ca o otită externă. Dar, la un moment dat, bacteriile se întind de la nivelul pielii conductului auditiv la țesuturile învecinate, inclusiv cartilagii și os. Pot apărea leziuni nervoase și chiar paralizie facială.

Diagnostic

Dacă aveți dureri în conductul auditiv sau observați scurgerea unui puroi de culoare gălbuie sau galben-verzuie dintr-o ureche, prezentați-vă la medic. Dacă puroiul sau inflamația blochează conductul auditiv se poate pierde auzul.

Medicul dumneavoastră poate să folosească un instrument care se ține în mână, numit otoscop pentru a examina conductul auditiv extern. Dacă puroiul este prezent, poate fi luată o probă pentru analize de laborator.

Cât de gravă este infecția urechii externe?

Majoritatea infecțiilor urechii externe sunt supărătoare, dar dacă sunt tratate cum trebuie, de obicei nu reprezintă o amenințare pentru starea generală de sănătate. Otita externă severă care se extinde la țesuturile învecinate poate afecta oasele și cartilajele subiacente. Lăsată netratată, această situație poate amenința viața.

Tratament

Dacă suspectați că aveți otită externă, puteți face unii pași înainte de a consulta medicul. Aplicarea unei perne nu foarte calde pe ureche ar putea fi de ajutor. Acetaminofenul (Tylenol etc.), ibuprofenul (Advil, Motrin etc.) sau aspirina pot fi de ajutor în calmarea durerii. Aspirina nu este recomandată la copii deoarece poate induce sindromul lui Reye, o tulburare gravă care afectează creierul, ficatul și sângele.

După ce pune diagnosticul, medicul vă va curăța conductul auditiv cu un dispozitiv cu aspirație sau cu o sondă cu vârf de bumbac. Această manevră va ajuta la atenuarea durerii. Deseori, medicii prescriu picături pentru urechi care conțin corticosteroizi pentru a scădea inflamația și a ameliora simptomele, precum și un antibiotic pentru a controla infecția. Dacă aveți dureri mari, medicul vă poate prescrie un analgezic. Aveți grijă să nu intre apă în ureche pe perioada tratamentului, de obicei 7 - 10 zile.

Dacă infecția nu se ameliorează după 3 - 4 zile, medicul vă poate prescrie un antibiotic oral. El

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Cu un pic de grijă, se poate preveni o infecție a urechii externe.

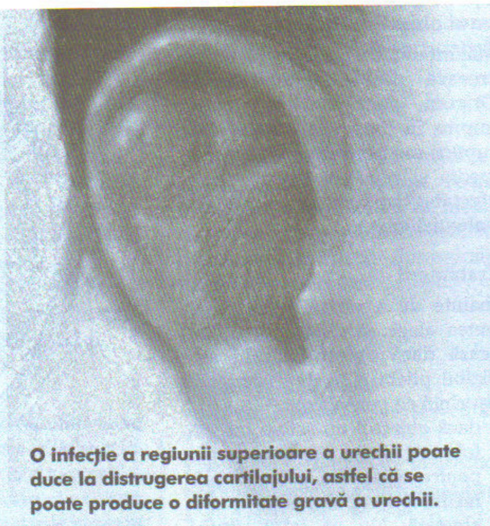
- Uscați-vă cu grijă urechile cu un uscător de păr sau cu un prosop după ce faceți baie sau înotați deoarece umezeala în conductul auditiv extern îl poate expune la infecții.
- Puneți mai multe picături dintr-un amestec jumătate-jumătate de oțet și apă sau apă și alcool medicinal în conductul auditiv extern pentru a ajuta uscarea lui după ce înotați.
- Evitați curățarea excesivă a conductului auditiv. Ștergeți doar ce se găsește la deschiderea din exterior.
- Acoperiți conductele auditive cu vată sau cu ceva asemănător atunci când vă aplicați vopsea sau spray de păr.

? Întrebare şi răspuns

Este riscantă perforarea urechii în regiunea superioară?

În general, este bine să evitaţi perforarea cartilajului din partea superioară a urechii. O infecţie în partea de sus a urechii poate duce la distrugeri ale cartilajului care pot provoca diformităţi grave, permanente ale urechii.

Cartilajul determină forma urechii externe. El se menţine în viaţă absorbind elementele nutritive de la un ţesut special care îl acoperă. Inflamarea şi infectarea acestui ţesut îl poate dezlipi de cartilaj, privându-l de nutrienţi. Prin urmare, cartilajul poate fi distrus. Mai rău, antibioticele sunt deseori ineficiente deoarece aportul de sânge la cartilaj este prea mic şi medicamentul nu ajunge. În contrast cu partea superioară a urechii, lobul are propria reţea vasculară şi, dacă se infectează, răspunde bine la medicaţia antibiotică.



O infecţie a regiunii superioare a urechii poate duce la distrugerea cartilajului, astfel că se poate produce o diformitate gravă a urechii.

selectează un medicament specific pentru microorganismul care a produs infecţia dacă un test de laborator l-a identificat. Pentru a trata o infecţie a urechii externe produsă de o ciupercă, medicul vă poate prescrie picături pentru urechi cu acid acetic sau cu un preparat antifungic.

Otita externă invazivă este o infecţie serioasă a urechii externe ce necesită frecvent administrarea intravenoasă de antibiotice şi spitalizarea pentru mai multe zile. Uneori, chirurgia este necesară pentru îndepărtarea ţesuturilor necrozate sau infectate, inclusiv ţesut osos.

După externare, tratamentul intravenos cu antibiotice poate fi continuat sau se pot prescrie antibiotice pe cale orală pentru mai multe săptămâni. Bolnavii de diabet şi cei imunodeprimaţi au nevoie de o monitorizare atentă.

Chisturi şi tumori benigne

Semne şi simptome

- O tumefacţie în canalul auditiv extern sau în faţa ori în spatele urechii
- Acumularea de ceară (cerumen) în ureche
- Senzaţie de disconfort la ureche
- Scădere sau pierdere a auzului

Chisturile sebacee sunt mici pungi umplute cu un material brânzos produs de glandele din piele. Ele se dezvoltă de obicei în spatele urechii sau pe scalp. Chisturile sunt necanceroase (benigne) şi, deseori, trec neobservate. Tumorile benigne ale conductului auditiv (exostoze), produse de o creştere aberantă a osului, pot şi ele să apară. Tumorile pot creşte suficient de mult pentru a obtura conductul auditiv, pentru a reţine ceara şi a afecta auzul. Majoritatea exostozelor cresc foarte încet şi, de obicei, nu reprezintă o problemă.

Diagnostic

Puteţi să simţiţi o denivelare semidură pe creasta osoasă din spatele sau din faţa urechii. Aceste chisturi sunt rareori supărătoare, deşi se pot infecta. Dacă descoperiţi un asemenea chist, consultaţi medicul.

În cazul unei tumori benigne, oamenii sunt deseori inconştienţi de existenţa ei, iar creşterea de ţesut osos nu provoacă probleme. Oricum, ocazional, o asemenea excrescenţă poate să obstrueze parţial conductul auditiv.

Dacă vă doare urechea sau dacă aveţi o slăbire a auzului, mergeţi la medic, care vă va examina cu un otoscop, ce permite vizualizarea întregului conduct auditiv extern.

Tratament

Chisturile şi tumorile benigne nu provoacă în general probleme stării sănătate. Dacă o tumoră benignă creşte suficient de mult ca să blocheze conductul auditiv extern, medicul vă poate recomanda îndepărtarea lui pe cale chirurgicală.

Obiecte străine

Semne şi simptome

- Durere în ureche
- Pierdere de auz
- Senzaţia că este ceva în ureche

Gama de obiecte pe care le scot medicii din ureche este variată – bile, mici jucării, bijuterii, insecte, seminţe, bucăţele de hârtie şi de plastic, şi chiar dopuri pentru urechi. Datorită formei complicate a urechii şi a conductului auditiv, orice obiect de dimensiune mică pe care îl introduceţi în ureche se poate bloca acolo.

Diagnostic

De obicei, vă daţi seama atunci când intră ceva în ureche: doare sau dă senzaţia de umplere şi poate afecta capacitatea de a auzi. Problema poate fi mai greu de diagnosticat atunci când este afectat un copil mic.

Nu încercaţi să îndepărtaţi obiectele decât atunci când pot fi apucate cu uşurinţă cu o pensetă. Şi nu încercaţi să mişcaţi vreun obiect cu un beţişor cu vată la capăt, cu o agrafă de păr, o agrafă de hârtie sau cu alt obiect. Dacă obiectul nu poate fi apucat cu uşurinţă, consultaţi un medic.

Cât de gravă este prezenţa unui obiect străin în ureche?

Majoritatea corpurilor străine nu creează probleme de durată. Oricum, dacă un obiect este împins în timpan poate produce rupturi sau perforaţii, iar urechea medie şi urechea internă pot fi afectate, creându-se o situaţie potenţial gravă.

Tratament

Înainte de a vizita medicul, aţi putea alege să faceţi aceşti paşi acasă dacă obiectul străin este vizibil, pliabil şi poate fi apucat cu uşurinţă cu penseta:

- dacă obiectul nu este o insectă, folosiţi forţa gravitaţională pentru a disloca obiectul prin înclinarea capului spre partea afectată. Nu vă loviţi capul, scuturaţi-l cu blândeţe;
- dacă obiectul străin este o insectă, înclinaţi capul astfel încât urechea cu insecta stă în sus. Încercaţi să ridicaţi insecta făcând-o să plutească turnând un ulei mineral, ulei de măsline sau ulei pentru copii în conductul auditiv. Uleiul trebuie să fie călduţ şi nu fierbinte. Pe măsură ce turnaţi uleiul înăuntru, uşuraţi-i intrarea lui trăgând uşor de lobul urechii spre înapoi şi în sus, manevră ce duce la îndreptarea conductului auditiv. Insecta ar trebui să se sufoce şi să plutească în ulei. Nu folosiţi ulei pentru a îndepărta alte obiecte, în afară de insecte. Şi nu folosiţi această metodă dacă suspectaţi perforarea timpanului, ale cărei semne sunt durerea, sângerarea sau secreţiile în ureche.

Dacă aceste metode nu au succes sau dacă durerea în ureche continuă să fie prezentă, aveţi în continuare un auz slăbit sau o senzaţia că este ceva blocat în ureche, mergeţi la medic.

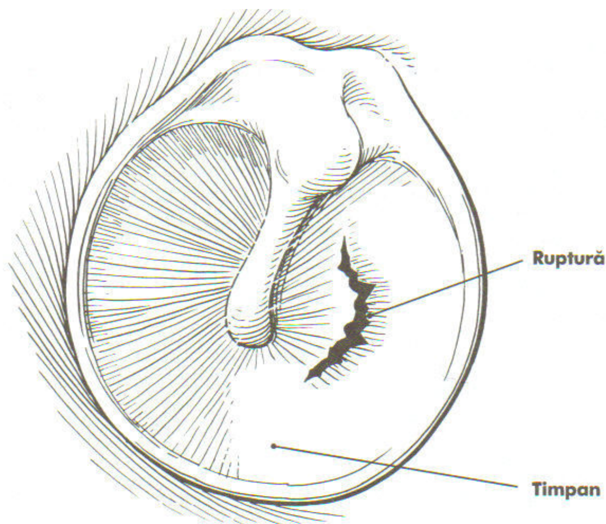
Perforaţia de timpan

Semne şi simptome

- Durere în ureche
- Pierdere parţială de auz
- Sânge sau secreţii în ureche

Riscul de a leza timpanul este motivul pentru care nu trebuie să introduceţi nici un obiect în ureche. Puteţi să vă înţepaţi timpanul atunci când vă scărpinaţi în ureche cu un beţişor cu vată la vârf sau cu vreun obiect mic şi ascuţit. Alte cauze ale perforării timpanului sunt o palmă care loveşte cu putere peste ureche sau o explozie, care poate produce o creştere bruscă a presiunii aerului în ureche.

O infecţie a urechii medii (otită medie) poate produce inflamaţie şi, uneori, perforarea timpanului. Aceasta este cea mai frecventă cauză a perforărilor de timpan. Orificiile mici se pot vindeca, însă cele mai mari pot rămâne deschise şi pot permite agenţilor infecţioşi să pătrundă în urechea medie.



Durerea în ureche, diminuarea auzului şi secreţiile pot fi indiciul unei perforaţii de timpan.

Diagnostic

Dacă aveţi dureri din ce în ce mai mari şi pierdere de auz în ureche pe parcursul unei singure zile, urmate de o scurgere de lichid sau sânge – cu o implicită scădere a intensităţii durerii – s-ar putea să aveţi o perforatie de timpan produsă în urma unei infecţii a urechii medii. Mergeţi imediat la medic.

Acesta vă va examina urechea cu un otoscop, care permite vizualizarea întregului conduct auditiv. Dacă timpanul este perforat, medicul ar trebui să vadă zona afectată sau oasele din urechea medie care sunt în spatele ei.

Cât de gravă este perforaţia timpanului?

Poate fi dureroasă, în special la început. De cele mai multe ori, se vindecă de la sine, fără complicaţii şi cu pierderi de auz minime sau temporare. Perforaţiile mai mari pot produce infecţii recurente ale urechii interne şi pierdere de auz persistentă.

Tratament

Dacă suspectaţi perforarea timpanului, consultaţi medicul cât de repede posibil. Puteţi calma durerea punând peste ureche o pernă electrică uşor încălzită, nu fierbinte. Administrarea de calmante ca acetaminofen (Tylenol), ibuprofen (Advil, Motrin) sau aspirină pot fi de ajutor pentru atenuarea durerii. Oricum, copiii ar trebui să nu ia aspirină, deoarece aceasta poate declanşa sindromul lui Reye, o tulburare gravă care afectează creierul, ficatul şi sângele.

Medicul vă poate prescrie un antibiotic pentru a preveni apariţia unei infecţii în urechea medie. Un pansament de plastic sau hârtie poate fi pus ocazional peste timpan pentru a închide mica ruptură. Este important să nu intre apa în ureche în timp ce se vindecă perforaţia.

Timpanul se poate vindeca în cel mult 2 luni. Dacă nu s-a vindecat în acest timp, medicul vă poate recomanda o procedură chirurgicală pentru repararea lui.

Disfuncția trompei lui Eustachio

Semne şi simptome

- Ureche înfundată
- Senzații de umplere sau de presiune în ureche
- Pocnituri în ureche
- Diminuarea auzului

Multe probleme ale urechii sunt rezultatul funcționării defectuoase a trompei lui Eustachio. Aceasta are multe funcții. Când înghițiți sau când căscați, ea se deschide pentru scurt timp pentru a egaliza presiunea din ureche cu cea atmosferică. De asemenea, drenează lichidul din urechea medie.

Mai tot timpul, trompa lui Eustachio rămâne închisă pentru a împiedica secrețiile să intre în urechea medie. În cazul disfuncției, fie nu se deschide sau închide corect, fie este obstruată, împiedicând-o să funcționeze corect.

Disfuncția trompei lui Eustachio poate genera probleme în reglarea presiunii din ureche şi în îndepărtarea secrețiilor din urechea medie. Poate determina stări cum ar fi infecții ale urechii medii şi colesteatom, o colecție sau tumoră chistică necanceroasă din celule epiteliale întâlnite cel mai frecvent în osul din spatele urechii (procesul mastoidian) sau în urechea medie.

Acest tip de disfuncție poate avea mai multe cauze:

- prăbuşirea cartilajului din jurul trompei lui Eustachio, ceea ce împiedică deschiderea tubului;
- înfundarea tubului datorită unor mici vegetații (polipi);
- tumefierea din cauza inflamării, infecției sau alergiilor;
- imposibilitatea de deschidere a trompei datorită unui defect congenital de boltă palatină.

Diagnostic

Medicul poate folosi anumite teste pentru identificarea disfuncției trompei lui Eustachio şi a cauzelor ei. De exemplu, vă cere să expirați uşor în timp ce aveți nările pensate şi gura închisă. În timp ce faceți aceasta, medicul vă examinează urechea cu un otoscop pentru a vedea dacă reacționează normal la schimbarea de presiune.

Un test numit timpanometrie evaluează reacția timpanului la presiuni ale aerului pozitive, normale şi negative. Un instrument special este folosit pentru a sigila conductul auditiv şi a genera sunete şi presiune. Instrumentul măsoară cât de mult din sunet se absoarbe şi determină dacă trompa lui Eustachio oferă o ventilare suficientă pentru a permite timpanului să vibreze cum trebuie.

Medicul poate să inspecteze şi deschiderea nazală a trompei lui Eustachio folosind un endoscop, un tub subțire, flexibil, cu o lumină transmisă prin fibră optică ce se introduce prin nas.

Tratament

Tratamentul disfuncției trompei lui Eustachio diferă cu cauza. Poate presupune administrarea de medicamente decongestionante sau, în cazuri rare, intervenții chirurgicale pentru tratarea cauzei de fond.

Barotrauma

Semne şi simptome

- Durere moderată sau severă în ureche
- Senzație de înfundare în ureche
- Scădere uşoară a acuității auditive
- Amețeală
- Zgomote cum ar fi zumzăit, sunet de clopot sau vacarm în urechi (tinitus)

Presiunea aerului din urechea medie este la fel ca cea din urechea externă, datorită trompei lui Eustachio, un canal îngust ce leagă urechea medie de regiunea superioară a faringelui. Atunci când înghițiți sau căscați, ea se deschide permițând aerului să intre sau să iasă din urechea medie, egalizând presiunea din ureche cu cea atmosferică.

Dacă o trompă a lui Eustachio se blochează, apar diferențe de presiune în raport cu timpanul. Această situație este cunoscută ca barotrauma (barotitis media).

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Dacă trebuie să zburați atunci când vă simțiți capul şi nasul congestionate, încercați să luați unele măsuri.

- Folosiți un spray decongestionant nazal şi un decongestionant oral cu o oră înainte de decolare şi, dacă zborul este lung, cu o oră înainte de aterizare. Astfel, ați putea preveni blocarea trompei lui Eustachio.
- În timpul zborului consumați bomboane sau gumă de mestecat pentru a stimula înghițitul. Aceasta ajută la deschiderea trompei lui Eustachio pentru egalizarea presiunii.
- Încercați să folosiți dopuri pentru urechi destinate călătoriilor cu avionul. Ele au un mic filtru pentru a încetini rata schimbării presiunii în raport cu timpanul.
- Pentru bebeluşi şi copii mici, asigurați-vă că înghit în timpul ascensiunii şi coborârii. Oferiți-i bebeluşului un biberon sau o suzetă pentru a încuraja înghițitul. Puneți copilul mic să bea, să consume ceva sau să mestece gumă. Puteți să-i dați copilului acetaminofen (Tylenol) cu 30 de minute înainte de decolare pentru a-i ameliora disconfortul. Decongestionantele nu sunt recomandate, în general, copiilor mici.



Diagnostic

Dacă zburaţi cu avionul sau faceţi scufundări în timp ce aveţi congestie nazală, puteţi avea simptome de barotraumă: durere în ureche, uşoară scădere a auzului, senzaţie de înfundare a urechii. Simptomele sunt determinate de tumefierea spre exterior sau retragerea spre interior a timpanului datorită schimbărilor presiunii aerului.

O problemă mai severă poate să apară dacă schimbarea de presiune a aerului este foarte mare sau dacă trompa lui Eustachio este blocată în întregime. Capilarele din urechea medie se pot rupe şi pot sângera, umplând urechea cu sânge şi ducând la diminuarea auzului şi la apariţia senzaţiei că vă aflaţi sub apă.

Cât de gravă este barotrauma?

Simptomele dispar de obicei după câteva minute sau ore de la debut. De obicei, nu este o situaţie gravă şi, în general, nu produce pierderea permanentă a auzului.

În unele cazuri, schimbările radicale de presiune pot produce sângerări în urechea medie şi ruperea timpanului, ceea ce poate duce la afectarea permanentă a auzului. Dacă simptomele nu se ameliorează în câteva ore de la incident, consultaţi medicul.

Tratament

Dacă aveţi barotraumă, suflaţi uşor nasul cu gura închisă şi nasul strâns între degete.

Simptomele dispar de obicei de la sine. Oricum, dacă nu dispar în câteva ore, s-ar putea să sângeraţi din capilarele urechii medii. Consultaţi medicul. Tratamentul cu antibiotice ar putea fi necesar pentru a preveni o infecţie. În cazuri rare, tratamentul poate presupune incizia chirurgicală a timpanului (miringotomie) şi drenarea lichidului.

Infecţiile urechii medii

Semne şi simptome

- Durere puternică de ureche
- Pierderea auzului
- Senzaţia de plin în ureche
- Febră şi frisoane

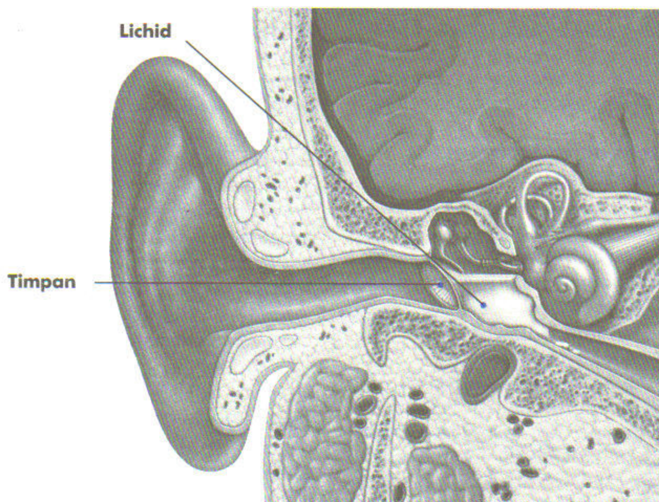
Infecţia urechii medii (otită medie) este rezultatul inflamării sau infectării urechii medii, care se află imediat în spatele timpanului. Reprezintă una dintre cele mai frecvente boli ale primei etape a copilăriei, pe locul doi după răceli.

Deşi infecţiile urechii medii pot să apară la orice vârstă, sunt cel mai frecvent întâlnite între 4 luni şi 5 ani. 70% dintre copii au cel puţin o infecţie a urechii medii până la vârsta de 3 ani. Mai mult de 90% au avut cel puţin o infecţie a urechii medii până la vârsta de 7 ani.

Infecţie a urechii medii începe frecvent după o infecţie a sistemului respirator, cum ar fi răceala. Răcelile produc tumefierea şi inflamarea sinusurilor şi a trompei lui Eustachio. Trompele lui Eustachio sunt mai scurte şi mai înguste la copii faţă de adulţi. Dimensiunile mici cresc şansele ca inflamaţia să blocheze complet trompa şi creează un mediu ideal pentru creşterea bacteriilor. Rezultatul poate fi infecţia severă (acută) a urechii medii.

Uneori, lichidul stă captiv în urechea medie în urma unei infecţii sau datorită blocării trompei lui Eustachio. Aceasta poate duce la otită medie cronică.

Ocazional, se dezvoltă o infecţie mai serioasă, numită otita medie purulentă. Puroiul umple urechea medie. Presiunea puroiului poate sparge timpanul, provocând o scurgere de sânge şi puroi consistent.



Lichidul este reţinut în spatele timpanului.

Copilul dumneavoastră prezintă risc?

Toţi copiii sunt susceptibili de a face infecţii ale urechii, însă statisticile arată că anumite categorii de copii sunt expuse mai mult acestui risc:

- Băieţii.
- Copiii ai căror fraţi sau surori au un istoric cu infecţii recurente ale urechii.
- Copiii cu un istoric familial de astm, alergii sau eczeme.
- Copiii amerindieni şi copiii descendenţi din eschimoşii din Alaska sau Canada – probabil datorită factorilor genetici care afectează forma trompei lui Eustachio.



Diagnostic

O durere intensă, continuă în ureche, slăbirea auzului și febra sunt semne comune otitelor medii. Deşi copiii foarte mici nu pot comunica această durere părinților, ei arată frecvent semne că au o infecție a urechii. Acestea includ iritabilitate, o pierdere bruscă a apetitului, apariția febrei la câteva zile de la debutul unei răceli şi preferința de a dormi într-o poziție mai ridicată. Copilul poate prezenta secreții în conductul auditiv și se poate trage de urechea afectată.

Medicul examinează timpanul cu un otoscop pentru a determina dacă se găseşte lichid în urechea medie. Otoscopul permite medicului și să sufle uşor o cantitate mică de aer spre timpan pentru a vedea dacă se mişcă liber, aşa cum ar trebui. Dacă nu o face, s-ar putea să fie lichid în urechea medie. El va examina timpanul şi pentru proeminențe sau schimbări de culoare.

Analiza unei mostre de lichid poate confirma prezența unei infecții și identifica exact cauza, dar aceasta nu este practicată la copii mici. Singura modalitate de a obține mostre este folosirea unui ac mic pentru a perfora timpanul şi a extrage puțin lichid. Copiii mici nu pot sta liniștiți suficient pentru ca procedura să fie făcută în siguranță.

Fără acest test al lichidului, s-ar putea să nu fie clar dacă dumneavoastră sau copilul aveți o infecție a urechii sau dacă lichidul din urechea medie conține microorganisme. Acestea sunt importante deoarece influențează alegerea tratamentului. Dacă lichidul este steril, antibioticele nu vor fi de ajutor. Dacă puroiul se scurge în conductul auditiv, medicul poate să ia o probă pentru a încerca să identifice microorganismul care a produs infecția.

Cât de gravă este otita medie?

Majoritatea acestor infecții nu duc la pierderea permanentă de auz. Oricum, ele pot uneori să afecteze timpanul, oasele şi structurile interne ale urechii, provocând pierderi permanente de auz. Netratate, se pot răspândi la alte structuri ale urechii, inclusiv urechea internă.

Tratament

Până să consultați medicul, puteți să vă atenuați durerea punând o pernă electrică încălzită, dar nu fierbinte, peste ureche. Analgezicele, cum ar fi acetaminofen (Tylenol), ibuprofen (Advil, Motrin) sau aspirina, ar putea fi de ajutor, dar aspirina nu ar trebui administrată copiilor deoarece poate declanşa sindromul Reye. Medicul vă poate recomanda una dintre următoarele:

Aşteptare supravegheată

În unele situații, dumneavoastră şi medicul puteți decide să evitați folosirea antibioticelor și puteți aştepta să vedeți dacă infecția urechii se ameliorează sau se agravează.

Este o opțiune frecvent folosită în alte țări și devine din ce în ce mai populară în SUA. Dacă lichidul din ureche nu este infectat sau dacă infecția este virală şi nu bacteriană, antibioticele nu aduc nici un avantaj. Antibioticele nu ajută la evacuarea lichidului din ureche și ar putea produce efecte adverse ca greață, diaree sau reacții alergice. În plus, dacă antibioticele sunt folosite numai atunci când este necesar, este şi mai probabil ca ele să fie eficiente la nevoie în lupta cu viitoare infecții bacteriene.

Chiar atunci când otita este evidentă, s-ar putea să luați în considerare supravegherea atentă ca opțiune înainte de administrarea antibioticelor. Unele otite medii se vindecă de la sine fără tratament medical.

Dacă dumneavoastră și medicul decideți să suspendați tratamentul cu antibiotice, fiți atent la semne ca durere mai mare, febră sau slăbirea auzului. Asigurați-vă că aveți o programare pe viitor pentru a fi sigur că infecția se ameliorează.

Tratament medicamentos

Dacă alergiile nazale contribuie la apariția otitei medii, medicul vă poate prescrie antihistaminice sau

Sfaturi pentru prevenire

Prevenirea otitei medii la copii este dificilă, dar luați în considerare aceste măsuri pentru reducerea riscului:

- Alăptați copilul de la sân în loc să-l hrăniți cu biberonul. Laptele matern transmite elemente imune care ajută la prevenirea otitelor medii.
- Dacă vă hrăniți copilul cu biberonul, țineți-l în poziție verticală. Copiilor de orice vârstă ar trebui să nu le fie permis niciodată să sugă din biberon în timp ce stau culcați deoarece aceasta poate duce la blocarea trompelor lui Eustachio.
- Evitați expunerea la fum de țigară. Dacă dumneavoastră sau alții din casă fumează, copilul riscă mai mult să facă o otită. Și dacă are o infecție a urechii, recuperarea durează mai mult decât ar dura într-un mediu fără fum. Sobele cu lemn sau cărbune ventilate impropriu pot să contribuie la această problemă.
- Dacă duceți copilul la creşă sau grădiniță, alegeți o instituție cu copii puțini. Copiii care frecventează cu regularitate comunități cu mulți copii au mai multe infecții ale urechii decât copiii care sunt îngrijiți acasă sau în instituții cu număr mic de copii. Cu cât sunt mai mulți copii, cu atât este mai mare şansa de a răci, ceea ce poate duce la infectarea urechii.
- Vaccinați copilul. Este disponibil un vaccin pentru pneumococ, numit Prevnar. Acesta previne 7 din cele mai frecvente subtipuri de *Streptococcus pneumoniae*, bacteria care produce frecvent otite. Acest vaccin se administrează în serie de 4 injecții la vârstele de 2, 4, 6 şi 12-15 luni. Deşi vaccinul nu va preveni toate infecțiile urechii, ați putea dori să vorbiți cu medicul despre administrarea acestui vaccin copilului dumneavoastră.

decongestionante. Decongestionantele îmbunătăţesc respiraţia pe nas şi cresc fluxul de aer în şi din urechea medie prin trompa lui Eustachio.

Dacă lichidul este infectat, medicul vă poate prescrie antibiotice pentru a lupta cu infecţia. Când microorganismul care a produs infecţia nu a fost identificat, medicul vă va prescrie probabil un antibiotic care este eficient împotriva unui grup de bacterii care sunt asociate cel mai frecvent cu otitele medii. Dacă infecţia nu răspunde la prima medicaţie, medicul ar putea să vă prescrie un alt antibiotic.

Tratament chirurgical

Pentru a opri rapid durerea şi presiunea, şi pentru a reface auzul, se poate face uneori o incizie în timpan (miringotomie). Miringotomia la copii se face în spital, sub anestezie generală. Incizia în timpan se vindecă în 1-2 săptămâni.

Infecţii cronice ale urechii

Semne şi simptome

- Durere în ureche
- Scurgeri periodice de puroi din ureche
- Degradare a auzului

O infecţie cronică a urechii medii (otita medie cronică) poate fi mai dăunătoare decât o infecţie acută, deoarece efectele ei, care apar lent şi sunt de durată, pot determina leziuni permanente ale urechii. Spre deosebire de infecţia acută, care apare brusc, cea cronică poate să treacă neobservată până în momentul în care este într-un stadiu avansat.

Otita medie cronică poate să apară datorită umflării sau inflamaţiei persistente a ţesutului adenoid din spatele orificiilor nazale. Aceasta poate determina inflamarea şi blocarea trompelor lui Eustachio.

Problemele adenoide apar cel mai frecvent la copii. La adulţi, blocajul poate fi generat de alergii nazale sau de cicatrizarea trompelor lui Eustachio din cauza infecţiilor anterioare. Poate fi şi rezultatul unor tumori localizate în spatele nasului sau gâtului.

În unele cazuri, o infecţie acută iniţială nu se remite complet după tratament, persistând o infecţie latentă. Aceasta se poate răspândi la osul din spatele urechii, numit proces mastoidian.

Infecţia mastoidei este mai dificil de eradicat. O infecţie cronică poate să ducă la perforarea timpanului sau la afectarea oaselor mici din urechea medie.

Diagnostic

Solicitaţi îngrijire medicală dacă se scurge puroi din conductul auditiv, dacă urechea continuă să doară sau dacă aveţi pierderi de auz.

Un examen presupune de regulă inspectarea urechii cu un otoscop pentru a identifica sediul infecţiei. Medicul vă poate recomanda o tomografie computerizată (CT) a capului pentru a afla dacă infecţia s-a extins la procesele mastoidiene.

Cât de gravă este otita medie cronică?

Otita medie cronică este supărătoare, însă rareori creează leziuni permanente. Dar netratată, poate duce la deteriorarea permanentă a auzului.

Tratament

Prima decizie terapeutică este în general tratamentul medicamentos. Altă opţiune este cel chirurgical.

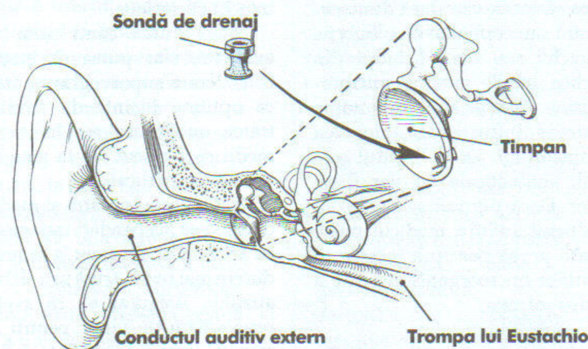
Tratament medicamentos

Medicaţia poate fi prescrisă pentru a trata o infecţie cronică a urechii sau pentru a înlătura congestia nazală şi sinusală dacă tulburarea este pe fond alergic.

Dacă dumneavoastră sau copilul dumneavoastră aţi avut infecţii multiple sau frecvente ale urechii– de obicei 3 sau mai multe infecţii într-o perioadă de 6 luni sau 4 infecţii în 12 luni – medicul vă va recomanda doze mici de antibiotic pentru o perioadă lungă de timp (de regulă pentru câteva luni) ca

Sondele transtimpanice la copii: argumente pro şi contra

O modalitate de tratare a otitelor medii recurente este implantarea pe cale chirurgicală a unei mici sonde de plastic în timpan, ceea ce ajută la drenarea lichidului, ventilarea urechii medii şi egalizarea presiunii dintre urechea externă şi urechea medie. Oricum, înainte de alegerea acestei căi, discutaţi procedura în detaliu cu un medic ORL.



În cazuri de infecţie persistentă a urechii, medicul poate introduce prin timpan un tub mic pentru a ajuta la drenarea lichidului, ventilarea urechii medii şi egalizarea presiunii dintre urechea externă şi urechea medie.

măsură preventivă. Administrarea preventivă de antibiotice nu va ajuta la evacuarea lichidului din urechea medie, dar ar putea preveni creşterea bacteriană. Unele studii au arătat că folosirea preventivă a antibioticelor reduce numărul infecţiilor urechii.

Din nefericire, bacteriile frecvent responsabile de infecţii ale urechii devin din ce în ce mai rezistente la antibiotice. Chiar şi atunci când luaţi antibiotice, infecţia urechii tot mai poate să se producă. Deoarece folosirea pe scară largă şi pe termen îndelungat a antibioticelor contribuie la dezvoltarea bacteriilor rezistente la tratament, medicii nu se pun de acord dacă antibioticele ar trebui folosite în scop preventiv.

Tratament chirurgical

Infecţiile recurente ale urechilor care nu răspund la antibiotice sunt uneori tratate prin introducerea pe cale chirurgicală a unui mici sonde de plastic printr-un orificiu practicat în timpan în scopul drenării şi a ventilării urechii medii. Intervenţia chirurgicală poate fi întreprinsă şi în cazul în care lichidul persistă în ureche mai mult de 3 luni, aceasta având ca rezultat pierderi ale auzului. La fel ca în cazul oricărei intervenţii chirurgicale, luaţi în considerare alternativele înainte de luarea unei decizii.

Operaţia se face sub anestezie generală; întreaga procedură durează de obicei mai puţin de 10 minute. Lucrând prin conductul auditiv, chirurgul foloseşte un microscop şi instrumente foarte delicate pentru a practica o mică incizie în timpan, pentru a îndepărta lichidul, puroiul sau sângele prin aspiraţie, şi apoi pentru a introduce prin orificiu o mică sondă de metal sau plastic. Procedura se aplică de obicei la ambele urechi. Auzul se îmbunătăţeşte deseori imediat.

În general, nu este necesar să intraţi în cabinetul medicului pentru a scoate sonda. Ea stă în ureche pentru aproximativ 10 luni, deşi această perioadă poate să varieze în funcţie de tipul folosit. La copii, pe măsură ce timpanul creşte, sonda este împinsă eventual afară din conductul auditiv, de unde ori cade, ori este scoasă de medic. 15 – 25% dintre copiii cu sonde în urechi vor avea nevoie de implantarea pe cale chirurgicală a unui al doilea set de sonde. Un mic număr de copii ar putea avea vreodată nevoie de un al treilea set.

Când sonda se află în ureche, timpanul trebuie să nu fie expus la apă sub presiune. Acest lucru poate fi deosebit de dificil la copii cărora le place să înoate. Medicul vă poate recomanda dopuri de urechi speciale pentru activităţi desfăşurate în apă.

Dacă vegetaţiile adenoide sunt suspectate că ar contribui la aceste probleme, medicul vă poate recomanda excizia lor chirurgicală (adenoidectomie). Dacă procesul mastoidian se infectează, medicul vă poate recomanda o mastoidectomie, o operaţie în care procesul mastoidian este deschis pe cale chirurgicală pentru a se îndepărta ţesutul infectat şi pentru a preveni recurenţa sau extinderea infecţiei.

Argumente pro

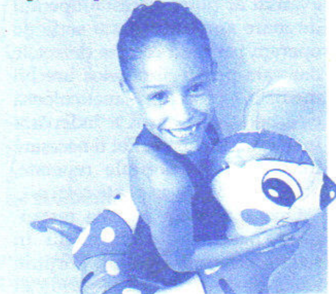
Avantajele sondelor includ:

- Operaţia oferă ventilarea şi drenarea urechii medii în scopul prevenirii acumulării lichidului. Scade, de asemenea, riscul schimbărilor cu caracter permanent ale stratului care căptuşeşte urechea medie care apar în urma infecţiilor prelungite.
- Procedura are, de obicei, ca efect scăderea frecvenţei şi severităţii episoadelor de infecţie ale urechii medii.
- Auzul se poate îmbunătăţi imediat şi poate ajuta la dezvoltarea vorbirii. Studii care au urmărit pierderea de auz împreună cu problemele vorbirii pe termen lung, limbajului şi aptitudinilor cognitive, au constituit baza unui mare număr de proceduri de implantare a sondelor. Oricum, un studiu mai recent a raportat că sondele nu par a avea un efect asupra vorbirii, limbajului şi dezvoltării copiilor mai mici de 3 ani.

Argumente contra

Motivele împotriva folosirii tuburilor includ:

- Deşi este mic, riscul infecţiilor şi complicaţiilor este asociat tuturor procedurilor chirurgicale.
- Complicaţiile cum ar fi drenajul persistent de lichid şi perforarea sau cicatrizarea timpanului, pot apărea, deşi sunt rare.
- Sonda însăşi se poate infecta.
- Ar putea fi necesare alte intervenţii chirurgicale pentru introducerea unei noi sonde.
- La înot, se recomandă adesea măsuri preventive speciale pentru protejarea tuburilor



Mastoidita

Semne şi simptome

- Înroşire, tumefiere şi sensibilitate a proceselor mastoidiene
- Durere în ureche
- Febră
- Scurgeri de puroi din ureche

Dacă infecţia severă (acută) a urechii medii nu este tratată, infecţia se poate extinde la procesul mastoidian, osul aflat în spatele urechii externe, care este conectat la urechea medie. Când se produce mastoidita, infecţia se răspândeşte de la urechea medie la mucoasa care căptuşeşte procesul mastoidian şi la osul ca un fagure de miere. Dacă infecţia este gravă, poate distruge acest os şi se poate răspândi mai departe.

Diagnostic

Medicul poate să ia o probă din orice secreţie care apare în conductul auditiv şi să vă trimită la o tomografie computerizată (CT) sau la o rezonanţă magnetică nucleară (RMN) pentru cap pentru a determina cât de departe s-a extins infecţia.

Cât de gravă este mastoidita?

Înainte de apariţia antibioticelor, mastoidita acută era cea mai frecventă cauză a deceselor la copii. Acum se tratează cu succes cu ajutorul antibioticelor, iar riscul pentru sănătate este redus considerabil.

Tratament

Pentru tratarea mastoiditei sunt folosite antibioticele. Vindecarea acestei infecţii nu este uşoară, pentru că este dificilă eradicarea materialului infectat din celulele mastoidiene, numeroase şi mici. Ar fi necesare mai multe săptămâni de terapie cu antibiotice în doze mari pentru a elimina infecţia. Dacă tratamentul cu antibiotice nu rezolvă problema, medicul vă poate recomanda o mastoidectomie, în care se îndepărtează pe cale chirurgicală o parte sau întreg osul mastoidian.

Colesteatomul

Semne şi simptome

- Pierderea auzului
- Scurgeri de puroi dintr-o ureche
- Cefalee
- Dureri de ureche
- Ameţeală
- Slăbiciune a muşchilor feţei (foarte rar)

Colesteatomul este o tumoră chistică benignă, localizată frecvent în procesele mastoidiene – un os aflat în spatele urechii – şi în urechea medie. Apare ca o complicaţie a disfuncţiei trompei lui Eustachio în care presiunea aerului din urechea medie scade şi timpanul se curbează spre interior.

Ea poate apărea şi atunci când pielea conductului auditiv creşte în interiorul urechii interne printr-un orificiu în timpan. În urechea medie, celulele ţesutului epitelial care ar trebui să fie dispersate rămân captive şi formează un chist. Chistul poate provoca lezarea oscioarelor urechii.

În unele cazuri, colesteatomul rezultă în urma unei probleme congenitale în care celulele pielii rămân în spatele timpanului în timpul perioadei fetale. Când colesteatomul apare la copil, poate să crească rapid. La adulţi, problema evoluează de obicei mai lent.

Diagnostic

Medicul vă va examina urechea cu un otoscop, un mic instrument care permite vizionarea întregului conduct auditiv; poate să vă facă şi un test pentru auz. Tomografia computerizată (CT) a urechii şi mastoidei poate determina amploarea bolii şi poate fi utilă în planificarea unei eventuale intervenţii chirurgicale.

Cât de grav este colesteatomul?

Colesteatomul nu este malign şi nu se va extinde la alte nivele. Însă, poate determina pierderea permanentă a auzului şi ameţeli. Dacă nu este netratat, poate afecta nervul facial şi, rareori, poate fi cauza unei meningite, o infecţie a sistemului nervos central.

Tratament

Colesteatomul poate fi tratat numai pe cale chirurgicală. Un colesteatom mare sau în stadiu avansat ar putea necesita operaţii de mare amploare sau o serie de operaţii pentru a corecta defectele datorate prinderii oaselor urechii medii. O procedură meticuloasă este necesară pentru a îndepărta în întregime chistul. Pot fi necesare intervenţii chirurgicale repetate, deoarece chistul se poate reface.

Operaţia poate implica restaurarea oaselor urechii medii în scopul refacerii auzului. Porţiuni adecvate de os natural sau artificial (protetic) pot fi folosite pentru reconstrucţia urechii medii. În cazuri severe, medicul poate face o mastoidectomie radicală. Astfel rămâne în urmă o cavitate care trebuie curăţată periodic. Aceasta nu duce la refacerea auzului.

Surditatea ereditară

Surditatea ereditară este pierderea auzului datorită unui defect genetic ce se transmite în familie. În unele cazuri, apare izolat (surditate nesindromică). Alteori, surditatea este numai unul din simptomele unui sindrom (surditate sindromică). De exemplu, sindromul Alport este o deficienţă a rinichilor însoţită de surditate. Surditatea poate fi asociată şi cu unele boli moştenite, inclusiv o tiroidă mărită (sindromul Pendred), malformaţii ale urechii externe, anomalii ale pielii, retardare mintală şi neuropatie periferică.

Unele dintre cauzele surdităţii sunt prezente de la naştere (congenitale), dar nu sunt ereditare. De exemplu, dacă o femeie are rubeolă în timpul sarcinii, nou-născutul are şanse mari să prezinte surditate. Alte cazuri ale pierderii timpurii a auzului includ naşterea prematură, lipsirea de oxigen în cursul sau imediat ulterior naşterii, incompatibilităţi sangvine şi meningita.

Otoscleroza

Semne şi simptome

- Pierdere gradată a auzului în una sau amândouă urechile
- Zgomote ca bâzâit, ţârâit sau vuiet în urechi (tinitus)

În otoscleroză, peretele osos al urechii interne devine dezorganizat datorită creşterii anormale a osului trabecular din urechea internă. Scăriţa, un mic os care vibrează pentru a ajuta undele sonore să treacă prin urechea medie, ar putea să devină imobilă, ducând la surditate de conducere.

Surditatea de conducere este incapacitatea mecanismului care conduce vibraţiile în urechea medie prin intermediul celor 3 oase interconectate. Spre deosebire de surditatea nervoasă (surditate neurosenzorială), surditatea de conducere poate fi adeseori tratată şi remediată cu ajutorul chirurgiei.

Otoscleroza este cea mai frecventă cauză a pierderii auzului ce ţine de urechea medie la adulţii tineri. Ea afectează în diverse grade circa 10% din populaţia americană. Otoscleroza se transmite în familie şi este mai frecvent întâlnită la femei decât la bărbaţi.

Simptomele apar de obicei între 15 şi 35 de ani. Deprecierea auzului

are tendința să progreseze lent, poate afecta una sau ambele urechi și poate să fie ușoară sau severă. La femeile cu otoscleroză, gradul de depreciere a auzului poate să se agraveze în timpul sarcinii.

Diagnostic

Consultați medicul dacă observați că auzul vi se depreciază treptat. Acesta vă va examina urechile, va face teste pentru auz și vă va întreba dacă vreo rudă apropiată a surzit de tânără.

Cât de gravă este otoscleroza?

Otoscleroza nu pune în pericol starea generală de sănătate și poate fi corectată prin tratament.

Tratament

Otoscleroza poate fi adeseori tratată cu succes prin stapedectomie, îndepărtarea pe cale chirurgicală a scăriței (stapes). Medicația poate preveni viitoare deprecieri ale auzului și protezele auditive pot îmbunătăți auzul.

Tratament medicamentos

Tratamentul cu tablete de fluorură de sodiu, calciu și vitamina D poate preveni schimbările progresive care pot determina schimbări osoase progresive ce pot determina viitoare deprecieri ale auzului prin densificarea osului spongios. Valoarea acestui tratament este permanent controversată.

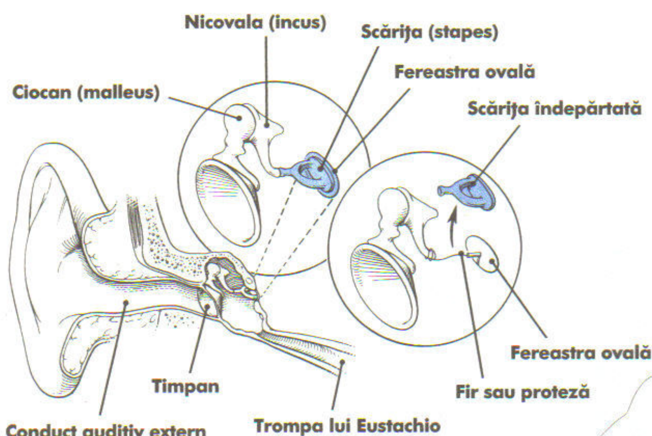
Tratament chirurgiacal

În stapedectomie, chirurgul secționează pielea conductului auditiv extern și ridică timpanul de la locul lui pentru a înlocui scărița (stapes) cu un mic fir sau cu o proteză. Timpanul este repus în poziția normală, iar incizia se vindecă în mod normal în 1-2 săptămâni.

În unele cazuri, medicul poate să folosească un laser pentru a crea un mic orificiu la baza scăriței. Această manevră este de ajutor pentru amplasarea firului sau protezei.

S-ar putea să aveți temporar amețeli pentru câteva ore după operație. Auzul se ameliorează de obicei rapid, iar dumneavoastră vă puteți relua activitățile normale în câteva săptămâni. Ocazional, un cheag de sânge blochează conducerea sunetelor. Cheagul de sânge dispare de regulă în câteva săptămâni.

Stapedectomia este de ajutor majorității oamenilor cu otoscleroză, însă 1-2% dintre cei care sunt supuși acestei proceduri pierd complet auzul la acea ureche. Acest fapt trebuie luat în considerare înainte de efectuarea operației. Dacă aveți otoscleroză la ambele urechi, ați putea să alegeți să faceți o operație la una dintre urechi și apoi să așteptați un an pentru a evalua rezultatele înainte de intervenția la cealaltă. Dacă urechea internă este afectată, o stapedectomie ar putea să nu îmbunătățească auzul.



În stapedectomie, scărița (stapes) nefuncțională din urechea medie este înlocuită cu un mic fir sau cu o proteză care transmite vibrațiile sonore.

Degradarea auzului indusă de zgomot

Semne și simptome

- Pierdere de auz progresivă
- Tinitus

Degradarea auzului indusă de zgomot este frecventă. Apare de obicei ca rezultat al expunerii cumulative la sunete de intensitate mare – 90 decibeli sau mai mult – pe perioade de ordinul anilor. Zgomotul poate să țină de ocupație, cum ar fi un șantier zgomotos, utilizarea snowmobilelor sau ascultarea de muzică la volum mare, inclusiv la căști. Persoanele cu risc mare au și o slujbă zgomotoasă și un hobby zgomotos – de exemplu, un mecanic care cântă într-o formație rock.

Degradarea auzului datorată zgomotului este o formă de surditate neurosenzorială, produsă de lezarea cohleei sau nervilor senzitivi. Vibrațiile intense produse de unde sonore puternice distrug celulele cu cili care căptușesc cohleea din urechea internă. Aceste stricăciuni împiedică impulsurile electrice să ajungă la nervul auditiv, care transmite în mod normal aceste impulsuri la creier pentru a fi interpretate ca sunete.

Surditatea neurosenzorială poate apărea și în urma unei lovituri la cap sau după o singură expunere la un impuls acustic puternic (traumă acustică), cum ar fi un foc de armă sau o explozie. Alte cauze sunt îmbătrânirea, diverse boli, leziuni, infecții, unele medicamente și factorii ereditari.

Este esențial să folosiți protecții pentru urechi, oricând aveți posibilitatea, în timpul expunerii la zgomote intense. Dacă lucrați într-un mediu zgomotos, angajatorul dumneavoastră ar trebui să măsoare cu regularitate nivelul zgomotului sau să ofere dispozitive de protecție. Surditatea produsă de zgomot este de obicei ireversibilă și se dezvoltă deseori insidios.

Diagnostic

Dacă observați că auzul dumneavoastră s-a înrăutățit sau dacă auziți bâzâituri, țârâituri sau vuiete în urechi (tinitus), consultați un medic ORL și un audiolog.

Identificare zgomotelor periculoase

Sunetele sunt peste tot în jurul nostru. Când sunetele produc disconfort sau când interferă cu activităţile zilnice, ele sunt denumite de regulă zgomote, termenul generic pentru orice sunet nedorit. O singură expunere la un impuls sonor puternic, cum ar fi un foc de armă, poate şi el să producă afectarea ireversibilă a auzului. Ţârâiturile, bâzâiturile şi vuiete în urechi (tinitus) după expunerea la zgomote cu intensitate mare sunt indicatori timpurii ai deprecierii auzului. Este esenţial să vă protejaţi auzul atunci când sunteţi expus la zgomote cu intensitate mare.

Intensitatea sunetelor se măsoară în unităţi numite decibeli (db). Înălţimea (frecvenţa) sunetelor se măsoară în hertzi (Hz). Intensitatea, frecvenţa şi durata expunerii sunt toţi factori care se folosesc la evaluarea zgomotului, decizându-se dacă acesta dăunează auzului.

Persoanele care lucrează în medii zgomotoase sunt integraţi în cadrul legal al Occupational Safety and Health Administration (OSHA) (în SUA). OSHA cere angajatorilor să ofere un program de conservare a auzului, inclusiv cel puţin o testare anuală a auzului la muncitorii care sunt expuşi la zgomote cu media egală cu 85 db sau mai mare pe o durată de timp de 8 ore pentru o zi de muncă. Acestor muncitori ar trebui să li se ofere protecţii pentru auz, cum ar fi căşti de protecţie sau dopuri pentru urechi. Când muncitorii sunt expuşi la zgomote cu media peste 90 db într-o zi cu 8 ore de lucru, Asociaţia cere ca ei să folosească protecţii pentru auz.

Spaţiul de lucru nu este singurul loc de expunere la zgomote. Nivele periculoase de zgomot sunt asociate cu situaţii casnice obişnuite şi cu activităţi de recreere.

Sursa de zgomot	Decibeli (aprox.)
Şoptit	30
Conversaţie normală	60
Telefon care sună	80
Maşină cu motor de tuns iarba	90
Uscător de păr	90
Buldozer	105
Drujbă (cu motor cu piston)	110
Sirenă de ambulanţă	120
Motor cu reacţie la decolare	140
Foc de puşcă de calibrul 12	165

Sursa: National Institute for Occupational Safety and Health, Centers for Disease Control and Prevention, 2001.



Medicul vă va examina urechile, iar audiologul va face o serie de teste pentru a determina natura pierderii auzului. După aceste examinări, spacialiştii pot recomanda nişte măsuri adecvate.

Tratament

În multe cazuri, cel mai eficient tratament pentru surditatea neurosenzorială severă produsă de traume sonore este folosirea protezelor auditive (vezi pag. 676).

Presbiacuzia

Semne şi simptome

- Degradarea gradată a auzului
- Tinitus

Degradarea auzului este frecventă la oamenii peste 65 de ani. Aproape 1/3 dintre oamenii din această grupă de vârstă au o degradare marcată a auzului. Unii au auzul foarte puţin degradat, iar alţii ajung surzi de-a binelea.

Pierderea auzului datorită îmbătrânirii se numeşte presbiacuzie, de la cuvintele în limba latină *presby* (bătrân) şi *cusis* (auz). De obicei, degradarea auzului începe la vârste medii şi progresează; frecvent afectează ambele urechi, în mod special auzul pentru sunetele înalte. Afectează bărbaţii mai frecvent şi mai sever decât femeile.

Presbiacuzia rezultă în urma modificărilor din cohlee sau din nervii ataşaţi de ea. Cohleea, cavitatea de dimensiune mică cu formă de cochilie de melc din urechea internă, are mii de mici cili care convertesc vibraţiile sonore în semnale electrice. Nervul auditiv transportă aceste semnale la creier, unde sunt interpretate ca sunete. Atunci când unii dintre aceşti cili sau chiar nervul auditiv însuşi sunt lezaţi, semnalele nu sunt transmise cu aceeaşi eficienţă şi apare slăbirea auzului. Aceste leziuni sunt permanente şi nu pot fi reparate pe cale medicală sau chirurgicală. Ca şi degradarea auzului datorată zgomotelor, degradarea auzului datorată îmbătrânirii este o formă de surditate neurosenzorială.

Diagnostic

Dacă auzul dumneavoastră slăbeşte sau dacă un membru al familiei sugerează aceasta, consultaţi medicul. Deseori, oamenii cu degradarea auzului neagă existenţa acestei probleme. Uneori, oamenii cu presbiacuzie observă că le este mai dificil să audă vocile cu frecvenţă înaltă ale femeilor şi copiilor decât vocile mai joase ale bărbaţilor. Observă şi că le este mai dificil să înţeleagă conversaţiile dintr-un grup decât conversaţia cu un singur individ. Degradarea marcată a auzului nu este o ameninţare pentru sănătate, dar poate să îngreuneze munca, să determine izolare şi să fie dezabilitantă din punct de vedere social.

Tratament

Presbiacuzia nu poate fi tratată chirurgical sau medical. O proteză auditivă este singurul remediu (vezi pagi. 676). Puteţi să învăţaţi şi câteva tehnici folositoare.

Acestea cuprind citirea pe buze, statul cu faţa la cel vare vorbeşte, diminuarea zgomotelor de fond – de exemplu, închiderea televizorului sau maşinii de spălat vase şi închiderea ferestrelor pentru diminuarea zgomotelor de pe stradă – şi exploatarea la maxim a indiciilor care nu sunt auditive, cum ar fi gesturile şi expresiile feţei, pentru a ajuta la a înţelege ceea ce spun oamenii.

Tinitus

Semne şi simptome

- Zgomote ca bâzâit, ţârâit sau vuiet în urechi

Tinitusul – o senzaţie supărătoare de zgomot în urechi atunci când nu există nici o sursă de sunet – este frecvent. S-a estimat că un număr de 40-50 de milioane de adulţi din SUA au unul din gradele de tinitus.

Tinitusul poate fi un simptom pentru aproape orice tulburare de auz, precum şi pentru alte boli, inclusiv bolile cardiovasculare, alergiile şi anemia. Poate să apară şi în urma ingerării unor doze mari de aspirină, cantităţi mari de cofeină sau expunerea la zgomote puternice.

Oamenii de ştiinţă nu înţeleg complet mecanismul care provoacă

SFATURI PENTRU PREVANIRE

Dacă ştiţi că veţi fi expus la zgomote intense, este bine să folosiţi protecţii pentru urechi fabricate special pentru aceste situaţii. Există sute de protecţii pentru urechi produse industrial, însă cea mai bună protecţie este aceea care este purtată corect 100 % din timpul în care vă aflaţi în prezenţa zgomotelor înalte. Dopurile pentru urechi trebuie să se potrivească perfect pentru a închide complet conductul auditiv. Perniţele căştilor trebuie să înconjoare întreaga ureche.

Dispozitivele comerciale care îndeplinesc cerinţele standardelor federale aduc majoritatea zgomotelor intense la niveluri acceptabile. Puteţi să vă procuraţi căşti special proiectate sau dopuri pentru urechi confecţionate la comandă din spumă, plastic sau cauciuc. Unele căşti izolează complet lumea de afară. Altele sunt dotate cu difuzoare şi cu un microfon pentru a vă permite să comunicaţi cu alţi muncitori. Protecţiile pentru auz electronice active, proiectate pentru a fi folosite cu armele de foc, folosesc circuite care blochează zgomotele intense aproape instantaneu la zgomotul focurilor de armă.

Pot fi luate măsuri adiţionale pentru a vă proteja auzul. Identificaţi sursa de zgomot intens şi încercaţi să-i reduceţi volumul. Sau îndepărtaţi-vă de zgomot. Dacă nu este posibil, luaţi pauze la distanţă de zgomot. Expunerea intermitentă la zgomot este mai puţin dăunătoare decât expunerea continuă deoarece oferă urechilor timp să se refacă. Oricum, chiar şi o expunere scurtă la un impuls sonor intens, cum ar fi un foc de armă, poate produce deteriorări ireversibile.

Dacă cineva din casa dumneavoastră ascultă muzică la căşti, folosiţi un test simplu pentru a determina dacă volumul este prea mare pentru sănătatea lui sau ei: dacă individul poartă căştile şi puteţi auzi muzica, este prea tare. Sugeraţi-i să asculte muzică la un volum mai redus sau pentru perioade mai scurte de timp.

Regula lungimii de braţ oferă o bună metodă pentru a evalua expunerile la sunete potenţial periculoase în viaţa de zi cu zi. Dacă trebuie să vorbiţi mai tare decât normal pentru a vă face auzit de către o persoană aflată la o distanţă de o lungime de braţ, atunci zgomotul este prea intens.

Sfaturi pentru comunicare

Iată câteva sugestii pentru a comunica eficient cu cineva care nu aude bine:

- Asiguraţi-vă că aveţi atenţia persoanei înainte să-i vorbiţi. Prin banala rostire a numelui persoanei îi atrageţi atenţia către dumneavoastră.
- Staţi cu faţa la persoana cu care vorbiţi.
- Vorbiţi mai tare în cazul în care condiţiile sonore sunt dificile. Întrebaţi cu politeţe dacă sunteţi auzit şi înţeles.
- Atunci când condiţiile sonore sunt dificile, vorbiţi normal, însă mai rar şi cu mai multe pauze.
- Staţi la câţiva paşi de persoana cu care vorbiţi.
- Dacă este posibil, reduceţi zgomotul de fond. De exemplu, opriţi radioul sau televizorul.
- Dacă este posibil, vorbiţi numai lui în grupurile mici.
- Înştiinţaţi-vă interlocutorul de schimbările de subiect din conversaţie.
- Reformulaţi-vă comentariile dacă interlocutorul dumneavoastră este confuz în legătură cu ceea ce s-a spus.



aceste sunete. Oricum, tinitusul este frecvent asociat cu degradarea auzului şi apare de obicei la ambele urechi în loc de una singură.

Diagnostic

Dacă auziţi ţârâit, bâzâit, fluierat sau alte sunete atunci când nu există o sursă aparentă pentru asemenea zgomote, probabil aveţi tinitus. Aceste sunete pot fi continue sau intermitente şi ele pot să varieze în intensitate. Ele se pot sincroniza cu bătăile inimii.

Când evaluează tinitusul, medicul caută semne de boli infecţioase, obstrucţii ale urechii sau tulburări ale auzului. Un audiolog poate să vă examineze urechile, să vă testeze auzul şi să facă o serie de teste pentru a determina cauza zgomotului din urechi.

În unele cazuri se face o tomografie computerizată (CT) sau o rezonanţă magnetică nucleară (RMN) pentru a căuta anomalii structurale.

Cât de grav este tinitusul?

Zgomotul în urechi poate să fie foarte supărător, dar de obicei nu reprezintă o ameninţare pentru sănătate.

Totuşi, dacă tinitusul apare numai pe o parte (unilateral), poate fi un semn al unei tulburări mai grave, cum ar fi o formă de boală cardiovasculară sau o tumoră de nerv auditiv.

Tratament

Uneori, cauza tinitusului este tratată cu uşurinţă şi zgomotul încetează. În multe cazuri, totuşi, tratarea cauzei de fond nu stopează zgomotul.

Dacă tinitusul este supărător, o formă de tratament acoperă sunetul nedorit cu altul care competiţionează cu el, de exemplu, sunetul provenit de la un radio sau un sunet ambiental înregistrat. O altă opţiune este un acoperitor de tinitus, un dispozitiv care este purtat ca protezele auditive şi care produce un zgomot diferit, mai puţin supărător. La oamenii care au şi auzul slăbit, protezele auditive pot ameliora tinitusul.

O altă metodă de tratament este învăţarea modului de a tolera această stare printr-un proces de relaxare cunoscut ca biofeedback. Ideea este că cu cât sunteţi mai relaxat, cu atât sunteţi mai dispus să toleraţi stări cronice cum ar fi tinitusul. Reducerea expunerii la zgomot şi limitarea aportului de nicotină, cofeină şi alcool pot fi şi ele de ajutor.

Protezele auditive

Dacă vă gândiţi să încercaţi o proteză auditivă pentru prima dată sau dacă doriţi să vă cumpăraţi alt model, s-ar putea să fiţi plăcut impresionat de noile tehnologii. Modelele actuale sunt mici, uşor de folosit şi avansate din punct de vedere tehnologic.

Modele

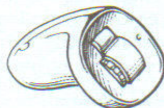
Protezele auditive se prezintă în 5 categorii de bază, clasificate după modul în care sunt purtate.

- Complet în conductul auditiv (pentru conduct)
- În conductul auditiv (cu proeminenţă mică)
- Complet în ureche
- În spatele urechii
- Pe corp

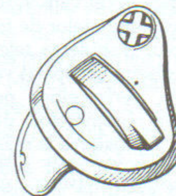
Modelele pentru conductul auditiv se adresează indivizilor deranjaţi de aspectul unei proteze auditive. Aceste modele sunt şi mai uşor de folosit împreună cu un telefon.

Oricum, modelele pentru conductul auditiv pot să nu furnizeze suficientă amplificare dacă aveţi o depreciere avansată a auzului. În plus, unii oameni găsesc că micile butoane de reglare de pe modelele pentru conductul auditiv sunt dificil de reglat – deşi unele modele digitale funcţionează automat după programarea iniţială.

Pentru conduct



Cu proeminenţă mică



În general, cu cât este mai mică proteza, cu atât este de putere mai mică şi mai susceptibilă de a produce ecou – un ţiuit cu ton înalt. În prezent, protezele care se poartă pe corp sunt rareori folosite. Pentru aceste dispozitive, casca este ataşată printr-un cablu de un microfon şi un amplificator aflate într-o cutie mică pe care utilizatorul o poartă în buzunar.

Dacă aveţi o degradare similară a auzului la ambele urechi, s-ar putea să doriţi să folosiţi 2 proteze auditive. Auzul dumneavoastră va fi mai echilibrat şi vă va fi mai uşor să localizaţi sursele zgomotelor.

Convenţional sau digital?

Protezele convenţionale (analogice) funcţionează prin amplificarea tuturor sunetelor din jurul dumneavoastră – şi sunetele pe care doriţi să le auziţi şi sunetele nedorite. Protezele auditive digitale oferă posibilitatea de a face reglaje mai fine ale sunetului şi de a reduce zgomotul de fond iritant. Ele se programează cu ajutorul unui computer şi pot fi reglate pentru a funcţiona conform preferinţelor dumneavoastră. Dispozitivele complet digitale sunt cele mai scumpe.

Unele proteze auditive analogice pot fi programate digital, ceea ce rezultă este un dispozitiv mixt – analog şi digital. Unele au o telecomandă care vă permite să schimbaţi cu uşurinţă programul cu unul mai potrivit pentru condiţiile date, cum ar fi conversaţia într-o ambianţă liniştită sau într-un restaurant zgomotos.

Protezele auditive de unică folosinţă

Urmând moda stabilită de lentilele de contact de unică folosinţă, au fost introduse protezele auditive de unică folosinţă pentru a oferi

Boala Meniere

Semne şi simptome

- Atacuri severe de ameţeală (vertij) însoţite de greaţă şi vomă
- Depreciere şi distorsionare a auzului
- Tinitus
- Senzaţia de plin sau de presiune în ureche

Simptomele bolii Meniere au fost descrise cu mai mult de un secol în urmă de francezul Prosper Meniere. Acestea includ episoade de ameţeală în care camera pare să se învârtească (vertij), însoţite de deprecierea fluctuantă a auzului, ţârâit în urechi şi o senzaţie de presiune în urechea afectată.

La început, boala Meniere afectează de obicei numai o ureche, dar ajunge să afecteze eventual ambele urechi la circa 25 - 50% dintre oamenii cu această boală. Cauza este necunoscută, însă această maladie pare să fie asociată cu o creştere a presiunii lichidului din urechea internă.

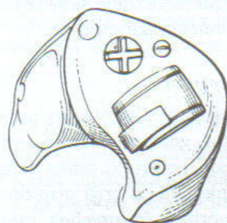
Presiunea excesivă se crede că produce tensiune asupra membranei delicate a labirintului – camera din urechea internă complet umplută care controlează echilibrul şi auzul – deformându-le şi ocazional rupându-le. Această traumă produce dereglări severe ale simţurilor echilibrului şi auzului.

Diagnostic

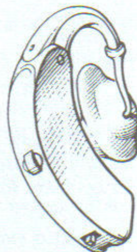
Boala Meniere este caracterizată prin atacuri periodice. Între atacuri, care pot să dureze de la câteva minute până la aproape o zi întreagă, se manifestă mult mai puţine simptome. Simptomele variază între uşoare şi grave, dar implică în general zgomote în urechi, distorsionarea auzului, senzaţie de „plin" sau de presiune în ureche şi vertij, care poate fi atât de grav încât să provoace greaţă sau vomă. Atacurile pot să devină din ce în ce mai frecvente şi mai severe.

Primul test la care veţi fi supus pentru stabilirea diagnosticului este probabil un test pentru auz. Dacă acesta nu este concludent, s-ar putea să aveţi nevoie de alte teste. Un asemenea test, numit electronistagmografie, constă în clătirea urechii cu apă sau cu aer, de temperaturi reci sau calde. În mod normal, aceasta vă va face să simţiţi un fior care vă va determina ochii să se mişte rapid dintr-o parte în cealaltă. Răspunsurile la stimulii din fiecare ureche sunt înregistrate şi comparate între ele şi cu un răspuns normal pentru a determina dacă sistemul responsabil cu echilibrul din urechea internă funcţionează normal.

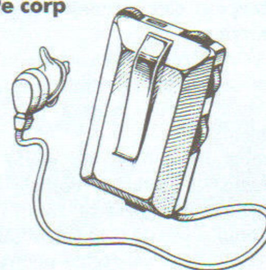
Complet în ureche



În spatele urechii



Pe corp



nişte dispozitive cu cost redus şi viaţă lungă a bateriei. Prin folosirea protezelor auditive de unică folosinţă evitaţi costurile reparaţiilor şi nu sunteţi nevoit să vă legaţi de o tehnologie care poate să devină depăşită.

Un dezavantaj semnificativ este acela că protezele auditive nu se găsesc pe măsuri, aşa că nu se potrivesc confortabil oricui.

Instructajul

Obişnuirea cu o proteză auditivă durează ceva timp. Sunetul pe care îl auziţi este diferit pentru că este amplificat. În plus, e nevoie de exerciţiu pentru a învăţa cum să înlăturaţi zgomotul de fond.

Atunci când vă procuraţi proteza auditivă, încercaţi-o într-o situaţie ideală, cum ar fi ascultarea radioului sau televizorului într-o cameră liniştită. Oamenii fac frecvent greşeala să folosească imediat protezele auditive în condiţii dificile de ascultare, cum ar fi un restaurant zgomotos. Aceasta poate avea un rezultat descurajator.

Cea mai bună cale de acomodare cu proteza auditivă este purtarea ei în fiecare zi, făcând-o să devină ceva obişnuit, de rutină. În plus, întrebaţi-vă audiologul despre programele de învăţare a tehnicilor speciale de comunicare, cum ar fi cititul pe buze.

Alegerea potrivită

O proteză auditivă poate fi o achiziţie costisitoare, aşa că luaţi măsuri pentru a fi sigur că alegeţi un produs de calitate. Începeţi prin a alege un audiolog cu reputaţie. Dacă nu cunoaşteţi unul, cereţi-i medicului dumneavoastră să vă recomande unul.

Fiţi prudent în cazul consultaţiilor „gratuite" din partea comercianţilor care vând o singură marcă de aparate. Fiţi de asemenea atent la afirmaţiile derutante. Mult timp, unii fabricanţi au afirmat că produsele lor eliminau zgomotele de fond. Nici o proteză auditivă nu poate filtra în particular acel sunet sau acea voce pe care doriţi să le auziţi dintre alte voci sau sunete dintr-o cameră aglomerată.

Asiguraţi-vă că proteza auditivă este însoţită de o perioadă de probă şi de o garanţie. O perioadă de probă tipică are 30 de zile. Garanţia ar trebui să se extindă pe o perioadă de 1-2 ani şi să acopere şi piesele de rezervă şi manopera reparaţiilor.

Dacă proteza auditivă nu pare să vă amelioreze auzul sau dacă nu este confortabilă, rugaţi-l pe audiolog să v-o ajusteze. Dacă nu sunteţi mulţumit de ea, înapoiaţi-o pentru a vă primi banii înapoi.

Implanturile cohleare

Unii copii şi adulţi cu surditate neurosenzorială şi cărora o proteză auditivă nu le este de ajutor ar putea să beneficieze de un implant cohlear, un dispozitiv electronic ce se implantează sub piele, în spatele urechii.

În surditatea nerosenzorială, celulele cu cili care căptuşesc cohleea din urechea internă au fost deteriorate. În mod normal, aceşti mici cili convertesc vibraţiile sonore în impulsuri electrice care sunt transmise de către nervul auditiv la creier şi apoi sunt interpretate ca sunete.

Implantul cohlear funcţionează într-un mod foarte asemănător cu cel al celulelor înainte să fie deteriorate. El trimite semnale electrice către creier prin intermediul fibrelor nervoase rămase intacte. Este cu totul diferit faţă de o proteză auditivă, care amplifică sunetul şi îl direcţionează către conductul auditiv.

Are 2 tipuri de componente: externe şi interne. Componentele externe cuprind:

- microfon care captează sunetele;
- procesor de sunet, care transformă sunetele într-un cod de computer;
- transmiţător, care transmite semnalele electrice de la procesorul de sunet la un receptor intern.

Componenta externă a unora dintre implanturile cohleare seamănă mult cu o proteză auditivă convenţională. Cu toate acestea, unele dispozitive necesită purtarea procesorului de sunet pe corp.

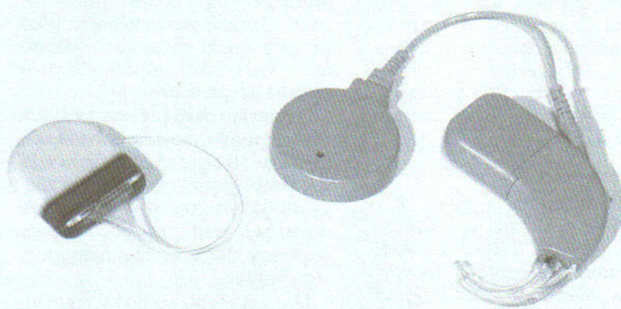
Componenta internă este constituită din mici dispozitive pe care un chirurg ORL le implantează sub pielea din spatele urechii. Ea cuprinde:

- receptor, care primeşte impulsurile electrice de la transmiţătorul extern;
- electrozi, care colectează impulsurile de la receptorul intern;
- transmiţător, care trimite impulsurile electrice la creier.

Creierul interpretează impulsurile electrice ca vorbe şi sunete ambientale.

Implantul cohlear nu poate reda auzul normal, însă poate ajuta oamenii să înţeleagă vorbele şi să interpreteze sunete din mediul înconjurător. În prezent, mulţi oameni cu implanturi cohleare folosesc telefonul şi poartă conversaţii cât de cât rezonabile.

Înainte de a vă decide pentru un implant cohlear, faceţi o evaluare atentă a urechii medii şi interne, inclusiv o radiografie şi o examinare riguroasă a auzului la un audiolog. După amplasarea implantului, veţi fi instruit cum să folosiţi mai bine dispozitivul şi să interpretaţi sunetele pe care le produce.



Implanturile cohleare mai noi folosesc un procesor de sunet care se poartă la exterior ascuns în spatele urechii. Procesorul de sunet (dreapta) trimite semnalele către un cip electronic implantat pe cale chirurgicală (stânga) care stimulează nervul auditiv.

Cât de gravă este boala Meniere?

La majoritatea oamenilor atacurile sunt rare, iar această boală este cel mult un mic inconvenient. Pentru puţini, totuşi, boala Meniere poate duce la surditate totală, iar ameţelile şi greaţa care o însoţesc pot fi frecvente şi debilitante.

Tratament

Tratamentul bolii Meniere cuprinde:

Tratament medicamentos

Medicul vă poate prescrie medicamente care să combată vertijul, greaţa şi voma care o însoţesc. Reducerea volumului fluidelor corporale cu medicamente diuretice pare să ajute unele persoane. Uneori, medicul prescrie sedative pentru a înlătura anxietatea care poate să însoţească un atac puternic. Este dificil de spus dacă terapia este de folos deoarece boala Meniere tinde să se remită şi să se amelioreze spontan.

Alte opţiuni

Atunci când alte măsuri nu sunt de folos, gentamicina, un antibiotic toxic pentru urechea internă, este injectată cu grijă prin timpan şi absorbită în urechea internă. Aceasta duce la diminuarea funcţiei echilibrului a acelei urechi, iar responsabilitatea pentru menţinerea echilibrului şi-o asumă cealaltă ureche. Procedura, care poate fi făcută sub anestezie locală în cabinetul medicului, reduce frecvenţa şi severitatea episoadelor de vertij.

Alte tratamente includ secţionarea nervului care controlează echilibrul. Când pierderea de auz este marcată sau ameţelile sunt puternice, poate fi distrusă întreaga ureche internă. Iarăşi, cealaltă ureche preia controlul asupra funcţiei echilibrului.

În cazul în care sunt afectate ambele urechi, tratamentul este mai dificil. Urechea afectată poate fi tratată chirurgical mai mult pentru a stopa atacurile debilitante.

Autoîngrijire

Unii oameni observă că atacurile sunt mai reduse ca frecvenţă sau severitate atunci când scad sau evită consumul de cofeină, alcool sau nicotină.

Labirintita

Semne şi simptome

- Ameţeală extremă (vertij)
- Greţuri şi vărsături
- Mişcări involuntare ale ochilor

Labirintita este inflamaţia labirintului, camera din urechea internă, umplută cu lichid, care controlează echilibrul şi auzul. Această afecţiune poate fi rezultatul unei infecţii bacteriene sau virale.

Diagnostic

Diagnosticul se face de obicei pe baza prezenţei semnelor şi simptomelor specifice: senzaţie de greaţă şi ameţeală în care camera pare să se învârtă, mişcări lente ale ochilor către lateral, urmate de o revenire rapidă în poziţia iniţială, şi pierderea auzului la una dintre urechi.

Cât de gravă este labirintita?

Semnele şi simptomele labirintitei pot fi înspăimântătoare, numai că boala în sine nu este periculoasă în general. Oricum, dacă ameţeala este însoţită de pierderea auzului, atunci labirintita poate să fie permanentă.

Tratament

Dacă aveţi labirintită bacteriană, medicul vă va prescrie în mod normal antibiotice. Pentru ambele tipuri de labirintită, virală şi bacteriană, medicul vă poate recomanda un medicament împotriva greţurilor şi un sedativ pentru a contracara efectele vertijului. S-ar putea să fie nevoie să staţi la pat pentru câteva zile.

Simptomele vertijului sever dispar de obicei după câteva zile, maxim o săptămână. Senzaţia de dezechilibru poate persista mai multe săptămâni sau chiar luni, în mod special la mişcările rapide ale capului. Episoadele repetate de labirintită sunt rare.

Cauzele ameţelilor

Ameţeala afectează mai mult de 50% dintre adulţii vârstnici şi deranjează activitatea zilnică la 20% dintre cei peste 60 de ani. 15 – 30% dintre oameni – majoritatea femei şi adulţi în vârstă – vor avea un episod de ameţeli cândva în viaţa lor, care va fi atât de sever încât vor cere îngrijire medicală.

Însă, pe cât de banală este această acuză, ea oferă frecvent medicilor o problemă frustrantă şi complexă. Deşi ameţeala poate însemna ceva pentru dumneavoastră, pentru medic ea este un termen-umbrelă care poate fi semnul unei probleme dintre mai multe posibile.

Senzaţia de rotire

Dacă aveţi senzaţia că vă rotiţi (vertij), problema este probabil legată de sistemul vestibular şi de nervii lui – structuri din urechea internă care percep poziţia, mişcarea şi schimbările în poziţia capului. Vertijul poate fi şi cauza greţurilor şi vomei. Este aproape întotdeauna însoţit de mişcări involuntare, anormale şi ritmice ale ochilor numite nistagmus. Cauzele frecvente ale nistagmusului includ:

- boala Meniere
- labirintita
- neurinomul de acustic
- vertijul poziţional benign paroxistic
- anumite medicamente (de ex. aspirina, streptomicina şi gentamicina, şi unele medicamente administrate pentru hipertensiunea arterială şi bolile de inimă)
- excesul de cofeină şi alcool

Senzaţia de nesiguranţă

Uneori, o afecţiune a urechii interne poate determina pierderea echilibrului sau o senzaţie de nesiguranţă în timpul mersului. O senzaţie de nesiguranţă poate să apară şi în urma folosirii anumitor medicamente, cum ar fi substanţele antiepileptice, sedativele şi tranchilizantele. Deficitele senzoriale cum sunt vederea slăbită, leziuni nervoase la braţe şi picioare, artroza şi slăbiciunea musculară pot şi ele să provoace nesiguranţă, cum o pot face şi tulburările cu sediul în sistemul nervos central.

Senzaţia de plutire

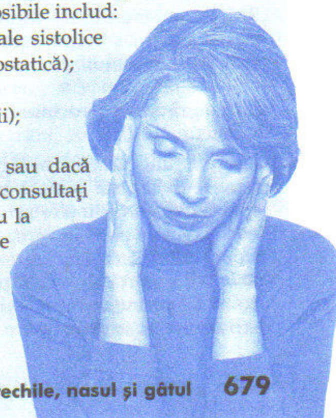
Mulţi oameni relatează o senzaţie de plutire precum este cea din beţie. Această senzaţie este asociată uneori cu hiperventilaţie sau cu o fobie, cum ar fi un atac de panică.

Senzaţia de leşin

Unii oameni leşină la vederea sângelui ori după ce aud veşti proaste sau atunci când sunt martorii unei scene înfricoşătoare. Senzaţia de leşin care apare pentru un motiv necunoscut poate fi legată de o problemă cardiovasculară. Cauzele posibile includ:

- scăderea semnificativă a tensiunii arteriale sistolice la ridicarea în picioare (hipotensiune ortostatică);
- artere blocate (ischemie);
- boli ale muşchiului inimii (cardiomiopatii);
- ritm cardiac rapid sau scăzut (aritmie).

Dacă aveţi în mod continuu ameţeală sau dacă aceasta este însoţită de alte simptome, consultaţi medicul. Numai 5% dintre aceste cazuri au la origine o afecţiune serioasă, însă este important să fie identificată cauza ameţelii dumneavoastră şi să se excludă posibilitatea existenţei unei afecţiuni grave.



Neurinomul de acustic

Semne şi simptome

- Ameţeală uşoară
- Tinitus
- Deprecierea auzului

Neurinomul de acustic este o tumoră benignă a nervului auditiv, care creşte încet. Este de obicei situată lângă locul în care nervul părăseşte cavitatea craniană şi intră în structurile osoase ale urechii interne. Deoarece acest loc este un unghi format din 2 dintre structurile creierului (cerebelul şi puntea) şi o parte din craniul dumneavoastră, neurinomul de acustic este numit uneori şi tumora de unghi.

Diagnostic

Dacă aveţi ameţeli uşoare, pierderi de echilibru, tinitus şi pierdere gradată a auzului în una dintre urechi, s-ar putea să aveţi un neurinom de acustic. Ameţeala este de obicei continuă şi nu apare în episoade distincte aşa cum se întâmplă în sindromul Meniere.

Medicul vă va face un test de audiometrie pentru a verifica acuitatea şi registrul de sunete pe care îl percepe auzul dumneavoastră. Un test de audiometrie foloseşte de regulă un dispozitiv electronic care produce sunete de intensităţi diferite. Atunci când auziţi un sunet, aduceţi aceasta la cunoştinţă prin ridicarea mâinii sau prin apăsarea unui buton. Audiologul vă va cere să repetaţi o serie de cuvinte pentru a aprecia capacitatea dumneavoastră de a înţelege limba vorbită. Alte teste diagnostice pot include un test pentru echilibru, o examinare neurologică, o tomografie computerizată (CT) sau o investigare cu rezonanţă magnetică nucleară (RMN) a craniului dumneavoastră pentru a vedea dacă este prezent neurinomul.

Cât de grav este neurinomul de acustic?

Deşi are un caracter benign şi creşte lent, această tumoră poate reprezenta o ameninţare serioasă deoarece este situată în apropierea câtorva nervi şi structuri cerebrale vitale. Pe măsură ce creşte, poate produce presiune care poate detriora aceste structuri.

Tratament

În funcţie de vârstă, starea generală de sănătate şi dimensiunea tumorii, dumneavoastră împreună cu medicul aţi putea decide să monitorizaţi creşterea tumorii, să o îndepărtaţi pe cale chirurgicală sau să o trataţi cu o formă de radiochirurgie stereotactică, numită chirurgie cu bisturiu Gamma. Radiochirurgia stereotactică, folosită de obicei pentru tratarea tumorilor cerebrale, presupune trimiterea cu acurateţe a unei doze ridicate de radiaţii folosind asistenţă computerizată. Capul dumneavoastră este imobilizat şi raze focalizate de radiaţii sunt ţintite cu precizie către tumoră pentru a evita lezarea altor structuri ale creierului. Bisturiul Gamma este un aparat care emite radiaţii gamma cu energie înaltă.

Excizia chirurgicală a neurinomului de acustic necesită de obicei o echipă chirurgicală care include un neurochirurg şi un chirurg ORL. Tumora este abordată fie prin mastoidă şi prin structurile interne ale urechii, fie prin spatele regiunii mastoidiene, fie pe deasupra urechii, fie folosind o combinaţie între aceste proceduri. Un microscop operator şi instrumente pentru monitorizat nervii sunt folosite pentru a păstra pe cât posibil intacte aceste structuri delicate. În general, spitalizarea postoperatorie este de 3-5 zile, iar recuperarea la domiciliu durează în jur de o lună.

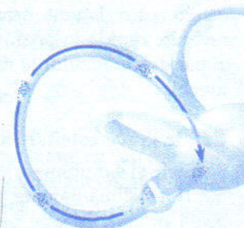
Vertijul poziţional paroxistic benign

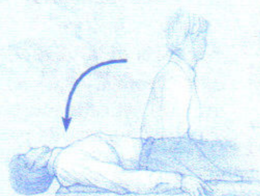
Semne şi simptome

- Debut brusc al ameţelii atunci când vă mişcaţi capul în anumite poziţii
- Mişcări involuntare ale ochilor

Procedura de poziţionare Canalith

Pentru a ajuta la calmarea vertijului poziţional paroxistic benign (BPPV), medicul vă poate învăţa o serie de manevre care mişcă particulele din canalul semicircular posterior în utriculă. Etapele, fiecare cu durata de 30 de secunde, includ următoarele (mişcările arătate aici sunt pentru urechea stângă):





1. Din poziţie şezând culcaţi-vă. Capul dumneavoastră trebuie să stea în extensie de pe marginea mesei într-un unghi de 45 .



2. Întoarceţi capul către dreapta.



3. Întoarceţi-vă pe partea cealaltă. Capul dumneavoastră trebuie să fie înclinat uşor în timp ce priviţi în jos către podea.



4. Întoarceţi-vă cu grijă în poziţie şezând şi apoi înclinaţi-vă bărbia în jos.

Vertijul poziţional paroxistic benign (BPPV) este caracterizat printr-o senzaţie bruscă şi extremă că încăperea în care vă aflaţi se învârteşte (vertij) atunci când vă mişcaţi capul într-o anumită direcţie sau când staţi într-o anumită poziţie. Poziţia capului este cauza vertijului.

Problema are sediul în labirintul vestibular, camera plină cu lichid din urechea internă care se ocupă cu echilibrul şi cu auzul. Mici granule sau cristale, numite otolite şi canalite, din interiorul canalelor semicirculare ale labirintului se desprind şi plutesc în lichid. În anumite poziţii, ele pot irita terminaţiile nervoase asociate cu echilibrul, dând un semnal fals de mişcare şi provocând o scurtă senzaţie de învârtire.

Nu se cunoaşte exact ce anume face ca aceste particule să se desprindă, însă se crede că este un rezultat normal al îmbătrânirii. Uneori, BPPV este precedat de o lovitură puternică la cap.

Diagnostic

Medicul poate să vă facă o serie de teste pentru a determina ce formă de vertij aveţi şi dacă dezorientarea dumneavoastră poziţională este un simptom al altei afecţiuni. Caracteristicile BPPV includ vertijul care apare atunci când vă înclinaţi capul spre înapoi sau staţi întins pe o anumită parte atunci când dormiţi. Vertijul este în general însoţit de mişcări involuntare ale ochilor dintr-o parte în cealaltă. Simptomele scad de obicei în intensitate în mai puţin de un minut.

Cât de grav este BPPV?

Vertijul poziţional este un inconvenient şi numai rareori reprezintă o problemă serioasă, cu excepţia cazului în care aveţi o ocupaţie în care chiar şi nişte episoade scurte de vertij pot fi deranjante.

Tratament

Dacă se suspectează BPPV, o simplă procedură care poate fi făcută şi la birou poate fi capabilă să stopeze ciclul de rotiri. Procedura de repoziţionare Canalith presupune mai multe manevre simple de schimbare a poziţiei a capului. Scopul este să deplasaţi progresiv particulele în canalul semicircular posterior înapoi într-o mică structură numită utriculă, unde nu mai pot crea probleme.

S-ar putea să fie necesar să repetaţi procedura de mai multe ori. După procedură trebuie să vă ţineţi capul în poziţie verticală pentru 48 de ore, chiar şi atunci când dormiţi. Aceasta le oferă particulelor timp să se fixeze în interiorul utriculei. S-ar putea să aveţi nevoie să purtaţi un guler special pentru a evita înclinarea capului.

Urechile clăpăuge

Semne şi simptome

- Urechi care proemină la o distanţă anormal de mare faţă de cap

Urechile care proemină de-o parte şi de alta a capului nu sunt nici mai eficiente, nici mai puţin eficiente din punct de vedere al auzului decât sunt cele care stau lipite de cap. Deci, problema este mai mult estetică.

Protruzia poate să varieze de la forme minore la extrem de evidente. Uneori, asemenea urechi ajung să fie motivul unei probleme emoţionale, având ca rezultat un sentiment de ruşine, ridicol sau de urâţenie.

Tratament

O idee greşită foarte populară în legătură cu urechile clăpăuge este că ele pot fi făcute să crească mai aproape de cap dacă sunt lipite sau legate de părţile laterale ale capului noaptea. Această măsură nu are nici un efect. Dacă aveţi urechi care proemină moderat, alegerea unei tunsori către urechi care atrage mai puţină atenţie este de obicei o abordare eficientă a problemei.

Altă soluţie este chirurgia estetică. Chirurgul face o incizie lângă cuta de piele din spatele urechii. Apoi, îndepărtează o fâşie de piele şi, în unele cazuri, de cartilaj, trage apoi urechea paralel cu capul şi închide incizia. Cicatricele care rămân în urma acestei proceduri vor sta ascunse în spatele urechii.

Procedura nu se face la copiii mai mici de 4 ani deoarece urechile sunt încă în creştere. De obicei, intervenţia se face la copii înainte de a merge la şcoală pentru a evita tachinările colegilor.

Dopul de cerumen

Semne şi simptome

- Senzaţie de dop în ureche
- Pierdere parţială a auzului

Conductul auditiv extern este căptuşit cu piele care conţine fire de păr şi glande care produc ceară (cerumen). Aceste fire de păr şi ceara reţin praful şi particulele străine pentru a le împiedica să intre în urechi, protejând astfel mecanismele delicate ale urechilor.

În mod normal, cantitatea mică de ceară care se formează îşi face drum cu timpul către orificiul extern al urechii, de unde cade sau este îndepărtată atunci când vă spălaţi.

Unii oameni, totuşi, produc sau acumulează o cantitate excesivă de ceară. Această ceară în plus se poate întări şi poate să blocheze conductul auditiv. Ceara întărită sau acumulată este una dintre cele mai frecvente cauze ale pierderii de auz la oamenii de toate vârstele.

Diagnostic

Dacă aveţi o pierdere progresivă de auz pe o perioadă de câteva săptămâni sau luni de zile, vă simţiţi urechile astupate, aveţi o durere de ureche sau auziţi constant sau ocazional zgomote în urechi precum ţârâitul (tinitus), medicul va căuta semne de blocaj cu cerumen.

Tratament

Există o zicală veche, dar înţeleaptă: „Nu introduce niciodată în ureche ceva mai mic decât un cot." Conductul auditiv şi timpanul sunt delicate, şi dumneavoastră puteţi să le răniţi cu uşurinţă înţepându-le cu obiecte banale cum ar fi beţişoarele cu vată la capete, agrafele de păr sau bucăţelele de hârtie răsucite. De obicei, acestea nu înlătură problema cerii şi, mai important, pot răni cu uşurinţă conductul auditiv extern sau timpanul.

Dacă urechea este sănătoasă şi apare nişte ceară în exces, puteţi folosi un remediu casnic ieftin pentru a îndepărta ceara. Sunt disponibile şi preparate comerciale, însă ele sunt mai scumpe şi de multe ori mai puţin eficiente.

Urmaţi aceşti paşi:

1. De 2 ori pe zi pentru mai multe zile, puneţi în ureche cu ajutorul unei pipete câteva picături de ulei pentru copii, ulei mineral sau glicerină pentru a înmuia ceara. O dată ce aţi înmuiat bine ceara, puteţi încerca să o îndepărtaţi.
2. Umpleţi o pară de cauciuc de 100 de ml cu apă la temperatura corpului. Dacă apa este prea rece sau prea caldă, această procedură poate provoca o ameţeală puternică dar scurtă.
3. Cu capul aplecat în jos, trageţi de pavilionul urechii spre în sus şi spre înapoi pentru a îndrepta conductul auditiv. Cu cealaltă mână, pompaţi cu blândeţe apă în conductul auditiv, exercitând o presiune uşoară, însă fără a provoca durere.
4. Răsturnaţi-vă capul pentru a permite apei să se scurgă într-o chiuvetă sau într-un castron. S-ar putea să fiţi nevoit să vă spălaţi urechea de mai multe ori înainte ca ceara să cadă în afară, de obicei sub forma unui dop.
5. Uscaţi-vă urechea externă cu un prosop sau cu un uscător.
6. Uscaţi-vă conductul auditiv prin introducerea în el a unei pipete pline de alcool sanitar. Acesta va absorbi apa şi va distruge bacteriile şi ciupercile. Înclinaţi-vă capul pe o parte pentru a scurge alcoolul în afară.

Medicul poate folosi o procedură similară pentru a rezolva problema dopului de cerumen, utilizând un dispozitiv de aspiraţie special sau scobind ceara cu un instrument numit chiuretă.

Afecţiunile nasului şi sinusurilor

Nasul este poarta către sistemul respirator, deoarece respiraţia începe şi se termină la nivelul nărilor. În mod normal, filtrele dumneavoastră nazale umectează şi încălzesc aerul pe măsură ce trece din pasajele nazale în gât, spre plămâni.

Ocazional, nasul este sediul unor afecţiuni cum ar fi sângerările din nas, răceala, febra fânului (rinita alergică) sau o infecţie a sinusurilor. Din fericire, majoritatea afecţiunilor nasului şi sinusurilor sunt temporare şi uşor de tratat.

Hemoragia nazală

Semne şi simptome

Hemoragia anterioară

- Sângerare bruscă cu originea într-o nară

Hemoragia posterioară

- Sângerare în jos, pe gât

Majoritatea oamenilor au o câte o sângerare din nas (epistaxis) mai devreme sau mai târziu. Uneori, cauza este o lovitură peste nas, însă de multe ori o sângerare pe nas este pur şi simplu rezultatul unei răceli, unei infecţii sinusale, a aerului uscat sau a unei cruste dislocate. Rareori, sângerările din nas pot fi un semn al unei probleme de fond serioase, cum ar fi hipertensiunea arterială, hemofilia sau leucemia.

Sângerările din nas sunt considerate clasic nişte probleme ale copilăriei, dar sunt de fapt mai frecvent întâlnite la adulţii mai în vârstă – şi ele pot fi cu atât mai serioase cu cât vârsta înaintează.

Majoritatea sângerărilor din nas au originea în sept, peretele cartilajului şi osului care separă cele 2 camere nazale. Acestea se numesc sângerări anterioare. Nu sunt grave şi de obicei sunt uşor de oprit. Partea anterioară a septului, imediat la intrarea în nară, conţine multe vase de sânge fragile. Aceste vase se lezează cu uşurinţă, fie direct ca în cazul unei lovituri, fie indirect în urma formării unei cruste în nas produsă prin respirarea de aer uscat. Răcelile sau alergiile pot şi ele să determine formarea de cruste. Medicamentele împotriva coagulării sângelui, care includ aspirina şi anticoagulantele, cresc susceptibilitatea de hemoragii nazale.

Hemoragiile posterioare sunt mai grave, însă mai rar întâlnite. Ele se produc atunci când se rupe unul din vasele mari din regiunea posterioară a nasului. Sângele curge în jos prin cavitatea nazală în gât, în loc să iasă prin nară, aşa că monitorizarea pierderii de sânge este mai dificilă. Tratamentul la domiciliu de obicei nu opreşte sângerarea, fiind necesară o deplasare la un spital de urgenţă.



Pentru a opri o hemoragie nazală, folosiţi-vă degetul mare şi arătătorul pentru a pensa porţiunea moale a nasului, localizată între vârful nasului şi creasta osoasă dură.

Diagnostic

În majoritatea cazurilor, puteţi opri cu uşurinţă o hemoragie nazală anterioară înclinându-vă în faţă şi pensând strâns porţiunile mobile ale nărilor dumneavoastră pentru circa 10 minute. Nu este nevoie de examinări ulterioare. Dar dacă sângerarea este greu de oprit sau apare frecvent, consultaţi medicul.

Acesta vă va examina nasul cu un endoscop, un tub flexibil cu o cameră video la capăt, pentru a vedea exact unde este sediul problemei. Dacă problema pare să fie localizată profund în nas, medicul poate să caute alte probleme, mai serioase, cum ar fi o tumoră.

Cât de gravă este hemoragia nazală?

Majoritatea hemoragiilor nazale sunt doar nişte evenimente supărătoare care vă pătează cămaşa. Însă hemoragiile posterioare şi cele anterioare recurente pot fi semne de avertizare pentru o problemă serioasă de sănătate, inclusiv îngroşarea şi întărirea pereţilor arterelor (arterioscleroză), hipertensiunea arterială, o hemofilie sau leucemia. Hemoragiile nazale frecvente la copii pot fi un semn al unei tumori necanceroase (benigne) (vezi pag. 684).

Tratament

Urmaţi aceşti paşi simpli pentru a opri o hemoragie nazală anterioară:

1. Aşezaţi-vă sau staţi în picioare. Nu staţi la orizontală. Poziţia verticală scade presiunea sângelui în venele nazale, ceea ce duce la încetinirea fluxului de sânge.

2. Pensaţi partea anterioară, moale a nasului cu degetul mare şi cu arătătorul şi respiraţi pe gură. Faceţi aceasta timp de 10-15 minute – presiunea aplicată pe septul dumneavoastră sângerând ar trebui să oprească fluxul de sânge.

Pentru a preveni viitoare hemoragii, nu vă suflaţi nasul mai multe zile după episodul de sângerare şi menţineţi-vă capul deasupra nivelului inimii. Dacă apar alte hemoragii inhalaţi cu putere aer pe nas pentru a-l curăţa de cheaguri de sânge şi administraţi un spray decongestionant în ambele nări (Afrin, Dristan etc.). Pensaţi-vă nasul şi chemaţi medicul.

În cazul în care vă este greu să opriţi o hemoragie nazală sau apare frecvent, medicul poate să folosească un dispozitiv cu aspiraţie pentru a îndepărta excesul de sânge şi pentru a amplasa un tampon de vată în nas. Medicamentele anesteziază şi contractă ţesutul care căptuşeşte nasul.

Cauterizarea

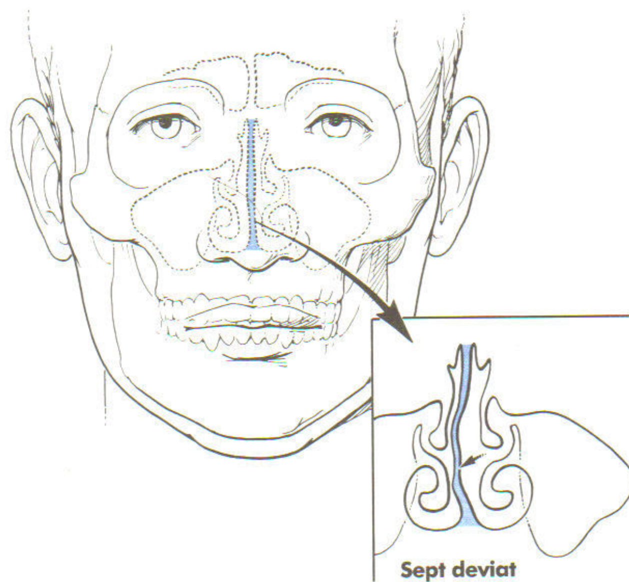
Dacă sângerarea continuă, medicul vă poate recomanda cauterizarea vasului care creează problemele. Această procedură creează un sigiliu pe vas prin arderea lui cu nitrat de argint, curent electric sau o rază laser. Pentru această procedură, medicul aplică un anestezic local în interiorul nasului.

Dacă sângerarea persistă după cauterizare, medicul poate să panseze cu delicateţe interiorul nasului dumneavoastră cu tifon. Pansamentul, care este lăsat pe loc pentru mai multe zile, exercită presiune pe locul sângerării în scopul de a opri sângerarea. Atunci când pansamentul este scos, vasele de sânge pot fi cauterizate din nou pentru ca hemoragia să nu reapară.

Tratament chirurgical

În situaţii rare, medicii fac septoplastie, o procedură chirurgicală care îndreaptă peretele cartilaginos al nasului. Septul deviat poate face ca hemoragiile nazale anterioare să se repete.

Pentru hemoragiile nazale posterioare şi pentru acelea provocate de o boală de fond care sunt greu de oprit, o abordare este amplasarea unui tampon special în cavitatea nazală. Introducerea lui necesită sedare. Această procedură



Septul nazal separă cele două fose nazale. Septul deviat poate produce o obstrucţie nazală.

Iritaţia produsă de decongestionantele nazale

Farmacia din apropierea dumneavoastră vinde multe produse destinate combaterii congestiei nazale, inclusiv spray-uri şi picături pentru nas decongestionante (Afrin, Dristan etc.). Aceste produse oferă o ameliorare rapidă prin constricţia vaselor de sânge şi a ţesuturilor din nasul dumneavoastră. Folosiţi aceste produse cu grijă şi pentru o perioadă scurtă de timp, dacă totuşi le folosiţi.

Atunci când sunt folosite frecvent pentru mai multe zile, spray-urile şi picăturile decongestionante au un efect de rebound, determinând ţesuturile din nas să devină mai tumefiate şi chiar mai congestionate în perioadele dintre administrări. Prin urmare, veţi avea nevoie de doze mai mari şi mai frecvente de spray sau de picături. Nu folosiţi aceste produse mai mult de 3-4 ori pe zi pentru o perioadă de maxim 3 - 4 zile.



Folosirea îndelungată poate să irite mucoasele, provocând o senzaţie de arsură sau junghi în nas şi o inflamaţie cronică numită rinită medicamentoasă.

Singura modalitate de tratare este încetarea folosirii spray-urilor sau picăturilor. Starea dumneavoastră se poate înrăutăţi pentru o vreme, însă în câteva săptămâni, respiraţia ar trebui să revină la normal pe măsură ce scad efectele spray-urilor sau picăturilor nazale. Medicul vă poate recomanda un spray nazal cu corticosteroizi sau, ocazional, o injecţie cu corticosteroizi pentru a reduce inflamaţia şi pentru a face mai suportabilă perioada de tranziţie.

se face în spitale şi poate necesita o scurtă internare pentru ţinerea sub observaţie. Procedura poate fi neplăcută, însă este de obicei eficientă în oprirea hemoragiei. În cazuri rare, atunci când tehnicile standard nu dau rezultate, un medic poate să facă o intervenţie chirurgicală pentru a bloca arterele care aduc sânge în zona unde se produc sângerările.

Prevenire

Dacă aveţi hemoragii nazale frecvente, aplicaţi un gel sărat sau un gel pe bază de petrol pe septul nazal de 1-2 ori pe zi. Măriţi umiditatea aerului pe care-l respiraţi folosind un umidificator sau un vaporizator. Nu vă scobiţi în nas şi evitaţi să vă suflaţi nasul timp de mai multe zile după o hemoragie nazală. Suflarea nasului creşte presiunea pe vasele afectate şi poate duce la declanşarea de noi hemoragii.

Obstrucţia nazală

Semne şi simptome

- Incapacitatea de a respira pe nas

Obstrucţia nazală apare atunci când fosele nazale se blochează. Toţi oamenii au un anume grad de blocare temporară atunci când suferă de răceală sau de alergie.

Uneori, obstrucţia nazală este provocată de un sept deviat sau de folosirea excesivă a spray-urilor nazale. Tumorile nazale sau polipii şi ganglionii limfatici măriţi se numără printre alte cauze. Vezi pag. 531 pentru mai multe informaţi despre polipii nazali.

Septul nazal este format din cartilaj şi os care separă cele 2 fose nazale. Puţini dintre oameni au un sept perfect drept. Majoritatea variaţiilor sunt mici, însă la unii oameni septul bombează semnificativ într-o parte sau în cealaltă, creând un blocaj. Asemenea deviaţii sunt frecvent rezultatul unei leziuni cum ar fi cea produsă de o lovitură la nas.

Diagnostic

În căutarea cauzei obstrucţiei, medicul vă poate pune întrebări în legătură cu posibile traumatisme, alergii şi folosiri de spray-uri nazale. Poate folosi un aparat flexibil, cu lumină pe care îl introduce în nasul dumneavoastră pentru a fi de ajutor în diagnosticarea problemei. Tomografia computerizată (CT) poate şi ea să fie de ajutor în unele situaţii.

Tratament

La multe persoane, o deviaţie de sept produce puţine inconveniente sau nici unul. Oricum, dacă deviaţia provoacă un blocaj care face dificilă respiraţia normală, ar putea fi necesară o septoplastie.

Septoplastia este o procedură chirurgicală care realiniază septul. Ea poate fi făcută de obicei sub anestezie fie locală, fie generală, cu internare ambulatorie.

Dacă blocajul este rezultatul unui abuz de picături sau spray-uri nazale, va trebui să opriţi folosirea acestor medicamente. Dacă se suspectează o alergie, medicul vă poate trimite la un alergolog pentru a face o serie de teste cu scopul de a determina la ce substanţă sunteţi alergic. Dacă blocajul este efectul polipilor, ganglionilor limfatici măriţi sau al unei tumori, ar putea fi necesară o intervenţie chirurgicală pentru a îndepărta blocajul.

Obiecte străine în nas

Dacă un obiect străin vă rămâne blocat în nas, urmaţi aceşti paşi:

1. Nu sondaţi după obiectul străin cu un beţişor cu vată la capăt sau cu altă ustensilă şi nu încercaţi să inhalaţi obiectul trăgând aer în piept cu putere. Respiraţi pe gură până în momentul când obiectul străin este scos.
2. Suflaţi nasul uşor pentru a încerca să scoateţi obiectul, însă nu suflaţi tare sau în mod repetat.
3. Dacă obiectul iese din nas şi poate fi apucat uşor cu ajutorul unei pensete, încercaţi să îl scoateţi cu blândeţe.
4. În cazul în care aceste metode dau greş, consultaţi imediat un medic sau mergeţi la un spital de urgenţă.

Angiofibromul juvenil

Semne şi simptome

- Hemoragii nazale frecvente
- Obstrucţie nazală

Angiofibromul este o tumoră necanceroasă (benignă) a nasului care apare la pubertate, în special la băieţi. Tumora se poate resorbi de la sine după pubertate, însă poate creşte rapid, obstruând canalele nazale şi sinusurile, şi provocând sângerări frecvente şi severe. Rareori, tumora poate exercita presiune asupra creierului.

Diagnostic

În cazul în care copilul dumneavoastră are semne şi simptome sugestive pentru angiofibromul juvenil, medicul îi poate să examina interiorul nasului pentru a căuta o tumoră. Rezonanţa magnetică nucleară (RMN) şi tomografia computerizată (CT) pot să fie de ajutor în determinarea mărimii şi localizării tumorii. Dacă tumora nu se resoarbe de la sine, este necesar tratamentul.

Tratament

Cel mai frecvent tratament pentru angiofibrom este intervenţia chirurgicală pentru îndepărtarea tumorii. Ocazional, medicul poate folosi o procedură numită embolizare, fie independent, fie imediat înaintea operaţiei.

În timpul embolizării, medicul injectează biluţe dintr-o substanţă similară lipiciului în vasele de sânge ale tumorii. Biluţele astupă vasele sangvine, întrerupând aportul de sânge la tumoră.

Un remediu simplu pentru obstrucţia nazală



Atunci când vă chinuie o răceală, cine nu tânjeşte pentru o metodă fără greş pentru a vindeca un nas obstruat? Zeci de reclame laudă produse care promit remedii magice, însă asemenea produse se ridică rareori la valoarea preţului de cost. Chiar şi atunci vă când calmează congestia nazală, ele pot produce efecte adverse neplăcute cum ar fi somnolenţa sau uscarea gurii.

Unul dintre cele mai bune remedii temporare pentru nasul obstruat nu produce complicaţii şi nici nu costă bani. Pentru a fluidifica mucusul din cavitatea nazală sau sinusală şi pentru a combate congestia, inhalaţi abur. Luaţi un ceaun sau o cratiţă cu apă fiartă şi inhalaţi aburul pentru câteva minute, având grijă să nu vă apropiaţi prea mult încât să luaţi contact cu apa. Unii oameni pun un prosop peste cap, improvizând un fel de cort în timp ce inhalează aburul. Această metodă este folositoare şi pentru fluidificarea mucusului din piept. În mod asemănător, un duş fierbinte degajă aburi care vă pot ajuta să vă simţiţi capul mai uşor.

Rinofima

Semne şi simptome

- Un nas care pare mărit, cu aspect de bulb, şi roşiatic

Rinofima, care este rezultatul unei afecţiuni de piele numită rozacee (vezi pag. 1175), afectează stratul superficial al pielii (epiteliul) de pe partea externă a nasului. Pielea se îngroaşă, determinând creşterea în dimensiune a nasului şi aspect de bulb. Acest nas este uneori numit nasul lui W.C. Fields, după faimosul actor de comedie care avea rinofimă.

Cauza nu este bine cunoscută. În trecut, se credea că ar fi rezultatul abuzului de alcool, însă consumul acestuia nu este un factor favorizant. Şi oamenii care beau moderat sau se abţin de la alcool pot face rinofima.

Diagnostic

Acesta se face pe baza aspectului pielii excesiv de groasă de pe porţiunea externă a nasului, determinând-o să capete o formă de bulb, mare ca dimensiune.

Tratament

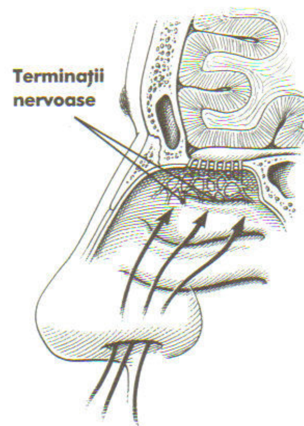
Singurul tratament eficient pentru rinofimă este intervenţia chirurgicală. Chirurgul îndepărtează ţesutul în exces de pe partea externă a nasului folosind diverse instrumente chirurgicale sau un laser. Pe măsură ce se vindecă, nasul îşi reia de obicei forma normală.

Pierderea mirosului

Semne şi simptome

- Scăderea capacităţii de a percepe mirosurile
- Respiraţie nazală redusă

Majoritatea oamenilor îşi pierd simţul mirosului atunci când suferă de o răceală la cap, însă uneori cauza nu este atât de evidentă. Pierderea simţului mirosului (anosmia) apare atunci când obstrucţia nazală împiedică mirosurile să ajungă la fibrele nervoase delicate din nas care merg la zona din creier care se ocupă de miros (centrii olfactivi).



Simţul mirosului şi, în mare parte, simţul gustului, au originea la nivelul terminaţiilor nervului olfactiv, situat în regiunea superioară a nasului. Aceşti nervi conţin fibre senzitive care transmit semnale de la bulbul olfactiv la creier.

Anosmia poate apărea şi în cazul în care centrii olfactivi sau fibrele lor sunt lezaţi. O infecţie virală, alergiile sau infecţiile cronice ale nasului pot leza aceşti nervi, ceea ce se poate întâmpla şi în cazul unei lovituri la cap, unei intervenţii chirurgicale la nas sau al unei tumori. Alte cauze ale pierderii mirosului sunt polipii nazali, mici bobiţe perlate apărute din cauza tumefierii membranelor nazale, care pot bloca fosele nazale.

Majoritatea oamenilor care şi-au pierdut simţul mirosului încă mai pot să distingă gusturile sărat, dulce acru şi amar, care sunt percepute de către limbă. Însă au probleme în distingerea aromelor mai subtile şi a senzaţiilor care necesită şi gust şi miros.

Diagnostic

Dacă vă pierdeţi simţul mirosului fără vreun motiv aparent, consultaţi medicul. Polipii nazali şi alergiile nazale cronice sunt cele mai frecvente cauze ale anosmiei. Medicul ar putea căuta tumori în căile nazale.

Cât de gravă este anosmia?

De cele mai multe ori, anosmia este doar un inconvenient. Uneori, ea poate fi un simptom al unei afecţiuni mai grave. S-ar putea să aveţi nevoie de o tomografie computerizată (CT) sau de o rezonanţă magnetică nucleară (RMN) pentru a căuta existenţa polipilor, tumorilor sau semnelor de traumatisme craniene. Dacă vă pierdeţi simţul mirosului în urma unei contuzii sau a altui tip de traumă la cap, lovitura poate fi cauza anosmiei.

Pierderea simţului mirosului vă poate expune la anumite pericole. Dacă aveţi anosmie, asiguraţi-vă că aveţi detectoare de fum funcţionale la domiciliu şi la serviciu deoarece s-ar putea să nu simţiţi mirosul de fum. În plus, verificaţi cu atenţie datele de expirare ale alimentelor şi refrigeraţi corect hrana pentru a evita ingerarea de alimente alterate, pe care s-ar putea să nu le detectaţi după mirosul lor.

Tratament

Dacă anosmia se datorează rinitei alergice sau polipilor nazali, tratarea acestor afecţiuni redă frecvent simţul mirosului. Atunci când cauza nu este imediat aparentă, aşa cum se întâmplă frecvent în cazurile în care este implicat vreun virus, simţul mirosului s-ar putea reface numai după ce ţesuturile din zona olfactivă se regenerează de la sine.

Rinita vasomotorie

Semne şi simptome

- Nas înfundat sau care curge
- Strănuturi dese
- Tuse

Termenul de rinită se referă la inflamarea mucoasei nasului. Rinita poate să apară din mai multe motive. Răceala comună provoacă inflamarea mucoasei nazale. Alergiile sunt o altă cauză frecventă. Inflamaţia nazală asociată cu alergiile se numeşte rinită alergică, cunoscută popular ca febra de fân (vezi cap. 21, „Alergiile şi astmul").

Mulţi oameni, oricum, se plâng de înfundarea nasului – frecvent însoţită de strănut, secreţii în nas sau în gât – nelegată de alergii sau alte infecţii, cum ar fi răceala. Această formă de rinită este frecvent numită rinită nealergică sau vasomotorie.

Rinita vasomotorie are drept cauză dilatarea vaselor de sânge din membranele nazale. Atunci când vasele sangvine se dilată, mucoasa nazală se tumefiază, ocupând mai mult spaţiu într-o zonă deja limitată. Aceasta duce la congestia nasului – nasul înfundat.

Mulţi factori pot declanşa rinita vasomotorie. Ei cuprind iritanţi din mediu, cum sunt fumul, praful, smogul, aerul uscat sau anumite mirosuri, cum ar fi parfumurile. Schimbările de temperatură sau aerul condiţionat pot provoca rinită vasomotorie la unii oameni. Alte cauze cuprind modificări hormonale, anxietate, efort fizic, condimente, bere şi vin.

Diagnostic

Rinita este diagnosticată clasic pe baza semnelor, simptoamelor şi a momentului în care îşi fac apariţia. Dacă acestea vă deranjează într-o anumită perioadă a anului, cum ar fi primăvara, toamna sau amândouă, s-ar putea să aveţi rinită alergică. În cazul în care congestia nazală nu pare să fie declanşată de alergii, ci de alţi factori, medicul poate considera că aveţi rinită vasomotorie.



Secreţia nazală posterioară

Mucusul produs în nas şi în sinusuri se deplasează sub forma unei pelicule subţiri către partea posterioară a gâtului. Acolo, el are rolul de a vă proteja plămânii umidificând aerul şi captând praful şi celelalte particule pe care le inhalaţi. În general, nu sunteţi conştient de acest proces şi înghiţiţi mucusul şi impurităţile pe care le captează. Înghiţirea acestui mucus nu este dăunătoare.

De regulă, nasul şi sinusurile produc un litru de mucus în fiecare zi sau mai mult. Oricum, atunci când fumul sau alţi iritanţi atacă nasul, această cantitate poate să crească. Mucusul în exces, secretat în scopul de a îndepărta mai mulţi iritanţi, este frecvent cauza disconfortului numit în general secreţie nazală posterioară.

S-ar putea să deveniţi mai conştient de mucusul din nasul şi din gâtul dumneavoastră atunci când aerul este uscat, deoarece el se poate îngroşa şi poate deveni mai dificil de eliminat. Consumul de lichide în cantitate mare şi umidificarea aerului pe care-l respiraţi vă va ajuta să menţineţi mucusul fluid. Spray-urile nazale cu corticosteroizi disponibile cu prescripţie medicală pot şi ele să ajute la ameliorarea secreţiei nazale posterioare.

Cât de gravă este rinita vasomotorie?

Deşi frecvent supărătoare, rinita vasomotorie nu este o stare îngrijorătoare. Oricum, pentru a ameliora simptomele, s-ar putea să aveţi nevoie să luaţi cu regularitate medicamente sau să evitaţi anumite situaţii, cum ar fi camerele pline cu fum sau anumite feluri de mâncare şi băuturi.

Oamenii cu rinită vasomotorie cronică pot să facă şi polipoză nazală şi sinuzită cronică.

Tratament

Tratamentul acestei boli depinde de severitatea ei. Pentru cazurile uşoare, s-ar putea să nu fie nevoie de tratament. Pur şi simplu, evitarea factorilor care par să declanşeze această stare este arhisuficientă.

Decongestionantele orale fără prescripţie pot fi şi ele de ajutor. Spray-urile decongestionante nazale pot să ofere o uşurare temporară, însă ar trebui să nu fie folosite cu regularitate deoarece ele pot să agraveze de fapt congestia nazală (vezi pag. 683).

Prescrierea de spray-uri nazale cu corticosteroizi este deseori eficientă în stăpânirea eficientă a rinitelor vasomotorii moderate până la severe. Umiditatea crescută la domiciliu şi la serviciu poate şi ea să fie binefăcătoare.

Sinuzita

Semne şi simptome

- Durere în zona ochilor sau obrajilor
- Sensibilitatea regiunilor sinusale la atingere sau apăsare
- Cefalee
- Tumefierea pleoapelor sau ţesuturilor din jurul ochilor
- Febră
- Respiraţie nazală obstruată
- Secreţii nazale consistente, de culoare galben-verzui
- Respiraţie urât mirositoare care nu este legată de probleme stomatologice
- Dureri dentare (rareori)

Sinusurile sunt cavităţile din oasele feţei. Există 4 perechi de sinusuri:

- sinusurile frontale, situate în frunte;
- sinusurile etmoidale, localizate între ochi;
- sinusurile sfenoidale, aflate mai profund în cap, în spatele nasului;
- sinusurile maxilare, care se găsesc în oasele obrajilor.

Fiecare dintre aceste cavităţi are o mică deschidere către nas pentru a permite mucusului şi aerului să treacă libere. Sinusurile şi nasul sunt căptuşite cu o mucoasă continuă. În consecinţă, orice factor care determină tumefierea şi obstruarea căilor nazale – cum ar fi o răceală sau o reacţie alergică – pot să vă afecteze şi sinusurile. Rezultatele sunt durerea şi presiunea la care se oamenii referă de obicei ca fiind o criză sinusală.

Sinuzita apare atunci când se infectează mucoasa care căptuşeşte unul sau mai multe sinusuri. Infecţia poate fi virală, bacteriană sau fungică.

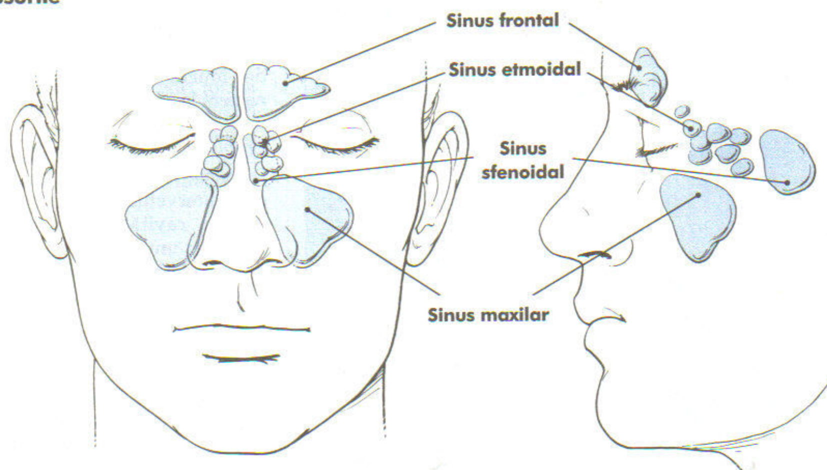
Aproximativ 2/3 dintre cazurile de sinuzită sunt de scurtă durată (acute). Bacteriile se stabilesc în cavităţile sinusale şi provoacă tumefierea mucoasei, producerea de mucus consistent, galben-verzui, febră şi durere facială. Tumefierea împiedică mucusul din sinusuri să se scurgă cum ar trebui în căile nazale.

La unele persoane, sinuzita devine o problemă cronică. Simptomele par să nu mai dispară niciodată, în ciuda unui tratament adecvat. Unele sinuzite cronice se crede că ar fi legate de sensibilitatea la fungii inhalaţi. Acest tip de sinuzită este frecvent asociat cu polipii şi cu astmul.

Cauze

Sinuzitele acute şi cronice îşi au originea în mai multe boli, de la simple la complexe:

Sinusurile



SFATURI PENTRU PREVENIRE

Aţi putea să nu fiţi capabil să preveniţi toate problemele sinusurilor, însă puteţi să luaţi măsuri pentru a reduce numărul sau severitatea atacurilor şi pentru a ajuta la prevenirea cronicizării unui atac acut.

- *Spălaţi-vă pe mâini.* După ce v-aţi aflat în vecinătatea cuiva care era răcit, spălaţi-vă pe mâini cu apă şi săpun pentru a reduce şansele să luaţi răceala.
- *Păstraţi distanţa.* Minimizaţi contactele apropiate cu oamenii care sunt răciţi.
- *Nu fumaţi.* Fumul de tutun poate determina iritarea şi inflamarea mucoaslor care căptuşesc sinusurile şi nasul. Inflamaţia poate avea ca rezultat blocarea foselor nazale.
- *Evitaţi contactul cu aerul poluat.* Substanţele care contaminează aerul, fie din interiorul clădirilor, fie din exterior poate irita şi inflama plămânii şi căile aeriene.
- *Evitaţi alergenii cunoscuţi.* Printre aceştia se numără: polenul, mucegaiul sau blana de pisică. Ataşaţi un filtru electrostatic la echipamentele de încălzire şi de aer condiţionat pentru a îndepărta alergenii din aer.
- *Folosiţi umidificatoare.* Acest lucru este important în mod special iarna, atunci când sistemele de încălzire a aerului pot să usuce aerul din incinte. Asiguraţi mereu curăţenia umidificatoarelor. Umidificatoarele contaminate pot fi surse de bacterii şi fungi în aer.
- *Folosiţi decongestionante înainte de călătoria cu avionul.* Fiţi atent la combinaţiile de medicamente cu antihistaminice şi decongestionante deoarece acestea pot produce somnolenţă.
- *Întrebaţi medicul* despre folosirea unui spray nazal salin pentru a menţine umiditatea în fosele nazale sau medicamente care reduc inflamaţia.
- *Evitaţi alcoolul.* El poate determina tumefierea mucoaselor nazale şi sinusale.



Răcelile

Majoritatea cazurilor de sinuzită debutează datorită unui virus ce produce răceală. Uneori, o răceală produce atât de mult mucus încât fosele nazale tumefiate şi congestionate se blochează. Bacteriile care trăiesc în mod normal în sinusurile dumneavoastră în număr mic pot începe să se multiplice şi să determine o sinuzită bacteriană.

Alergiile

Dacă sunteţi alergic la alergenii inhalanţi, cum ar fi polenul, blana animalelor de casă sau particulele de praf, organismul confundă aceste particule inofensive cu nişte atacatori. Sistemul imun reacţionează, provocând binecunoscutele simptome alergice, în special obstrucţie nazală şi ochii umezi. Acest răspuns imun poate favoriza sinuzita. Deoarece alergiile sunt deseori persistente, ele pot produce sinuzite cronice.

Infecţiile fungice

Unele forme de sinuzite cronice pleacă de la un răspuns al sistemului imun la o ciupercă din cavităţile nazale şi sinusale. Cât timp fungii sunt prezenţi, atâta timp durează şi iritaţia.

Anomaliile structurale

Anomaliile structurale ale nasului includ polipii nazali (vezi pag. 531) şi devierea de sept, în care cartilajul care separă cavităţile nazale bombează către o parte. Aceste probleme pot bloca scurgerea de mucus din sinusuri, dând naştere la sinuzita cronică.

Problemele stomatologice

Bacteriile asociate cu infecţiile sau cu intervenţiile dentare pot invada cavităţile sinusale. De exemplu, un abces dentar se poate extinde de la rădăcina unui dinte de pe arcada superioară în cavitatea unui sinus maxilar.

Diagnostic

Sinuzita poate fi dificil de diagnosticat deoarece în fazele iniţiale seamănă mult cu răceala comună. Dacă simptomele dispar în 5-7 zile, probabil că aţi avut o răceală comună. Dacă simptomele persistă

şi nu răspund la decongestionantele fără prescripţie medicală, s-ar putea să aveţi de-a face cu o infecţie a sinusurilor. Medicul va determina dacă aveţi sinuzită acută sau cronică prin evaluarea duratei şi severităţii simptomelor.

Dacă aveţi sinuzită repetată sau cronică, medicul poate să vă facă o endoscopie nazală. Un tub subţire şi flexibil cu o lumină transmisă prin fibră optică (un endoscop) va fi introdus prin nasul dumneavoastră, permiţându-i medicului să inspecteze vizual orificiile sinusurilor.

Medicul poate să ceară şi o radiografie sau o tomografie computerizată (CT) pentru a vedea care dintre sinusuri sunt afectate şi dacă ele par înfundate sau inflamate. Dacă există mucus sau puroi, ar putea fi prelevată o probă pentru a fi însămânţată pe medii de cultură şi analizată într-un laborator.

Dacă se suspectează fenomenele alergice, testele alergologice pot furniza informaţii importante despre sensibilităţile la alergeni (vezi pag. 525). Aceste teste nu sunt periculoase pentru sănătate şi presupun foarte puţin sau nici un pic de disconfort.

Cât de gravă este sinuzita?

Majoritatea cazurilor de sinuzită răspund la antibiotice şi se tratează cu uşurinţă. Rareori, unii oameni fac complicaţii grave. Infecţia se poate extinde la structurile osoase din jurul ochilor sau la membranele care vă protejează creierul (meningele), provocând meningita, care poate duce la leziuni cerebrale. Într-o afecţiune numită tromboza sinusurilor cavernoase, se pot forma cheaguri de sânge în venele din jurul sinusurilor, oprind circulaţia sângelui către creier, într-un mod asemănător cu cel al accidentului vascular cerebral.

Tratament

Câteva măsuri ce pot fi luate la domiciliu pot ameliora simptomele sinuzitei:

- Staţi în casă la o temperatură constantă.
- Încercaţi să nu vă aplecaţi spre înainte, cu capul în jos. Această mişcare accentuează de obicei durerea.
- Încercaţi să vă aplicaţi comprese faciale calde, să inhalaţi abur dintr-un ceaun sau dintr-un vas cu apă fierbinte (aveţi grijă să nu intraţi în contact cu apa) sau faceţi un duş fierbinte.
- Beţi multe lichide pentru a favoriza fluidifierea mucusului. Nu consumaţi alcool, care poate înrăutăţi tumefierea nasului şi a sinusurilor.

Tratament medicamentos

În funcţie de cauza sinuzitei şi de caracterul ei acut sau cronic, medicul vă poate prescrie unul sau mai multe medicamente.

- *Medicamente antialergice.* Dacă alergia este cauza sinuzitei, medicul vă poate prescrie medicamente care să diminueze simptomele alergiei şi, în consecinţă, să reducă numărul şi severitatea crizelor.
- *Antibioticele.* Dacă infecţia este bacteriană, medicul vă poate prescrie o cură de antibiotice orale cu o durată de 10 - 14 zile. Sinuzita cronică poate necesita o perioadă lungă de tratament cu antibiotice, deseori cu folosirea de medicamente cu spectru mai larg decât acelea pentru sinuzita acută. Un medicament cu spectru larg este eficient împotriva unei game extinse de bacterii.
- *Antifungice.* Dacă sinuzita se datorează unei sensibilităţi la fungi sau unei infecţii cu aceştia, medicul vă poate recomanda folosirea unei soluţii intranazale care conţine un agent antifungic. Dumneavoastră pulverizaţi soluţia în fosele nazale, permiţându-i să vă irige sinusurile.
- *Corticosteroizii.* Pentru inflamaţiile puternice ale sinusurilor, medicul vă poate prescrie corticosteroizi. Spray-urile nazale cu corticosteroizi sunt frecvent folosite, însă sinuzita inflamatorie severă ar putea necesita injecţii sau pastile cu corticosteroizi. După ce vi s-a administat o pastilă sau o injecţie, s-ar putea să continuaţi folosirea spray-ului nazal corticosteroid pentru a ajuta la prevenirea reapariţiei tumefacţiei.
- *Decongestionantele.* Decongestionantele desfundă nasul şi vă ajută să respiraţi mai uşor. Totuşi, picăturile sau spray-urile pentru nas ar trebui să nu fie folosite pentru mai mult de câteva zile. Altfel, aceste medicamente pot determina apariţia unui efect de rebound care poate conduce la o congestie şi la o tumefiere şi mai mare. De asemenea, pot creşte tensiunea arterială şi frecvenţa pulsului.
- *Analgezicele.* Analgezicele cuprind aspirina, ibuprofenul (Advil, Motrin etc.) şi acetaminofenul (Tylenol etc.).

Tratament chirurgical

Uneori, sinuzita persistă în ciuda tratamentului medical. Dacă se întâmplă aşa, poate fi indicată o intervenţie chirurgicală endoscopică pe sinusuri pentru a reface drenajul nazal. Endoscoapele sunt instrumente cu fibre optice de diferite dimensiuni, echipate cu dispozitive video. Acest tip de intervenţii chirurgicale ameliorează simptomele, însă nu presupun incizii la exterior sau cicatrice.

Majoritatea intervenţiilor chirurgicale endoscopice pe sinusuri se fac sub anestezie generală. Medicul introduce un endoscop şi ustensile de tăiere delicate la nivelul sinusurilor blocate prin nări. Lucrând sub ghidaj endoscopic, medicul îndepărtează mucoasele infectate, polipii şi micile fragmente osoase care blochează sinusurile.

Chirurgul poate să lărgească deschiderile sinusurilor şi să folosească un mic aspirator pentru a drena lichidele captive acolo. De obicei, această manevră nu necesită spitalizare şi uneori vă puteţi relua activităţile în câteva zile.

S-ar putea să aveţi o uşoară durere de cap din cauza operaţiei şi să aveţi nevoie să luaţi antibiotice şi analgezice. În primele 2 săptămâni după operaţie este normal să simţiţi un oarecare disconfort şi să aveţi sângerări din nas. Va trebui să consultaţi medicul curând după operaţie pentru a îndepărta din nas sângele închegat şi secreţiile.

Ocazional, blocajul sinusurilor reapare şi operaţia trebuie repetată. Complicaţiile, deşi rare, pot fi grave. Ele cuprind leziunile oculare, abcesele cerebrale şi paralizia facială permanentă.

Dacă o deviaţie de sept este cauza sinuzitei dumneavoastră, medicul vă poate recomanda o procedură chirurgicală pentru a vă realinia septul (septoplastie).

Afecţiunile gâtului

Precum alte părţi ale sistemului respirator, gâtul este susceptibil de infecţii, bacteriene, şi virale. Gâtul dumneavoastră este susceptibil şi la folosirea exagerată pentru a cânta sau a vorbi, şi la leziuni datorate fumatului sau consumului excesiv de alcool. Boala de reflux gastroesofagian, o afecţiune în care conţinutul stomacului refluează în esofag, poate şi ea să vă afecteze gâtul dacă refluxul este sever.

Durerea în gât

Semne şi simptome

- Senzaţie de iritare sau de zgârietură în gât
- Greutate la înghiţit datorită durerii
- Febră

Faringele dumneavoastră este segmentul dintre amigdale şi laringe – ceea ce dumneavoastră numiţi uzual „gât." Deci, faringita este o altă denumire pentru durerea în gât. O senzaţie de zgârietură, de nod în gât sunt simptome familiare ale răcelii sau gripei.

Majoritatea durerilor în gât sunt provocate de infecţii fie virale, fie bacteriene. O durere în gât şi alte semne şi simptome asociate ei, datorate unei infecţii virale de obicei dispar de la sine în aproximativ o săptămână, o dată ce anticorpii din corpul dumneavoastră au distrus virusul.

Infecţiile bacteriene sunt mai rar întâlnite, însă mai grave decât cele virale. Infecţia streptococică este cea mai frecventă infecţie bacteriană. Este produsă de către o bacterie numită *Streptococcus* şi în general se răspândeşte prin nas sau prin secreţiile nazale. Mai rar, infecţia se transmite prin intermediul alimentelor, laptelui sau apei contaminate cu această bacterie.

Durerea în gât poate să apară şi datorită alergiilor sau aerului uscat. Iritaţia constantă apărută în urma fumatului, respirării de aer foarte poluat sau consumului excesiv de alcool poate să determine instalarea unei dureri în gât cronice.

Diagnostic

Dacă durerea în gât se datorează unei infecţii virale, s-ar putea să prezentaţi şi tuse, strănut, febră uşoară, răguşeală, secreţii nazale abundente şi scurgeri nazale posterioare. Dacă aveţi o infecţie bacteriană în gât, aţi putea avea febră, iar amigdalele şi ganglionii limfatici din regiunea gâtului ar putea fi inflamaţi şi dureroşi. Suprafaţa posterioară a gâtului poate fi de culoare roşu-aprins şi cu pete albe.

Dacă durerea în gât durează mai multe zile, consultaţi medicul. Dacă aveţi simptomele unei infecţii streptococice în gât, medicul sau asistenta medicală va preleva probabil o probă pentru cultură în scopul de a determina tipul infecţiei.

Cât de gravă este durerea în gât?

Durerea în gât datorată unei infecţii virale nu este o ameninţare gravă pentru sănătate. Oricum, anumite tulpini de streptococi, dacă nu se aplică tratament, pot duce la apariţia unor complicaţii grave cum ar fi inflamarea rinichilor (nefrită) sau reumatism articular acut.

Antibioticele sunt folosite pentru tratarea infecţiilor cu streptococi în principal pentru a preveni aceste complicaţii.

Tratament

Dacă durerea în gât se datorează unei infecţii virale, antibioticele nu o vor vindeca. Odihniţi-vă cât puteţi de mult şi dublaţi consumul de lichide. Lichidele pot fi de ajutor prin menţinerea fluidităţii mucusului, care devine mai uşor de îndepărtat.

Puteţi ameliora durerea în gât cu acetaminofen (Tylenol etc.), ibuprofen (Advil, Motrin etc.) sau aspirină, însă nu administraţi aspirină la copii, deoarece aceasta poate declanşa sindromul Reye, o tulburare gravă care afectează sângele, ficatul şi creierul.

Gargara cu apă sărată călduţă – 1/2 linguriţă de sare dizolvată într-un pahar cu apă caldă – de mai multe ori pe zi şi folosirea de bomboane mentolate ajută la ameliorarea durerii într-un grad oarecare.

Schimbaţi dieta cu una păstoasă sau lichidă pentru a evita iritarea gâtului. Evitaţi fumul şi alţi poluanţi ai aerului, inclusiv vaporii de la substanţele pentru



curăţat în gospodărie sau vopsea, care pot irita şi ele un gât inflamat.

Dacă aveţi o infecţie bacteriană, medicul vă va prescrie antibiotice pentru a omorî bacteria. Extirparea amigdalelor (tonsilectomia) ar putea preveni infecţiile streptococice recurente.

Amigdalita

Semne şi simptome

- Durere în gât
- Cefalee
- Febră şi frisoane
- Ganglioni dureroşi şi măriţi de volum în regiunea capului şi gâtului

Amigdalele sunt alcătuite în mare parte din ţesut limfoid. Ele se află în regiunea posterioară a gurii dumneavoastră, de-o parte şi de alta a deschiderii către gât.

Printre alte funcţii, ele opresc ca o barieră microorganismele infecţioase. Atunci când amigdalele devin sediul unei infecţii bacteriene, se tumefiază şi devin inflamate. Această infecţie (amigdalita) este frecventă, mai ales în copilărie.

Diagnostic

Consultaţi medicul dacă aveţi o durere în gât, cefalee, febră şi frisoane mai mult de 48 de ore sau dacă aţi mai avut amigdalite. El ar putea să ia o probă din gât pentru cultură în scopul de a determina dacă motivul simptomelor dumneavoastră este o infecţie bacteriană.

Amigdalita determină amigdalele să devină roşii şi tumefiate, uneori cu pete albe. Ganglionii limfatici de sub maxilar şi din gât ar putea fi măriţi de volum şi dureroşi.

Cât de gravă este amigdalita?

Netratată, amigdalita produsă de o infecţie bacteriană poate duce la formarea unui abces în interiorul sau în jurul amigdalelor.

În plus, anumite tulpini de streptococi pot da naştere la complicaţii tardive, printre care inflamarea rinichilor (nefrită) sau reumatismul articular acut.

Tratament

Dacă aveţi amigdalită, odihniţi-vă cât se poate de mult şi beţi multe lichide. Gargara cu apă sărată călduţă – 1/2 de linguriţă de sare amestecată într-un pahar cu apă călduţă – de mai multe ori pe zi ajută deseori la diminuare durerii din gât.

Acetaminofenul, ibuprofenul sau aspirina pot fi şi ele de ajutor. Totuşi, nu administraţi aspirină la copii deoarece poate declanşa sindromul Reye, o tulburare serioasă care afectează sângele, creierul şi ficatul.

Tratament medicamentos

Dacă o infecţia bacteriană este cauza amigdalitei, medicul vă va prescrie probabil un antibiotic. Semnele şi simptomele ar trebui să dispară în câteva zile, însă este important să urmaţi întreaga cură de medicamente prescrisă.

Epiglotita

Semne şi simptome

- Durere în gât
- Febră
- Dificultăţi la înghiţit datorită durerii marcate
- Răguşeală

Extirparea vegetaţiilor adenoide şi a amigdalelor

Vegetaţiile adenoide şi amigdalele sunt formate în principal din ţesut limfoid. Vegetaţiile adenoide sunt localizate în porţiunea superioară a gâtului, imediat deasupra regiunii moi din spatele cerului gurii (bolta palatină). Amigdalele se află în regiunea posterioară a gurii. Amândouă aceste formaţiuni opresc infecţiile să intre în organism şi sunt utile în mod special copiilor cu vârsta de până la 3 ani. Mai târziu în copilărie, vegetaţiile şi amigdalele se reduc ca volum. La pubertate, vegetaţiile aproape că dispar şi amigdalele se reduc la dimensiunea unor alune.

Mulţi copii mici şi unii adulţi fac amigdalită bacteriană. Ocazional, vegetaţiile adenoide se tumefiază şi ele, făcând vocea să sune nazonat. Dacă dumneavoastră sau copilul dumneavoastră aveţi frecvent amigdalită – de 4-6 sau mai multe ori pe an – medicul vă poate recomanda extirparea lor. Această intervenţie chirurgicală combinată se numeşte adenotonsilectomie.

În trecut, la majoritatea copiilor cu amigdalită se extirpau amigdalele, şi deseori şi vegetaţiile adenoide. Antibioticele de generaţie nouă au făcut ca tratamentul amigdalitelor să fie mult mai uşor şi intervenţiile chirurgicale mai rar întâlnite. Chirurgia încă mai este o opţiune atunci când amigdalele se umflă atât de mult încât afectează respiraţia şi înghiţitul, sau atunci când o vegetaţie inflamată provoacă blocarea trompei lui Eustachio, ducând la apariţia unei infecţii severe a urechii medii (otita medie) şi la obstrucţia nazală.

După adenotonsilectomie, amigdalele nu mai cresc la loc. Uneori, mici rămăşiţe de ţesut amigdalian se pot mări de volum. Aceasta duce rareori la apariţia de noi probleme. După intervenţia chirurgicală, gâtul va fi dureros. Apoi se ameliorează treptat în 10-14 zile. Adenotonsilectomia nu garantează că nu se vor mai produce noi infecţii, însă frecvenţa lor scade.

Adenotonsilectomia poate să fie folosită şi pentru tratarea altor afecţiuni. La copii, aceste afecţiuni cuprind:

- respiraţie pe gură şi sforăit (amândouă produse de obstrucţia cronică a căilor aeriene superioare);
- infecţii recurente ale urechii medii (otite medii).

Tulburările care pot beneficia de acest tip de intervenţii la adult cuprind:

- sforăitul şi oprirea respiraţiei în somn;
- o masă anormală, de consistenţa pietrei într-o amigdală (calcul tonsilar);
- inflamaţii recurente ale ţesuturilor din jurul amigdalelor (peritonsilite).

Semne şi simptome de urgenţă

- Respiraţie dificilă
- Hipersalivaţie
- Gât ţeapăn sau rigid şi o cefalee puternică
- Febră mai mare de 38 C la adulţi şi 39 C la copii, sau febră care durează mai mult de 2 zile
- Erupţie
- Răguşeală persistentă sau ulceraţii bucale care durează 2 săptămâni sau mai mult
- Expunere recentă la o infecţie streptococică în gât

Epiglotita este inflamaţia structurii cu formă de capac care acoperă corzile dumneavoastră vocale şi traheea. Această afecţiune este mai frecvent întâlnită la copii între 2 şi 5 ani, deşi adulţii pot şi ei să o facă. Este mai frecventă la sexul masculin şi la rasa albă.

Epiglotita este de obicei rezultatul unei infecţii bacteriene. Anumite afecţiuni, cum ar fi boala Hodgkin, leucemia şi bolile însoţite de imunosupresie, predispun adulţii la epiglotită.

Diagnostic

Dacă durerea în gât durează mai multe zile, consultaţi medicul, care va căuta semnele unei infecţii bacteriene.

Persoanele care au epiglotită obişnuiesc să scuipe într-o ceaşcă pentru a evita durerea severă care însoţeşte înghiţitul. De asemenea, aceste persoane pot să stea aplecate în faţă, cu gâtul întins, pentru a respira mai uşor. Dacă dumneavoastră sau copilul dumneavoastră respiraţi cu greutate, chemaţi salvarea sau mergeţia la camera de gardă a unui spital.

Cât de gravă este epiglotita?

Epiglotita poate să debuteze rapid şi să devină gravă în numai câteva ore. Atunci când epiglota se umflă, poate să blocheze intrarea în trahee, făcând respiraţia dificilă.

Tratament

Majoritatea cazurilor de epiglotitiă se tratează cu antibiotice pentru a omorî bacteriile care au produs infecţia. Dificultatea pronunţată de a respira poate necesita introducerea temporară a unui tub în trahee (intubaţie sau traheostomie) pentru a face respiraţia mai uşoară.

Abcesul periamigdalian

Semne şi simptome

- Durere în gât şi în palatul moale
- Durere intensă la înghiţit
- Febră
- Tendinţa de a ţine capul înclinat într-o parte
- Hipersalivaţie
- Dificultate de a deschide gura

Probleme ale corzilor vocale

Cele 2 corzi vocale din laringe produc sunetele prin vibraţie. Muşchii laringelui controlează lungimea, poziţia şi tensiunea corzilor vocale, care transmit vibraţiile coloanei de aer care trece prin laringe. Corzile vocale se pot închide, ceea ce este de folos la împiedicarea intrării alimentelor şi lichidelor în plămâni în timpul înghiţitului. Ca şi alte organe, corzile vocale sunt predispuse la diferite boli.

Polipii corzilor vocale

Polipii sunt mici umflături care se pot dezvolta în mucoasa care acoperă corzile vocale. Pe măsură ce cresc, ei capătă o formă sferică. Polipii se pot întinde pe toată lungimea corzilor vocale sau pot fi localizaţi. Pot să aibă la origine o reacţie alergică cronică sau se pot forma ca rezultat al inhalării de substanţe iritante cum ar fi fumul de ţigară sau emanaţiile industriale.

Polipii pot face ca vocea să capete un caracter de suprapunere peste respiraţii sonore sau strident. Uneori, medicul îi îndepărtează în timpul examinării gâtului cu un laringoscop. Se poate face şi biopsia polipului pentru a se asigura că acesta nu are caracter malign.

Nodulii cântăreţului

Oamenii care îşi folosesc vocea foarte mult, cum ar fi cântăreţii profesionişti, profesorii, funcţionarii din casele de licitaţii şi membrii clerului, sunt predispuşi la formarea de noduli pe corzile vocale. Aceşti noduli sunt rezultatul folosirii excesive a vocii.

Atunci când aveţi această afecţiune, vocea poate să devină răguşită şi să se suprapună peste un şuierat produs de respiraţie. Nodulii diferă de polipii care cresc din epiteliul care acoperă mucoasa şi nu din mucoasă în sine. Deci, ei se aseamănă structural cu o bătătură de pe un deget de la picior sau cu un calus de la o mână.

Repausul corzilor vocale prin evitarea sau minimizarea vorbirii pentru mai multe săptămâni poate duce la scăderea în dimensiuni a nodulilor. Uneori, este nevoie de îndepărtarea lor pe cale chirurgicală. Terapia vocii poate ajuta la eliminarea unor obiceiuri de vorbire care sunt responsabile uneori de formarea nodulilor.

Ulceraţiile de contact

Corzile vocale sunt predispuse la formarea de leziuni numite ulceraţii de contact, care rezultă în urma unor traume ale corzilor vocale. Cauzele cuprind refluxul conţinutului stomacului înapoi în esofag şi în gât (boala de reflux gastro-esofagian), tusea cronică sau introducerea unui tub în gât prin gură sau prin nas (intubare).

Ulceraţiile de contact se dezvoltă în general în regiunea posterioară a corzilor vocale. Simptomele pot include durere la înghiţit sau vorbit, răguşeală şi dureri în urechi. Medicul poate lua o probă (biopsie) din ţesutul ulcerat pentru a se asigura că nu este prezent cancerul. Dacă boala de reflux gastroesofagian este cauza, tratarea acestei afecţiuni ar trebui să favorizeze vindecarea ulceraţiilor.

Leucoplazia

Leucoplazia se caracterizează prin pete albe pe una sau pe ambele corzi vocale. Aceste pete pot fi asociate

Abcesele periamigdaliene sunt complicaţii ale amigdalitei. Se întâlnesc cel mai frecvent la adulţii tineri. Atunci când se infectează o amigdală, se formează o colecţie de puroi (un abces) între amigdală şi ţesuturile moi din jurul ei. Infecţia se poate extinde şi la regiunea moale din spatele cerului gurii (palatul moale), făcând abcesul să acopere o zonă întinsă. Infecţia poate să se extindă şi la gât şi chiar mai departe în jos, în torace.

Diagnostic

Diagnosticul se bazează frecvent pe schimbarea poziţiei unei amigdale inflamate şi pe tumefierea regiunii posterioare a cerului gurii.

Cât de grav este abcesul periamigdalian?

În unele cazuri, tumefierea produsă de un abces periamigdalian poate deveni atât de accentuată încât cerul gurii este împins peste limbă, blocând trecerea aerului şi făcând foarte dificile respiraţia şi înghiţitul.

Tratament

Infecţia se tratează cu antibiotice. Dacă puroiul este prezent şi afecţiunea nu se vindecă rapid, medicul poate drena abcesul pe cale chirurgicală. Deoarece abcesele pot să reapară, medicul vă poate recomanda şi o amigdalectomie în prezenţa abcesului sau la câteva săptămâni după vindecarea infecţiei.

Laringita

Semne şi simptome

- Răguşeală
- Jenă sau durere în gât
- Nevoia permanentă de a vă curăţa gâtul

Laringita este infecţia sau iritarea laringelui, situat deasupra traheei. Atunci când corzile vocale se inflamează sau se irită, ele se umflă, determinând distorsionarea sunetelor produse de trecerea aerului peste ele. Prin urmare, vocea sună răguşit. În unele cazuri, vocea dumneavoastră poate deveni atât de slabă încât nu poate fi auzită.

Laringita poate fi de durată scurtă (acută) sau de durată (cronică). Simptomele şi tratamentul sunt deseori similare.

Laringita acută este, de obicei, produsă de un virus, iar tulburarea tipică dispare fără tratament. Laringita acută rezultă mai rar în urma infecţiilor bacteriene. Oricum, ea apare frecvent în urma altor boli, cum ar fi o răceală obişnuită, o gripă sau o pneumonie.

cu cancerul. Îndată ce se descoperă petele, medicul le poate îndepărta şi examina la microscop pentru a căuta celule canceroase. Leucoplazia este frecvent produsă de fumat.

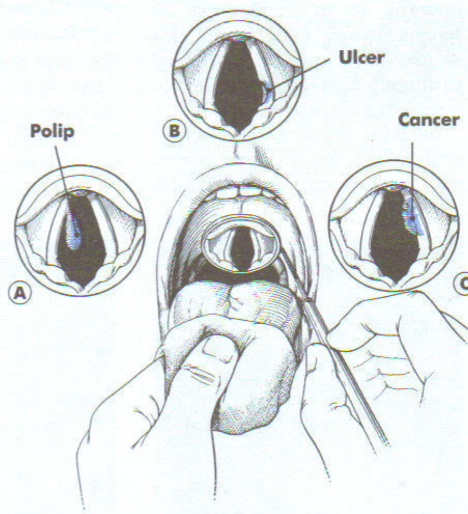
Papilomatoza laringiană

Papilomatoza laringiană este o boală produsă de papilomavirusul uman (HPV). Aceste tumori necanceroase (benigne) cu aspect de negi (papiloame) cresc pe corzile vocale, laringe sau în tractul respirator producând probleme la respirat şi înghiţit. Majoritatea papiloamelor laringiene afectează copiii mici, de obicei înainte de vârsta de 3 ani

Aceste tumori pot să dispară la pubertate. Însă pot fi deranjante. Pot creşte rapid şi în număr mare sau în grupuri, făcând îndepărtarea lor dificilă fără afectarea laringelui. Ele pot să blocheze căile aeriene, provocând dificultăţi grave la respirat. În aceste cazuri, tumorile trebuiesc tratate urgent.

Tratamentul cu laser şi răzuirea cu instrumente electrice au devenit tratamentele de bază. Laserul vaporizează ţesuturile folosind raze de lumină cu intensitate mare. Răzuitoarele folosesc o mică lamă rotativă pentru a îndepărta ţesuturile. Îndepărtarea unui papilom se face cu ajutorul unui microscop pentru a minimiza lezarea ţesuturilor subiacente şi a preveni formarea cicatricelor pe corzile vocale. Alte opţiuni includ chimioterapia sau terapia antivirală. Deoarece papiloamele laringiene reapar frecvent, sunt deseori necesare tratamente repetate.

Alt tratament aflat în studiu poartă numele de terapie fotodinamică. O substanţă de contrast sensibilă la lumină este injectată în circuitul sangvin. Ea se concentrează în tumori şi le distruge atunci când este activată de o lumină intensă cu o anumită lungime de undă.



În laringoscopia indirectă este folosită o mică oglindă cu braţ îndoit, care oferă o imagine a corzilor vocale: (A) Un polip al corzii vocale. (B) O ulceraţie de contact. (C) Cancer de coardă vocală.

Vorbirea după laringectomie

Dacă laringele dumneavoastră a fost extirpat pe cale chirurgicală, trebuie să învățați din nou să vorbiți.

După extirparea laringelui (laringectomie), nu mai puteți să respirați pe nas și gură. Însă, puteți respira printr-o deschidere în regiunea anterioară a gâtului, numită traheostomă. Această deschidere este creată prin traheotomie.

Această schimbare în modul în care respirați vă afectează capacitatea de a vorbi. Încă mai este posibil să vorbiți, însă vocea nu va mai suna la fel ca înainte.

Laringele artificial

Folosirea unui laringe artificial este una dintre metodele de comunicare vocală după o laringectomie. Aceste dispozitive produc un sunet care se poate transmite spre gâtul sau gura dumneavoastră. Ele sunt deseori folosite la scurt timp după operație și în combinație cu terapia vorbirii. Unii oameni aleg să folosească un faringe artificial ca singură metodă de comunicare vocală după laringectomie.

Modelul consacrat de faringe artificial este un dispozitiv pentru gât. Capătul acestui aparat vibrator alimentat cu baterii se ține apăsat pe gât. Vibrațiile pătrund țesuturile gâtului și rezonează în gât și în gură, unde le puteți converti în vorbire prin folosirea limbii, dinților, buzelor și cerului gurii.

Vorbirea esofagiană

După o laringectomie, unii oameni învață să vorbească din nou printr-o tehnică numită vorbire esofagiană. Aerul este lăsat să intre în esofag sau pompat înăuntru cu ajutorul limbii, și apoi expulzat imediat. Pereții esofagului vibrează, făcând un zgomot de frecvență joasă similar cu o eructație. Acest sunet este modelat în cuvinte prin folosirea limbii, dinților, buzelor și cerului gurii.

Cu antrenament și multe exerciții, unii oameni devin vorbitori esofagieni excelenți. Alții sunt incapabili să producă și cel mai mic sunet deoarece operația sau alte proceduri au schimbat esofagul în așa manieră încât nu poate să vibreze.

Puncția traheoesofagiană și protezarea vocii

Cea mai des întâlnită metodă de comunicare vocală în urma unei laringectomii este proteza vocală. Acest dispozitiv în esență oferă o punte între trahee și esofag. Fie în cursul laringectomiei, fie mai târziu, chirurgul poate să facă un mic orificiu în peretele posterior al traheei și în peretele anterior al esofagului (puncție traheoesofagiană). După ce vă vindecați, un logoped așază un mic tub de silicon (proteză vocală) în acest orificiu.

Puteți să produceți sunete vocale expirând și punându-vă un deget pe orificiul din trahee (traheostomă). Aerul trece din plămâni prin proteza vocală către esofag, care vibrează pentru a produce sunete cu caracter vocal. Proteza trebuie curățată zilnic și înlocuită periodic.

O valvă poate fi uneori amplasată peste orificiu (stomă), permițându-vă să vorbiți fără a vă folosi vreun deget. Nu toți oamenii care au suferit laringectomii pot fi candidați pentru acest tip de dispozitiv.

Transplantul de laringe

Primul transplant uman de laringe care a avut succes a fost făcut în anul 1998. În prezent se fac teste clinice pentru a determina dacă transplantul de laringe este o opțiune fezabilă pentru restituirea vocii la acei oameni care sunt sănătoși în rest, dar și-au pierdut vocea datorită unor afecțiuni necanceroase (benigne). Sunt necesare mai multe cercetări pentru oamenii care au fost diagnosticați cu cancer.



Pentru a putea vorbi, laringele artificial este ținut în contact cu gâtul. Acesta este frecvent folosit la scurt timp după laringectomie.

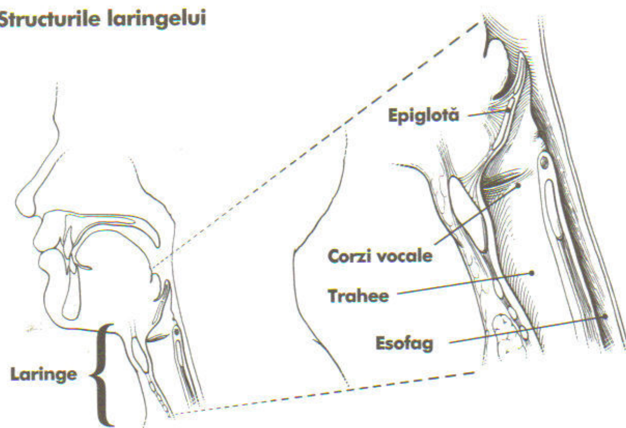


O proteză de voce este amplasată peste un orificiu (stomă) practicat în gât. Pentru a vorbi, persoana trage aer în piept, acoperă stoma cu un deget și apoi expiră și face mișcări de vorbire.



Acest tip de proteză vocală oferă vorbirea fără folosirea mâinilor după o laringectomie.

Structurile laringelui



Cauzele frecvente ale laringitei cronice cuprind iritația constantă datorată abuzului de alcool, fumatul intensiv sau bolii de reflux gastroesofagian (vezi pag. 850).

Iritațiile ca în cazul vorbitului sau cântatului excesiv, alergiile sau inhalarea de substanțe iritante, cum ar fi fumul tutun sau substanțele chimice, pot și ele să provoace răgușeală și pierderea vocii.

Diagnostic

Cel mai important semn al laringitei este răgușeala. Schimbările de voce pot să varieze în funcție de gravitatea infecției sau iritației, variind de la răgușeală ușoară la pierderea aproape completă a vocii. Puteți simți un gâdilat sau o jenă în gât și nevoia imperioasă de a vă curăța gâtul. Dacă laringita persistă peste 5 - 7 zile sau dacă mai aveți și alte simptome, consultați medicul.

Cât de gravă este laringita?

Pentru majoritatea oamenilor, laringita este un inconvenient temporar care fie se rezolvă de la sine, fie dispare în urma tratamentului.

Tratament

Tratamentul depinde de tipul de laringită de care suferiți. Dacă aveți laringită bacteriană, medicul vă poate prescrie antibiotice. Semnele și simptomele ar trebui să dispară la scurt timp după ce luați medicamentul.

Pentru laringita produsă de un virus sau de un iritant inhalator, cel mai bun tratament este să vă odihniți vocea cât de mult posibil, să evitați să vă curățați gâtul și în cazul în care este incriminat un iritant inhalator, evitați-l. Ar putea să fie de ajutor și inhalarea de abur dintr-un castron cu apă fierbinte, ibric de ceai sau de la un duș fierbinte.

Consumarea de lichide calde fără cofeină ajută la menținerea umidității gâtului. Un umidificator poate fi de ajutor la umezirea aerului, dar dacă folosiți unul, asigurați-vă că urmați instrucțiunile de curățare oferite de fabricant pentru a preveni acumularea de bacterii.

Pentru a trata laringita cronică, trebuie să anihilați cauza. Dacă fumați, opriți-vă. Dacă abuzul de alcool este responsabil, trebuie să nu mai beți.

Cancerul laringian

Semne și simptome

- Răgușeală
- Înghițire dificilă datorită durerii
- Umflarea gâtului

Majoritatea cancerelor apar ca tumori pe corzile vocale sau pe, ori în jurul laringelui. Alte forme de cancer în gât pot produce durere și dificultăți la înghițire. Ele pot și să provoace o umflare masivă a gâtului.

Dacă fumați țigări, trabucuri sau pipă, sau dacă beți mari cantități de alcool, sunteți supus unui risc mai mare de a face cancer laringian.

Bărbații sunt de 10 ori mai expuși la acest tip de cancer decât femeile. Acesta apare de obicei în jurul vârstei de 60 de ani.

Diagnostic

Atunci când răgușeala nu are vreo cauză evidentă și durează mai mult de 2 săptămâni, consultați medicul fără întârziere. Dacă aveți dificultăți sau dureri la înghițit timp de mai multe săptămâni sau dacă observați o tumefacție la gât, consultați medicul.

Acesta vă poate trimite la un specialist ORL, care vă va face o laringoscopie. Există 2 tipuri de laringoscopii:

Laringoscopia indirectă

Aceasta presupune vizualizarea laringelui cu ajutorul unei oglinzi; este o procedură simplă ce poate fi făcută în cabinetul medicului. Veți fi rugat să vă deschideți gura. Limba va fi trasă în afară cu blândețe pentru a elibera căile aeriene. Un anestezic local este pulverizat spre regiunea posterioară a gâtului și a vălului palatin, în special dacă aveți un reflex de vomă puternic. Apoi, medicul așază o oglindă în zona posterioară a gâtului. În timp ce spuneți „AAAA" sau „EEEE", laringele dumneavoastră se va ridica și medicul îi va putea vedea în oglindă interiorul, inclusiv corzile vocale. Majoritatea tumorilor și alte anomalii pot fi văzute în oglindă.

Laringoscopia directă

Pentru aceasta, medicul vă introduce prin nas un instrument cu fibră optică mic și flexibil pentru a vă vedea gâtul și regiunea laringelui. Laringoscopia directă chirurgicală este o procedură mai complicată, care permite o inspectare mai completă a laringelui. De obicei necesită anestezie generală. În timpul unei laringoscopii directe, medic poate lua și o mostră pentru biopsie.

Cât de grav este cancerul de laringe?

Majoritatea acestor cancere pot fi tratate cu succes dacă sunt descoperite devreme. Dacă simptomele sunt ignorate, cancerul se poate răspândi la alte regiuni ale gâtului şi mai departe.

Tratament

Cancerul laringian se tratează în mai multe moduri. Poate fi distrus prin terapie cu radiaţii sau tumora poate fi scoasă pe cale chirurgicală. Chirurgul poate îndepărta tumora fără să extirpe laringele. Totuşi, tumorile mai avansate ar putea să necesite scoaterea laringelui, o procedură cunoscută sub numele de laringectomie. Unele tumori avansate pot să fie tratate şi cu radiaţii, uneori în combinaţie cu chimioterapia. Împreună cu medicul veţi decide care este cel mai potrivit mod de tratament.

Dacă vi se face o laringectomie, o proteză vă va ajuta să vorbiţi sau puteţi lucra cu un logoped pentru a învăţa o nouă metodă de a vorbi. ■

CAPITOLUL **25** PARTEA a V-a

Dinţii şi cavitatea bucală



Puţine dintre organe joacă atât de multe roluri în viaţa de zi cu zi, cum face cavitatea bucală – gura şi dinţii dumneavoastră. Multe dintre cele mai importante acte de exprimare, cum ar fi vorbirea, cântatul şi banalul zâmbit, utilizează dinţii pentru a da formă sunetelor pe care le emiteţi şi ajută la conturarea prezenţei dumneavoastră. Gura şi dinţii sunt responsabili şi de prima fază a procesului de digestie.

Dinţii par a putea genera numai probleme secundare de sănătate, însă afecţiunile dentare şi orale vă pot afecta multe aspecte importante ale vieţii.

Dezvoltarea dinţilor

Majoritatea bebeluşilor se nasc fără dinţi sau doar aşa pare să fie. De fapt, creşterea dinţilor este deja foarte avansată în luna a treia de sarcină, şi până în luna a patra, smalţul şi dentina, ţesuturile dure ale dinţilor de lapte, încep să se formeze.

Primii dinţi erup în jurul vârstei de 6 luni. Momentul când apar aceşti primi dinţi poate să varieze în limite largi de la copil la copil, însă la majoritatea copiilor, dinţii erup până la vârsta de 1 an.

În general, primii dinţi care ies sunt cei din faţă (incisivii) de pe arcada inferioară, urmaţi de dinţii din faţă de pe arcada superioară. Următorii apar primii molari, urmaţi de canini. Ultimii care apar sunt a doua pereche de molari. Majoritatea copiilor au un set complet de dinţi de lapte până la vârsta de 3 ani.

Copiii au 20 de dinţi de lapte. Fiecare dinte de lapte este de regulă schimbat de către un dinte permanent, incisiv pentru incisiv, canin pentru canin şi premolar pentru molar. Primii molari permanenţi erup în spatele molarilor de lapte.

Procesul de cădere a dinţilor de lapte pentru a fi înlocuiţi de dinţii permanenţi continuă de obicei pe parcursul anilor de şcoală elementară. În jurul vârstei de 14 ani, de regulă există 28 de dinţi permanenţi. Ultimii 4 molari, măselele de minte, de obicei apar la începutul vârstei adulte, pentru a completa formula de 32 de dinţi.

Dinţii permanenţi sunt împărţiţi în mod egal între arcada superioară şi cea inferioară. Începând din regiunea medială şi mergând către cea posterioară, aceştia sunt 8 incisivi (4 pentru fiecare arcadă), 4 canini, 8 premolari şi 12 molari.

Structura dintelui

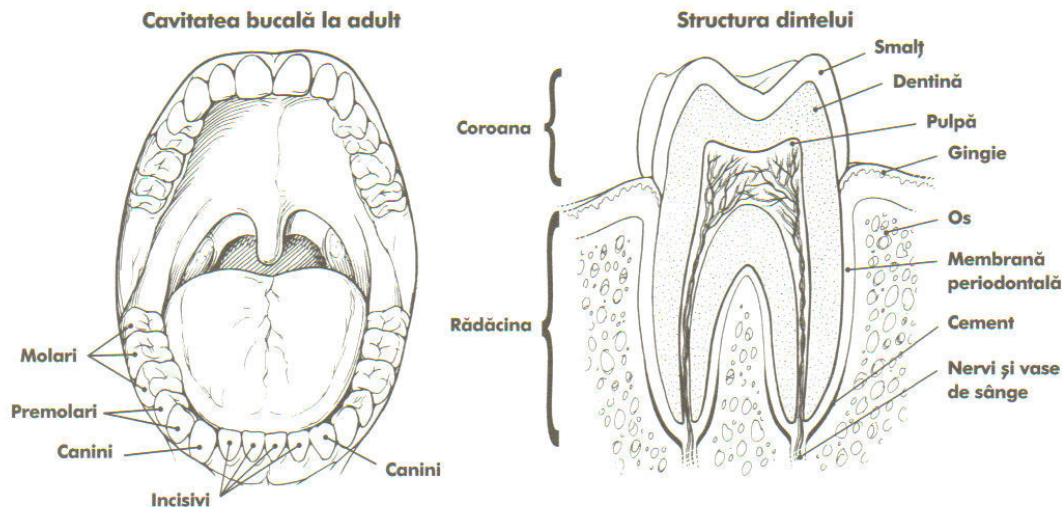
Structura de bază a fiecărui dinte este în esenţă aceeaşi. În centrul dintelui se află camera pulpară şi pulpa dentară.

Pulpa dentară conţine nervii şi vasele de sânge care hrănesc dintele. Acestea intră în interiorul dintelui prin vârfurile rădăcinilor.

Pulpa este acoperită de dentină dură, cea mai bine reprezentată porţiune a dintelui. Dentina, compusă din milioane de mici celule aranjate după un model tubular, este sensibilă la atingere şi la variaţii de temperatură.

Partea dinţilor care este vizibilă, coroana, se întinde începând imediat de sub gingie până la capătul dintelui. Este acoperită cu smalţ, care este cea mai dură structură a dintelui, şi are rol de protecţie. Nu poate percepe nici o senzaţie şi nu se poate vindeca după lezare.

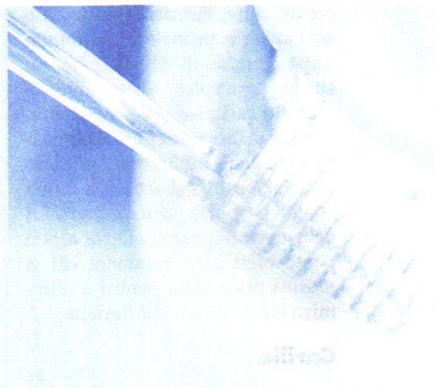
Rădăcina, partea dintelui care se găseşte sub nivelul gingiei, este acoperită cu cement, care este mai dur ca osul, însă nu mai dur ca smalţul. Acest ţesut conjunctiv rigid se ataşează de ligamentele periodontale, care ţin dintele în lăcaşul lui.



Calmarea unei dureri dentare

La majoritatea copiilor şi adulţilor, caria dentară este cea mai frecventă cauză a durerilor dentare. Primul semn al cariei poate fi o senzaţie de durere atunci când mâncaţi ceva dulce, rece sau fierbinte. Până în momentul în care puteţi vizita un stomatolog, încercaţi să aplicaţi aceste sfaturi de autoîngrijire:

- periaţi-vă dinţii şi curăţaţi-i cu aţa dentară pentru a îndepărta orice particule de alimente din jurul şi dintre dinţi. Ar fi indicat să folosiţi apă călduţă pentru a vă spăla pe dinţi;
- evitaţi alimentele şi temperaturile care declanşează durerea;
- luaţi un analgezic care se eliberează fără prescripţie, cum ar fi acetaminofen (Tylenol), ibuprofen (Advil, Motrin) sau aspirină. Încercaţi şi un anestezic care se eliberează fără prescripţie, ce conţine benzocaină (Anbesol, Orajel) sau uleiuri aromatice. Aceste preparate se pot găsi la majoritatea farmaciilor.



Caria dentară

Caria dentară este o boală bacteriană a dinţilor, fiind una dintre cele mai frecvente afecţiuni care tulbură sănătatea. Caria dentară afectează copiii şi adulţii tineri în majoritatea cazurilor, deşi rămâne o problemă pentru majoritatea persoanelor.

Caria este cea mai frecventă cauză a pierderii dinţilor. Aproape 1/2 dintre toţi copiii americani au o carie dentară până la vârsta de 4 ani şi mulţi dintre ei chiar şi mai devreme, în ciuda progreselor apreciabile ale prevenirii cariei prin controalele stomatologice repetate, folosirea pastelor de dinţi cu fluor şi îmbunătăţirea igienei orale (vezi cap. 7, „Îngrijirea dinţilor").

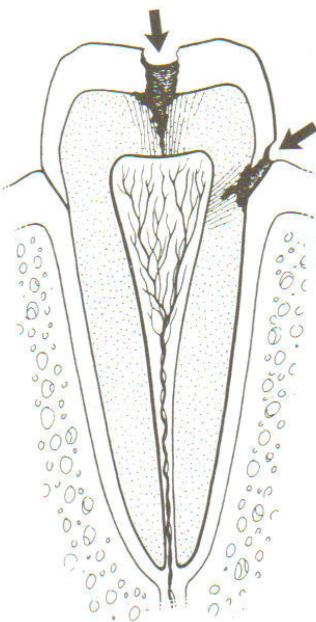
Cu zeci de ani în urmă, puţini oameni mai aveau dinţi după vârsta medie. Îngrijirea avansată a dinţilor şi evoluţia stomatologiei fac în prezent posibil ca majoritatea oamenilor să îşi păstreze dinţii mult mai mult timp.

Oricum, astfel a apărut altă problemă, numită caria dentară a rădăcinii. Această carie se localizează la baza dintelui. Un program de îngrijire corectă a dinţilor care se desfăşoară pe tot parcursul vieţii, de nutriţie preventivă şi de igienă orală bună poate ajuta la prevenirea cariilor de rădăcină.

Formarea cariei

Caria dentară este rezultatul a 3 factori care interacţionează: dezvoltarea bacteriană, acţiunea zahărului din alimentaţie şi suprafaţa vulnerabilă a dinţilor.

Cavitatea bucală, ca şi multe alte părţi ale corpului dumneavoastră, este gazdă pentru bacterii. Aceste bacterii convertesc o parte din zaharurile şi carbohidraţii din alimente în acizi. Bacteriile şi acizii pe care îi formează devin o parte a depozitului lipicios – numit placă dentară – care se lipeşte de suprafaţa dinţilor. În afară de bacterii, placa dentară este compusă şi din salivă şi particule de alimente.



Cariile dentare (vezi săgeţile) sunt cauze comune ale durerilor dentare şi ale pierderii dinţilor.

Puteţi simţi placa dentară atunci când treceţi limba pe suprafaţa dinţilor la mai multe ore după ce v-aţi spălat pe dinţi. Textura este uşor rugoasă şi este observabilă în mod special pe suprafaţa posterioară a dinţilor. Placa dentară aderă cel mai puternic în zonele cu adâncituri şi şanţuri (fisuri) ale premolarilor şi molarilor, în zonele aflate imediat deasupra liniei gingiei, între dinţi şi la marginile plombelor.

Acidul care produce cariile ce se formează în placa dentară atacă mineralele de pe suprafaţa externă a smalţului. Eroziunea produsă de placa dentară duce la formarea de mici deschideri (carii) în smalţ, pe care s-ar putea să nu le observaţi iniţial. Primul semn al cariei poate fi o senzaţie de durere atunci când mâncaţi ceva dulce, foarte rece sau fierbinte.

O dată smalţul penetrat, dentina subiacentă mai moale devine vulnerabilă. Dentina conţine mici canale care duc la pulpa dentară.

Dacă bacteriile ajung la pulpa sensibilă, aceasta se inflamează. Vasele de sânge din interiorul pulpei se tumefiază şi, deoarece nu există spaţiu liber pentru expansiunea lor în dintele rigid, simţiţi durere.

În plus, organismul trimite leucocite pentru a contracara invazia bacteriană în ţesuturile înconjurătoare. Acest tip de infecţie bacteriană poate avea ca rezultat apariţia abcesului dentar.

Caria dentară se dezvoltă în timp, deseori în 1 - 2 ani la dinţii permanenţi, însă mai puţin pentru

cei de lapte. Formarea iniţială de acid apare în primele 20 de minute după ce mâncaţi. Din fericire, nu sunteţi complet vulnerabil la efectele acizilor şi bacteriilor. Chimia şi mecanica gurii dumneavoastră oferă un oarecare grad de protecţie: saliva şi acţiunile limbii spală o parte din materialul distructiv. Stomatologia de astăzi poate oferi atât tratament cât şi măsuri preventive pentru a minimiza efectele cariei bacteriene.

Cariile

Semne şi simptome

- Durere uşoară sau puternică atunci când mâncaţi sau beţi ceva dulce, rece sau fierbinte
- Durere dentară

Majoritatea cariilor sunt descoperite în timpul unui examen stomatologic. Depistarea şi tratarea timpurie a cariilor pot duce la evitarea apariţiei durerii, la diminuarea cheltuielilor şi, cel mai important, la salvarea dinţilor. Cu cât este depistată mai devreme o carie, cu atât veţi avea mai puţine dureri, deoarece structurile de la exteriorul dintelui, smalţul şi dentina, sunt mult mai puţin sensibile la durere decât pulpa.

Diagnostic

Stomatologul caută semne de carie folosind o mică oglindă. O altă modalitate de detectare a cariilor este radiografia, care oferă stomatologului informaţii despre dinţi şi despre osul şi gingia care îi înconjoară.

Stomatologul poate descoperi o carie chiar dacă nu aţi avut nici un fel de simptome. Primele stadii ale cariei dentare sunt deseori lipsite de dureri. Alteori, s-ar putea să simţiţi dureri uşoare atunci când mâncaţi ceva dulce, rece sau fierbinte. Dacă simţiţi o durere intensă atunci când consumaţi astfel de alimente, s-ar putea să aveţi o carie mai avansată.

Tratament

Chiar dacă aveţi un dinte grav afectat de o carie, el are şanse mari să fie salvat prin proceduri cum ar fi plombarea dintelui (procedură de restaurare), înlocuirea coroanei şi extracţia de nerv. Înainte de practicarea unei asemenea proceduri, de obicei se injectează un anestezic local în gingia învecinată pentru a amorţi nervul şi a preveni durerea.

Unii stomatologi folosesc oxid de azot – numit şi gaz ilariant – pentru a diminua disconfortul şi teama. Dacă luaţi vreun medicament, spuneţi-i acest lucru stomatologului înainte de a accepta vreun anestezic deoarece anumite medicamente şi anestezice luate împreună pot produce reacţii adverse.

Plombele

Procesul de formare a cariei poate fi de obicei oprit prin îndepărtarea porţiunii de dinte afectat şi prin înlocuirea ei cu o plombă. Uneori, atunci când caria este de dimensiuni mari, se introduce o plombă temporară pentru a-i permite stomatologului să observe răspunsul şi gradul de sensibilitate ale dintelui aflat sub tratament. După mai multe săptămâni, dacă nu aţi avut nici un semn sau simptom advers, stomatologul dumneavoastră îndepărtează plomba şi o înlocuieşte cu una permanentă.

Tipul de plombă folosită depinde de poziţia şi de funcţia dintelui. Molarii, care sunt cei mai implicaţi în mestecat, sunt cei mai supuşi la stres şi necesită pentru reparaţii materiale mai durabile decât dinţii din faţă (anteriori). Dacă este posibil, o plombă la un dinte din faţă ar trebui să aibă aceeaşi culoare cu dintele. Acest aspect nu este la fel de important în cazul dinţilor din spate.

Cel mai frecvent folosit material pentru repararea dinţilor este amalgamul cu argint, care se foloseşte la dinţii din spate. Adăugarea de cupru la amestec face ca plombele din amalgam cu argint să fie mult mai durabile. Suprafaţa acoperită cu aur, o reparaţie ceva mai scumpă, se foloseşte uneori în locul amalgamului, acolo unde este nevoie de mai multă rezistenţă şi de o susţinere mai trainică.

Plombele la dinţii din faţă trebuie să fie pe cât se poate de „invizibile". Silicatul, o formă de ciment de porţelan care seamănă cu smalţul dinţilor, era în trecut alegerea standard.

În prezent, răşinile compozite sunt folosite în mod obişnuit pentru dinţii din faţă – şi uneori la dinţii din spate în cazul în care caria este de dimensiuni reduse şi zona nu este folosită intens la mestecat. Materialele compozite, care pot fi colorate pentru a căpăta nuanţa dinţilor, sunt alcătuite din răşini de plastic şi o umplutură de particule fine cu aspect sticlos.

Ocazional, se foloseşte o folie de aur ca material pentru repararea cariilor mici ale dinţilor din faţă. Această soluţie este mai scumpă decât folosirea plombelor albe, însă este mai durabilă.

> **?** **Întrebare şi răspuns**
>
> **Plombele cu argint sunt inofensive?**
>
> Conform Asociaţiei Stomatologilor Americani, plombele cu amalgam de argint sunt inofensive şi nu au fost asociate cu vreo boală. În situaţii rare, o persoană poate să fie alergică la mercurul folosit la plombele cu amalgam. Semnele sunt de obicei prurit pe faţă şi în jurul gurii, similar celui întâlnit în alte tipuri de alergii. Persoanele alergice la amalgam au deseori un istoric familial cu alergii la metale.

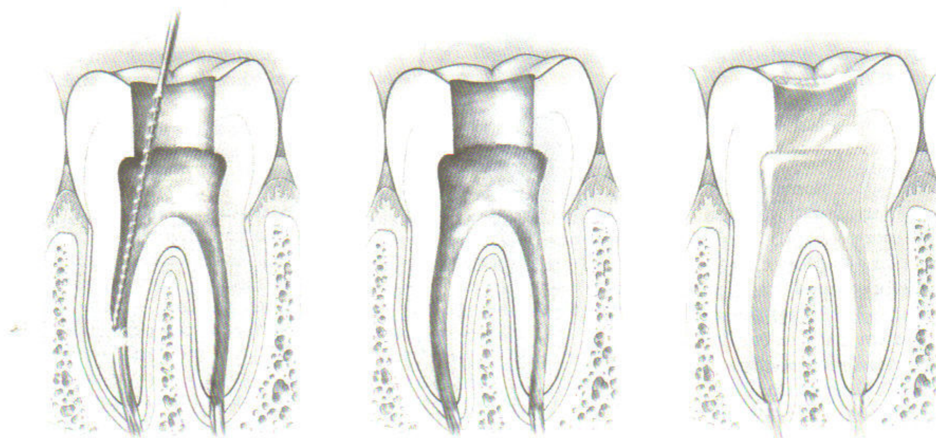
Coroanele

Dacă dintele este prea cariat ca să suporte mai multe plombe mici sau una mai mare fără să existe riscul de a se rupe, stomatologul poate curăţa caria şi poate pregăti dintele pentru o coroană. Coroana poate fi confecţionată din porţelan, metal sau o combinaţie din aceste materiale.

Se face un mulaj al dintelui ce va oferi un model pentru coroană, care va fi confecţionată într-un laborator de tehnică dentară. Apoi, coroana va fi montată pe dinte, retuşată şi în final cimentată la locul ei peste ceea ce a mai rămas din dinte.

Pulpectomia

În cazul în care aveţi un dinte care este grav infectat sau este foarte expus riscului de infecţie, stomatologul poate face o pulpectomie.



În cadrul unei extracţii de nerv, se practică un orificiu în pulpa dentară (stânga) şi se extrag nervii şi vasele de sânge (centru). Canalele din rădăcinile dintelui sunt apoi curăţate, lărgite, dezinfectate şi plombate (dreapta).

Aceasta presupune îndepărtarea nervului şi a pulpei dentare, precum şi orice alt material asociat cariat, de la canalul rădăcinii dintelui şi până în camera pulpei.

În cadrul acestei proceduri care presupune mai multe etape, pulpa este îndepărtată şi cavitatea care se creează astfel este dezinfectată şi umplută cu un material inert (gutapercă) şi cu un material cu rol de acoperire. O dată finalizată această procedură, structura care rămâne din dinte este tratată prin plombare sau prin aplicarea unei coroane.

Pivoţii şi pulpa artificială

Uneori, atunci când un dinte este fracturat sau grav afectat, este posibil să fie nevoie de reconstrucţia lui, ulterior unei pulpectomii. În cadrul acestei proceduri, un pivot şi o pulpă artificială – un material de umplere – sunt cimentate pe dinte înaintea aplicării unei coroane.

Abcesele dentare

Semne şi simptome

- Durere persistentă sau pulsatilă la un dinte
- Sensibilitate la alimente sau băuturi dulci, fierbinţi sau reci
- Durere în timpul mestecatului
- Ganglioni limfatici tumefiaţi în regiunea gâtului
- O regiune tumefiată în zona gurii, feţei sau gâtului
- Febră şi stare generală de rău

Atunci când caria dentară nu este tratată prompt şi adecvat, poate duce la formarea unui abces dentar. Abcesul apare atunci când bacteriile infectează pulpa unui dinte, determinând inflamarea şi tumefierea ei. Vasele de sânge din pulpa dentară se dilată apasă pe nervii din zonă, producând durere.

Infecţia se poate răspândi la rădăcină şi în ţesutul osos înconjurător, şi poate face dintele să se mişte. În ciuda eforturilor organismului de a lupta cu infecţia, aceasta poate invada pulpa dentară, distrugând nervul şi vasele de sânge. Durerea poate să dispară, însă infecţia rămâne. Materialul de descompunere rezultat (puroiul) în urma procesului infecţios poate produce erodarea maxilarului, formând un canal cu o umflătură sau un o ulceraţie la suprafaţa gingiei.

Diagnostic

Dacă aveţi o durere pulsatilă persistentă la un dinte, durere la mestecat sau sensibilitate la alimente sau lichide dulci, fierbinţi sau reci, s-ar putea să aveţi un abces dentar. Puteţi prezenta o febră uşoară, ganglioni limfatici tumefiaţi în regiunea gâtului şi o stare generală proastă.

O tumefiere care se formează pe gingie, lângă dintele dureros poate să erupă la un moment dat, eliberând în gură un lichid urât

Specialiştii stomatologi

La fel ca şi domeniul medical, şi stomatologia are mai multe specialităţi. Stomatologii generalişti pot avea calificări în diferite specialităţi, însă pentru anumite probleme aflate în afara competenţei lor, puteţi alege un specialist. Aceştia sunt:

- *Stomatolog pediatru* - tratează copiii de la naştere până în adolescenţă.
- *Ortodontist* - diagnostichează şi tratează anomaliile dentare de aliniere şi defectele de ocluzie.
- *Endodontist* - diagnostichează şi tratează afecţiunile şi leziunile pulpei dentare şi ale ţesuturilor înconjurătoare.
- *Parodontist* - diagnostichează şi tratează bolile ţesuturilor – gingie şi os – care înconjoară şi susţin dinţii.
- *Chirurg buco-maxilo-facial* – face extracţii dentare, diagnostichează şi tratează traumatismele, bolile şi defectele maxilarelor, feţei şi cavităţii bucale.
- *Prostodontist* – se ocupă de stomatologie restaurativă.

mirositor şi cu gust neplăcut. În acelaşi timp, durerea poate să se calmeze. Dacă aveţi unul dintre aceste semne şi simptome, consultaţi stomatologul.

Tratament

Înainte să consultaţi stomatologul, puteţi să vă amelioraţi durerea luând acetaminofen (Tylenol), ibuprofen (Advil, Motrin) sau aspirină. Clătirea gurii cu apă călduţă cu sare – 1/2 linguriţă sare dizolvată într-un păhărel cu apă caldă – din oră în oră poate şi ea să fie de ajutor la calmarea durerii.

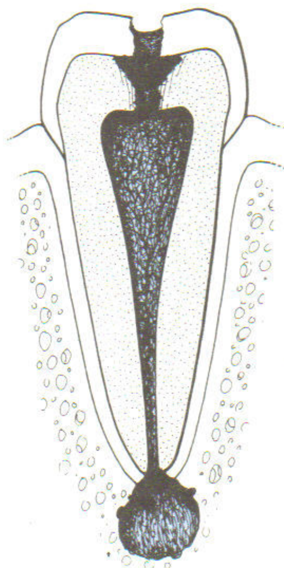
Stomatologul vă poate prescrie un antibiotic pentru a înlătura infecţia şi pentru a preîntâmpina răspândirea ei şi analgezice.

Într-un anumit stadiu, singurul tratament pentru un dinte cu abces este extracţia, care în anumite condiţii, este absolut necesară. Totuşi, stomatologii pot în prezent să salveze un dinte cu abces făcând o pulpectomie. Stomatologul vă face o anestezie locală şi apoi poate practica un orificiu în pulpa dintelui. Această manevră elimină presiunea. Pulpa dentară poate fi apoi curăţată, cavitatea rămasă – dezinfectată şi umplută cu un material inert.

Apoi, stomatologul poate să pună în dinte un pansament temporar. O plombă permanentă poate fi pusă numai după ce s-a vindecat infecţia. Stomatologul va dori cel mai probabil să vă revadă după câteva luni de zile, perioadă în care se pot face radiografii dentare pentru a determina dacă gingia şi ţesutul osos se vindecă în urma abcesului.

Dacă ţesuturile par a fi sănătoase, tratamentul este finalizat. Dacă infecţia persistă, este nevoie de tratament în continuare şi stomatologul vă poate trimite la un specialist care poate practica o procedură chirurgicală pentru a îndepărta ţesuturile bolnave, uneori cu tot cu o mică porţiune a vârfului rădăcinii.

Dacă tumefacţia persistă după ce un dinte cu abces a primit tratament, stomatologul poate lua probe speciale pentru culturi bacteriene sau să vă schimbe medicaţia datorită rezistenţei bacteriene sau prezenţei de bacterii neobişnuite.



Abcesul dentar apare atunci când bacteriile intră printr-o zonă cariată şi se răspândesc spre interior, infectând pulpa, rădăcina şi chiar osul din jurul dintelui.

Prevenirea cariilor

Un plan de succes pentru prevenirea cariei presupune luarea a 3 măsuri: o bună îngrijire a dinţilor, adoptarea unei diete corecte şi, în cazul copiilor, aplicarea de fluor şi de răşini protectoare pe suprafaţa dinţilor.

Îngrijirea dinţilor

Îngrijirea dinţilor include periajul şi curăţarea atentă cu ajutorul aţei dentare în fiecare zi, şi vizitarea regulată a stomatologului. În condiţii ideale, toată lumea ar trebui să-şi perie dinţii după fiecare masă şi gustare. Un ţel mai realist este să ne spălăm pe dinţi cel puţin de 2 ori pe zi – dimineaţa şi înainte de a merge la culcare – şi să ne curăţăm dinţii cu ajutorul aţei dentare cel puţin o dată pe zi (vedeţi cap. 7, „Îngrijirea dinţilor").

Cheia pentru formarea unor bune obiceiuri de îngrijire a danturii pentru tot timpul vieţii este de a începe la o vârstă cât mai mică. Învăţaţi-vă copiii ritualul spălării pe dinţi chiar înainte de a avea dentiţia completă. În acelaşi scop, stomatologul sau igienistul copilului dumneavoastră îi pot arăta metodele corecte de curăţat dinţii cu ajutorul aţei dentare.

Dieta

Concepţia că zahărul contribuie la formarea cariilor dentare nu este nouă. Însă există dovezi că toţi carbohidraţii fermentabili – şi nu numai zahărul – din alimente favorizează caria dentară. Carbohidraţii fermentabili includ toate zaharurile şi majoritatea amidonului din mâncărurile gătite, inclusiv pâinea, biscuiţii şi chipsurile.

Deoarece carbohidraţii sunt o componentă importantă a dietei sănătoase, nu trebuie să îi reduceţi. Şi a avea grijă de dantura dumneavoastră nu înseamnă că nu puteţi consuma îngheţată, prăjituri, plăcinte sau bomboane. Cantitatea de dulciuri pe care o mâncaţi este mai puţin importantă decât modul în care o consumaţi. Dulciurile mâncate între mese fac mai mult rău decât acelea consumate în timpul unei mese principale.

Încercaţi să includeţi următoarele strategii în obiceiurile culinare ale dumneavoastră şi ale copiilor dumneavoastră:

- *Evitaţi alimentele greu de mestecat, lipicioase, cu mult zahăr, în special sub formă de gustări.* Alimente ca bomboanele, miezul de nucă acoperit cu o peliculă dulce, cerealele uscate, batoanele de pâine, stafidele şi fructele uscate se lipesc de dinţi. După ce le consumaţi, spălaţi-vă pe dinţi în următoarele 20 de minute. Producerea de acid de către bacterii care favorizează caria dentară este cea mai intensă după această perioadă. Dacă nu puteţi să vă spălaţi pe dinţi, clătiţi-vă gura cu apă.
- *Alegeţi cu grijă gustările.* Consumul de gustări care determină carierea dinţilor este mai periculos decât consumul aceloraşi alimente în timpul meselor. Ronţăitul acestor alimente toată ziua permite bacteriilor să producă o rezervă constantă de acid pe suprafaţa dinţilor. Nu sorbiţi constant din băuturi care conţin zahăr, nu mestecaţi gumă cu zahăr şi nu consumaţi dropsuri, bomboane pentru odorizarea

respirației sau pentru tuse care conțin zahăr. Dacă obișnuiți să mestecați gumă sau să consumați dropsuri, alegeți-le pe cele fără zahăr. Produsele fără zahăr conțin în general xilitol sau aspartam, care pot fi de ajutor la reducerea cantității de bacterii producătoare de carii. Unele produse au și un agent de remineralizare care adaugă calciu și fosfați la compoziția dinților.

- *Nu dați bebelușilor un biberon cu lapte sau cu suc înainte de culcare.* Chiar și bebelușii au risc de a face carii, iar laptele și sucurile conțin zahăr. Dacă bebelușul se liniștește numai după ce consumă ceva, dați-i un biberon cu apă. Nu dați copilului biberonul în timp ce stă culcat deoarece aceasta poate duce la blocarea trompelor lui Eustachio și poate crește riscul de apariție a infecțiilor otice.

Fluorurile

Oamenii care locuiesc în regiuni unde rețeaua publică de alimentare cu apă conține în mod natural o cantitate optimă de fluoruri aproape că nu au carii dentare. Un conținut prea mare de fluoruri, totuși, poate să provoace apariția de pete maronii pe dinți.

Fluorurile sunt utile în mod special atunci când sunt ingerate de copiii ai căror dinți sunt în creștere. Fluorul este încorporat în structura smalțului și oferă o protecție continuă.

Multe comunități din SUA adaugă mici cantități de fluoruri în rezervele lor de apă deoarece apa nu are o cantitate suficientă de fluor. Această măsură este și eficientă din punct de vedere al costurilor și sigură.

Nu există dovezi că fluorurile, fie ele adăugate la rezervele de apă, fie existente în mod natural, ar reprezenta vreun risc pentru sănătate. Dacă rezerva municipală de apă nu este fluorinată sau dacă beți mai mult apă îmbuteliată sau filtrată, întrebați stomatologul despre soluțiile, pastele de dinți sau tabletele cu supliment de fluor care pot fi eliberate cu prescripție medicală.

Copiii, adolescenții și vârstnicii sunt mai susceptibili de a face carii dentare. Pentru aceste grupe de vârstă, aplicarea locală de fluor, inclusiv pasta de dinți, este benefică. Clătirea gurii cu fluoruri pot fi și ea de folos. Mulți stomatologi tratează dinții copiilor cu o soluție de fluor ca parte a controalelor regulate.

Fluorul este cel mai eficient în prevenirea cariilor pe suprafețele netezi ale dinților, care nu participă la masticație. Prin urmare, majoritatea cariilor apar pe suprafețele implicate în procesul de masticație. Motivul este că aceste suprafețe ale dinților amplasați mai în spate (posterior) – molarii – au adâncituri și șanțuri (depresiuni și fisuri) care sunt aproape imposibil de curățat complet cu ajutorul unei periuțe de dinți.

Rășinile de acoperire

În afara unei bune igiene orale, singura metodă eficientă pentru a preveni cariile pe suprafețele masticatorii ale molarilor este aplicarea rășinilor de acoperire. Acestea acoperă suprafața dintelui cu un strat subțire, de consistența plasticului care este de obicei transparent sau alb.

Aplicarea unei rășini este lipsită de durere și facilă. Mai întâi, stomatologul curăță suprafața masticatorie a premolarilor și a molarilor. Apoi, aceste suprafețe sunt corodate cu un acid slab pentru a crește aderența.

Urmează curățarea atentă și uscarea dinților. Apoi, stomatologul aplică rășina cu pensula pe suprafața fiecărui dinte într-o manieră asemănătoare cu cea în care se utilizează lacul de unghii. Rășina se întărește sub forma unui strat care previne acumularea de tartru în adâncituri și fisuri.

O rășină dentară poate rezista până la 10 ani, deși diverse situații pot scurta eficiența ei. Vizitele regulate la stomatolog permit retușurilor necesare să extindă viața rășinii.

Dacă stratul de rășină se pierde, el poate fi înlocuit. Dacă se deteriorează, suprafața dintelui de sub el nu se află expusă unui risc mai mare de a fi cariată decât în cazul în care stratul de rășină nu ar fi fost niciodată aplicat.

Protecția cu rășină este mai potrivită pentru copii. Ea ar trebui aplicată imediat după eruperea primilor molari, în jurul vârstei de 6 ani, și încă o dată atunci când erup a doua pereche de molari și premolarii, de obicei la 11 - 13 ani. Vârstnicii pot să beneficieze și ei de acest tratament.

Tulburări de dezvoltare

La multe persoane, dinții se dezvoltă într-o manieră corectă, ordonată și normală. Oricum, pot să apară probleme datorită dezvoltării prenatale defectuoase, a factorilor de mediu și genetici.

Din fericire, stomatologia modernă și chirurgia orală pot deseori minimiza efectele tulburărilor de dezvoltare.

Erupția dificilă

Semne și simptome

- Durere localizată în gingii
- Infecții recurente la un dinte parțial erupt
- Respirație urât mirositoare
- Gust neplăcut în gură

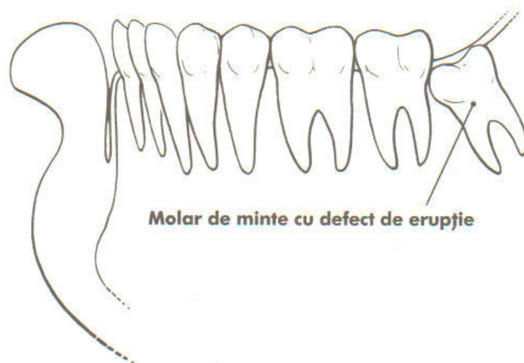
Dinții erup prin gingie de 3 ori în viață. Prima oară este atunci când iese dentiția de lapte (primară). A doua oară erup dinții permanenți în cursul primilor ani de școală. A treia oară este când apar ultimii dinți, măselele de minte (a treia pereche de molari). Aceasta se întâmplă de obicei în primii ani ai vârstei adulte.

Deseori, măselele de minte au dificultăți în a ieși deoarece maxilarul este în multe cazuri prea scurt. Ele se pot roti, se pot deplasa de la locul lor sau se pot înclina pe măsură ce încearcă să iasă. Aceasta poate duce la apariția durerii și, ocazional, a infecțiilor atunci când măseaua reține resturi de alimente în țesutul moale al gingiei care o înconjoară. Dacă măseaua iese înclinată, ea poate împinge și deteriora dinții învecinați, provocând durere și eventual modificând ocluzia dentară.

Diagnostic

Dificultățile de erupție nu produc întotdeauna disconfort. Însă atunci când o fac, senzația este neplăcută. Dacă simțiți dureri în gingii sau dacă percepeți un gust neplăcut atunci când mușcați cu zona în care ar trebui să se afle o măsea de minte sau un alt dinte care nu au ieșit încă, s-ar putea să aveți un dinte cu rerupție dificilă.

Dintele ar putea fi parțial vizibil, iar gingiile din jurul lui ar



Un dinte care nu erupe prin gingie este numit dinte retinat. Această situație apare cel mai frecvent în cazul molarilor de minte, în zona posterioară a gurii.

putea fi infectate. El ar putea exercita presiune asupra altor dinți, provocând durere.

Tratament

Analgezicele eliberate fără prescripție medicală cum sunt acetaminofenul (Tylenol), ibuprofenul (Advil, Motrin) sau aspirina ar trebui să fie de ajutor în ameliorarea durerii. Clătirea gurii cu apă sărată călduță – 1/2 linguriță cu sare amestecată într-un pahar cu apă caldă – poate fi și ea de ajutor.

Stomatologul poate să vă examineze gura pentru a căuta semne ale vreunui dinte prost erupt. S-ar putea să fie nevoie de radiografii pentru a determina cu exactitate localizarea și poziția dintelui. Dacă aveți o infecție în jurul dintelui (pericoronită), stomatologul vă poate prescrie un antibiotic.

Tratamentul obișnuit este extracția. Măselele de minte care erup deformate vă pot compromite ocluzia dinților. Sunt dificil de curățat deoarece sunt situate profund în spatele gurii. Acest lucru le predispune la apariția cariilor și ale bolilor de gingie.

Stomatologul poate să facă extracția în cabinetul său, sub anestezie locală. În situația în care cazul dumneavoastră este mai complicat, stomatologul vă poate trimite la un chirurg buco-maxilo-facial. Dacă dintele se află într-un unghi dificil de abordat sau dacă aveți mai mulți dinți în această situație, procedura poate fi făcută într-un spital.

Anomalii de formă și de culoare

Semne și simptome

- Dinți cu formă anormală
- Culoare gălbuie a dinților de lapte sau permanenți

În cazuri rare, dinții unui copil pot să aibă o formă sau o culoare anormală. Asemenea anomalii pot să apară în urma acțiunii mai multor factori, inclusiv genetici, boli sau traume la vârste mici, ori factori de mediu cum ar fi excesul de fluoruri în apa de băut sau ingestia de tetraciclină de mamă în timpul sarcinii sau alăptării. Smalțul este complet format la toți dinții în afara măselelor de minte înaintea vârstei de 8 ani. De aceea, medicii nu prescriu o cură prelungită cu tetraciclină la copii sub 8 ani sau la femeile însărcinate.

Alte cauze ale dinților cu formă anormală sau decolorați includ infecții, febră mare sau malnutriție în timpul copilăriei sau perioadei de nou-născut. În cazuri rare, dinții cu formă anormală au legătură cu afecțiuni grave cum ar fi sifilisul congenital sau sindromul Down.

Cel mai des, anomaliile afectează și dentiția primară și pe cea secundară. Cei 8 incisivi și molarii de 6 ani sunt cei mai des afectați deoarece se formează primii. Coroanele acestor dinți pot avea nișe sau șanțuri și pot fi decolorate.

Ocazional, smalțul care acoperă dinții poate fi imperfect. Deși acesta poate fi rezultatul acțiunii mai multor factori, de cele mai multe ori este rezultatul unei mutații genetice care se transmite în familie. Smalțul poate fi decolorat, subțire sau chiar absent. Decolorarea poate să se datoreze și ingestiei de apă cu un conținut de fluoruri mai mare de 2 părți la un milion. În unele zone, apa conține în mod natural un nivel ridicat de fluoruri.

Tratament

Dinții cu formă anormală pot fi deseori tratați prin adăugarea unui material de restaurare sau prin acoperirea lor cu coroane. Dinții care nu sunt acoperiți complet de smalț și unii dinți foarte decolorați pot fi și ei tratați în acest mod.

Uneori se practică această procedură la dentiția primară dacă smalțul este atât de malformat încât apar carii sau uzuri grave. În aceste cazuri, molarii sunt frecvent acoperiți cu coroane din oțel inoxidabil.

Dinții nealiniați sau suprapuși

Semne și simptome

- Lipsa de spațiu între dinți
- Protruzia incisivilor superiori (overbite)
- Incisivii superiori și inferiori care nu se ating în mușcătură (open bite)
- Dinți superiori, fie anteriori, fie posteriori care calcă spre interior față de dinții inferiori în mușcătură (crossbite)
- Mandibulă ieșită în afară, ceea ce determină dinții superiori să muște în spatele dinților inferiori din față (subocluzie)

Puțini oameni au o mușcătură (ocluzie) perfectă și dinți simetrici. Maxilarele ar putea fi ușor deplasate, probabil acolo unde se întâlnesc dinții superiori cu cei inferiori pentru a forma mușcătura (ocluzia). Sau dinții ar putea fi suprapuși, uneori în față, unde sunt cei mai vizibili. Termenul tehnic pentru asemenea probleme este *malocluzia* (mușcătură defectuoasă).

O minoră aliniere defectuoasă sau suprapunere (încălecare) a dinților s-ar putea să nu necesite

atenţie. Însă un umăr semnificativ de copii şi adulţi au probleme care pot beneficia de tratament. Ramura stomatologiei care este specializată în diagnosticarea, prevenirea şi tratamentul anomaliilor dentare şi faciale se numeşte ortodonţie. Ortodonţii folosesc aparate, cum ar fi sârmele elastice (arcurile), pentru a alinia corect dinţii şi fălcile şi pentru a crea o muşcătură (ocluzie) normală.

În ocluzie ideală, dinţii de pe arcada superioară îi acoperă puţin pe cei de pe arcada inferioară. Vârfurile molarilor intră în depresiunile corespondenţilor lor de pe arcada opusă. Maxilarul ideal are suficient loc ca să încapă lejer toţi dinţii, nici îngrămădiţi, nici cu spaţii. Nu există rotaţii ale dinţilor sau dinţi care să se răsucească sau să se aplece înainte sau înapoi.

Îndreptarea dinţilor este importantă nu numai de dragul aspectului. Atunci când dinţii nu se aliniază cum trebuie, ei pot provoca probleme la mestecat şi dificultăţi la digestie. Dinţii îngrămădiţi sau deformaţi fac mai dificil controlul asupra plăcii dentare, care vă expune la carii şi boli ale periodonţiului.

În prezent, din ce în ce mai mulţi adulţi solicită corectare ortodontică la probleme care nu au fost tratate atunci când erau mai tineri (vezi pag. 706). Deşi durata tratamentului este de multe ori mai lungă la adulţi deoarece deplasarea dinţilor este mai lentă, rezultatele sunt în general bune. La adulţi se întreprind mai multe intervenţii chirurgicale de corectare a maxilarelor decât la copii.

Diagnostic

Stomatologii monitorizează dezvoltarea dentiţiei secundare la copii şi recomandă consultarea unui specialist în ortodonţie dacă se constată iminenţa unor probleme. Majoritatea problemelor de aliniere devin vizibile o dată cu erupţia dinţilor permanenţi, deseori chiar de la vârsta de 6 ani. În unele cazuri, problemele pot fi identificate şi tratate corect chiar şi mai devreme.

Deşi dinţii pot fi deplasaţi în orice moment, Asociaţia Americană de Ortodonţie recomandă examinarea de rutină a copiilor înainte de vârsta de 7 ani. Unele probleme de ortodonţie se corectează cu mai multă uşurinţă la vârste fragede, înainte ca toţi dinţii permanenţi să erupă şi înainte de finalizarea creşterii feţei.

Ortodontistul va analiza cu atenţie cavitatea bucală a copilului pentru a identifica tratamentul optim şi va indica o serie de radiografii, dintre care unele ar putea fi folosite la determinarea poziţiei dinţilor – a celor care au erupt deja şi a celor care urmează să erupă. Radiografii speciale ale capului pot fi de ajutor la calcularea mărimii, poziţiei dintre fălci şi dinţi.

Alt mijloc de diagnostic este obţinerea unui model de ghips al dinţilor. Stomatologul poate să vă roage să muşcaţi dintr-un material subţire, asemănător cu ceara pentru a obţine un model. Modelul este folosit apoi pentru a poziţiona cu precizie modele de ipsos pentru a reprezenta muşcătura reală a dinţilor superiori şi inferiori. Fotografii ale dinţilor şi feţei şi alte măsurători şi înregistrări pot fi necesare pentru a face un diagnostic precis.



Dacă maxilarul inferior este semnificativ mai mic decât cel superior, dinţii superiori pot protrude excesiv peste cei inferiori (ocluzie adâncă sau overbite). În mod asemănător, dacă maxilarul inferior este mai mare decât cel superior, dinţii superiori din faţă pot să muşte în spatele celor inferiori (subocluzie).

Atunci când apar discrepanţe semnificative între maxilarul superior şi cel inferior, cea mai bună opţiune este chirurgia ortognatică. Oricum, aceste probleme pot fi deseori corectate cu ajutorul mai multor tipuri de aparate.

Tratament

În urma unei examinări atente, ortodontistul dezvoltă un plan de tratament şi proiectează dispozitive pentru corectarea defectului. Unele dispozitive sunt mobile, iar altele sunt cimentate sau lipite de dinţi.

Aparate dentare

Dacă principala problemă este aglomerarea severă, anumiţi dinţi permanenţi, de obicei premolarii, pot fi scoşi, şi dinţii rămaşi pot fi realiniaţi prin prinderea lor cu aparate dentare.

Aparatele dentare fixe, care pot fi confecţionate din metal, ceramică sau plastic sunt de obicei benzi inelare care înconjoară molarii sau agrafe care sunt ataşate de premolari şi de dinţii anteriori. Cele transparente sau de culoarea dinţilor sunt câteodată o opţiune.

Sârmele, arcurile şi alte dispozitive producătoare de forţă aplică presiune pe dinţi şi îi deplasează gradat în noi poziţii. Maxilarul răspunde la presiune dizolvând osul din faţa dinţilor în mişcare şi depunând ţesut osos nou în spatele lor.

Ocazional, tensiunea va fi preluată de pe maxilarul opus. Aceasta se realizează de regulă cu ajutorul aparatelor dentare amplasate pe dinţii superiori şi inferiori şi conectate la un dinte din partea opusă.

Ortodonţia adultului: nu este niciodată prea târziu

Aproape 75% dintre adulţi au un oarecare viciu de aliniere şi pot beneficia de aparate dentare. Totuşi, numai circa 15 - la 20% dintre aceşti adulţi solicită tratament ortodontic.

Care sunt avantajele aparatelor dentare? Dinţii suprapuşi sau înclinaţi fac controlul asupra plăcii dentare mai dificil, ceea ce predispune la carii şi boli periodontale. Dacă aveţi nevoie de lucrări de restaurare, cum ar fi coroanele sau punţile, alinierea dinţilor poate înlesni aceste proceduri.

Mulţi adulţi folosesc aparate dentare din motive estetice. Dinţii aliniaţi arată mai bine decât cei nealiniaţi. În plus, pe măsură ce îmbătrâniţi muşchii feţei devin mai puţin tonici şi buza superioară poate să atârne. Pielea poate să pară mai elastică după deplasarea dinţilor către înainte.

Când consideraţi că aveţi nevoie de un aparat dentar fie datorită faptului că dinţii dumneavoastră şi-au modificat poziţia în raport cu momentul în care aţi purtat ultima oară un aparat dentar, fie din cauză că nu aţi purtat niciodată un asemenea aparat, nu vă temeţi. Aparatele dentare nu mai sunt ceea ce erau înainte. Datorită progresului în domeniul materialelor ortodontice, teama majorităţii adulţilor de a le purta este nefondată. Iată de ce:

- Arcurile de astăzi, confecţionate din nichel şi titan, nu au nevoie să fie strânse atât de des cum se întâmpla în trecut. Majoritatea adulţilor relatează numai un uşor disconfort pentru 1-2 zile după fiecare ajustare.
- Agrafele de ceramică care au nuanţa smalţului dentar sunt mai puţin vizibile decât cele confecţionate din metal. Chiar şi arcurile metalice sunt mai mici şi mai greu de observat decât erau înainte. De reţinut că, totuşi, agrafele de ceramică sunt mai scumpe şi necesită o durată mai îndelungată de tratament.
- Ortodonţia pentru adulţi este din ce în ce mai agreată.
- Costul tratamentului ar putea fi acoperit de către companiile de asigurări medicale.

Alte aparate

La copii şi adolescenţii încă în creştere pot fi folosite mai multe aparate pentru a exercita forţele care influenţează creşterea şi dezvoltarea maxilarelor. De exemplu, dispozitivele pentru cap care direcţionează presiunea către maxilarul şi dinţii superiori pot fi folosite pentru a influenţa viteza şi direcţia creşterii maxilarului superior. Aparatul este ataşat la arcuri aflate în gură şi presiunea este aplicată prin intermediul unei benzi ataşate în jurul capului. Dispozitivul purtat pe cap este de obicei ţinut 10 - 12 ore în fiecare zi, de obicei, noaptea.

Aparatul Herbst este un dispozitiv care nu poate fi scos pe durata tratamentului. Acesta se ataşează de obicei la molarii superiori şi inferiori. El menţine maxilarul inferior îndreptat spre înapoi pentru a corecta ocluzia adâncă severă. Un aparat pentru expansiunea cerului gurii se foloseşte în cazul în care dinţii superiori nu se potrivesc cum trebuie peste cei inferiori. Aparatul se fixează pe dinţii superiori din spate cu scopul de a lărgi maxilarul superior.

Durata tratamentului cu aparatele dentare şi cu alte dispozitive variază între 6 luni şi 3 ani. Durata de timp variază în funcţie de ritmul de creştere al feţei şi gurii, de nivelul de cooperare a persoanei care poartă aparatul şi de severitatea problemei.

Piesele bucale stabilizatoare

După îndepărtarea aparatelor dentare, tratamentul nu este terminat. Dinţii trebuie stabilizaţi pentru luni de zile, ani şi uneori pe perioade indefinite pentru a-i împiedica să-şi schimbe poziţia. Pentru a realiza acest lucru, se foloseşte un fixator pentru stabilizare, de exemplu:

- *fixator pentru menţinerea poziţiei.* Este o piesă bucală dintr-un material cu proprietăţi asemănătoare cauciucului care se poartă noaptea şi care se muşcă pentru câteva ore în timpul zilei.
- *fixator temporar.* Este confecţionat dintr-un material plastic spre interiorul dinţilor şi din sârmă pe exteriorul dinţilor.
- *fixator din plastic transparent care poate fi scos.* Acest dispozitiv acoperă complet părţile laterale şi suprafeţele de ocluzie ale dinţilor.
- *sârme semirigide.* Sunt cel mai frecvent montate şi lipite pe interiorul dinţilor din faţă.

Chirurgia corectivă

În cazuri extreme, atunci când tratamentul ortodontic convenţional nu este suficient pentru corectarea unei probleme, stomatologul vă poate recomanda chirurgia de corectare. Aceasta este mai frecvent folosită la adulţi decât la copii.

Protruzia maxilarului superior sau a celui inferior poate fi corectată prin îndepărtarea unei bucăţi de os şi poziţionarea celei rămase în mod corect. Informativ, maxilarele scurte pot fi lungite, sau înălţimea mandibulei poate fi scurtată sau lungită pentru a oferi o estetică şi o funcţie facială îmbunătăţite. Chirurgia poate fi

Sfaturi pentru prevenire

Aveţi deosebită grijă să vă spălaţi dinţii cu regularitate în cursul tratamentului ortodontic. Alimentele şi placa dentară se pot acumula în jurul aparatelor ortodontice. Dacă nu îndepărtaţi aceste depozite, apare demineralizarea care poate să lase în urmă semne albicioase permanente (cicatrice) sau carii dentare. Periaţi-vă cu o pastă de dinţi cu fluor şi clătiţi-vă cu apă de gură cu fluor, aşa cum recomandă stomatologii. Deşi este cumva mai dificil de făcut, curăţatul dinţilor cu aţa dentară este şi el recomandat.

practicată pentru a ajusta malocluziile care nu răspund complet numai la tratamentul ortodontic. Chirurgia poate şi să scurteze durata totală a tratamentului ortodontic.

Chirurgia corectivă se practică de obicei sub anestezie generală şi necesită spitalizare. Perioada de recuperare este relativ scurtă. Maxilarele pot fi legate unul de altul cu sârmă pentru câteva zile, până la câteva săptămâni în timpul perioadei iniţiale de vindecare pentru a le reduce mişcările.

Afecţiuni gingivale

S-ar putea să fi auzit şi dumneavoastră zicala „Pentru a-ţi păstra dinţii, ai grijă de gingii." Este un sfat bun. Afecţiunile gingiilor (periodonţiului) sunt o cauză majoră a pierderii dinţilor la adulţi. Majoritatea oamenilor prezintă o formă de boală a periodonţiului în cursul vieţii lor, însă nu este obligatoriu să-şi şi piardă dinţii.

Ţesutul în care apare această boală se numeşte periodonţiu. Acesta include gingiile, ligamentele periodontale şi lăcaşele dinţilor (alveolele dentare). Aceste structuri susţin dinţii.

Bolile gingiilor sunt rezultatul unei combinaţii de factori care implică placa bacteriană – substanţa lipicioasă de pe dinţi – şi efectele ei pe termen lung asupra periodonţiului. Ele pot avea mai multe forme, însă rezultatul este o susţinere mai slabă a dinţilor. Cele mai frecvente 2 forme sunt gingivita, o inflamaţie a gingiilor, şi parodontita, care este o formă mai avansată de distrugere a ţesuturilor.

Gingivita

Semne şi simptome

- Gingii tumefiate, moi, roşii
- Gingii care sângerează cu uşurinţă, în mod special atunci când vă periaţi pe dinţi
- O schimbare a culorii gingiei de la roz la roşu închis

Termenul de *gingivită* se referă la inflamaţia gingiei, structura care înconjoară baza dinţilor. Cauza este placa dentară, un film lipicios şi incolor de bacterii care îmbracă dinţii. Dacă i se permite să se solidifice (să se calcifieze), placa se transformă în tartru colorat în alb care se întunecă în culoare cu timpul. Formarea plăcii dentare şi a tartrului poate să irite gingia. Acumularea acestora creează pungi de bacterii între gingii şi dinţi, ceea ce poate determina inflamarea şi sângerarea cu uşurinţă a gingiilor.

Factori de risc

Mulţi oameni suferă pentru prima oară de gingivită în timpul pubertăţii şi apoi pe parcursul vieţii, cu diverse grade de gravitate. Formele uşoare de boală sunt frecvente la adulţi. Cel mai des întâlnit factor este igiena orală precară, însă şi alţi factori cresc riscul (vezi pag. 709).

Diagnostic

Gingiile sănătoase au o consistenţă fermă şi o culoare rozdeschis. Dacă observaţi că gingiile sunt tumefiate, foarte sensibile la atingere, sângerează cu uşurinţă şi au o culoare roşie-închisă, s-ar putea să suferiţi de gingivită.

Deseori, oamenii observă pentru prima oară o schimbare la gingiile lor atunci când remarcă faptul că perii periuţei de dinţi devin roz după ce se spală pe dinţi, semn că gingiile lor sângerează chiar şi sub presiunea uşoară a periuţei.

Dacă aveţi semne şi simptome de gingivită, consultaţi stomatologul. Cheia pentru determinarea stării de sănătate a gingiilor este măsurarea adâncimii şanţurilor dintre gingii şi dinţi – şanţurile gingivale.

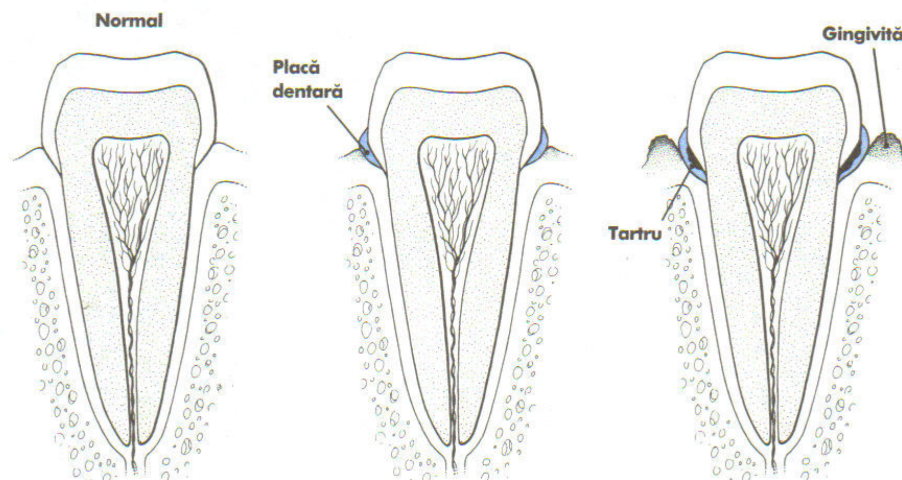
Pentru aceasta, stomatologul introduce o sondă metalică sub gingie până când întâmpină o uşoară rezistenţă. O adâncime de 2-3 mm arată o gingie sănătoasă. O adâncime mai mare de 3 mm înseamnă că există o pungă între dinte şi gingie. Cu cât este mai adâncă punga, cu atât este mai gravă boala gingiei. Radiografiile dentare pot şi ele să fie de ajutor stomatologului în aprecierea stării gingiilor prin evidenţierea pierderilor osoase asociate cu parodontita.

Complicaţiile afecţiunilor gingivale

Boala gingivală avansată (parodontita) face mai mult decât să deterioreze gingiile. Ea creşte riscurile de a face:

- *Boli cardiace şi accident vascular cerebral.* Cercetările sugerează o legătură între bacteriile din cavitatea bucală şi arterele obstruate şi cheagurile de sânge, care pot duce la infarct miocardic şi la accident vascular cerebral. Unele date arată că oamenii cu boli gingivale au şanse mai mari de a face un infarct sau un accident vascular cerebral decât cei care au o cavitate bucală sănătoasă. Cu cât este mai gravă boala gingiei, cu atât este mai mare riscul.
- *Glicemie necontrolată.* Diabetul vă supune unui risc mai mare de a face boli ale gingiei, precum şi alte infecţii. În schimb, infecţiile orale fac mai dificil controlul glicemiei (glucoza în sânge).
- *Pneumonia.* Dacă aveţi o boală gravă a gingiilor şi probleme pulmonare, inhalarea de bacterii din gură în plămâni poate avea ca rezultat apariţia pneumoniei.
- *Osteoporoza.* Cercetătorii suspectează o legătură între scăderea densităţii minerale osoase datorată osteoporozei şi o susceptibilitate crescută de creştere a numărului bacteriilor din cavitatea bucală. Dacă osteoporoza face ca şi oasele din gură să-şi micşoreze densitatea, aceasta ar putea creşte riscul apariţiei bolilor gingivale şi al pierderii dinţilor. Uneori, aceste boli sau căderea dinţilor pot fi un semn al prezenţei osteoporozei.
- *Reacţiile adverse în timpul sarcinii.* Noi cercetări sugerează că femeile care au boli gingivale în timpul sarcinii sunt supuse unui risc mai mare de a naşte bebeluşi subponderali înainte de termen.





Dacă placa dentară se acumulează pe un dinte normal și nu este rapid îndepărtată, se poate solidifica sub forma unui depozit mineral numit tartru. Treptat, gingia din jur se inflamează și se tumefiază, boala numindu-se gingivită.

Cât de gravă este gingivita?

Gingivita este deseori lipsită de durere și trece neobservată. Dacă nu este identificată, totuși, gingivita poate duce la parodontită, o boală mai gravă care afectează alte structuri de susținere ale dintelui și duce la căderea dinților.

Tratament

Stomatologul poate să vă trateze gingivita folosind mai multe metode. Primul pas este să vă curețe perfect dinții și să îndepărteze toată placa dentară și tot tartrul. Această curățare poate să fie neplăcută, în mod special dacă gingiile sunt sensibile sau dacă dinții au placă dentară sau tartru. Procedura de curățare este cunoscută sub numele de detartraj.

Dinții cu defecte de aliniere, plombele ieșite în relief sau lucrările dentare prost realizate, cum ar fi punțile și coroanele, pot face dificilă îndepărtarea plăcii dentare, crescând riscul de a face gingivită. Dinții pot fi îndreptați pentru a minimiza acumularea plăcii dentare, plombele pot fi înlocuite, iar lucrările dentare pot fi refasonate.

Un program de igienă orală atentă și pe termen lung este esențial pentru tratamentul și prevenirea gingivitei. La început, gingiile pot să sângereze după periaj. Aceasta ar trebui să dureze numai câteva zile. În curând, gingiile ar trebui să devină roz și ferme, semn al stării lor de sănătate îmbunătățită. Programul trebuie urmat pe termen nelimitat pentru ca gingiile să rămână sănătoase.

Profilaxie

Dacă vă îngrijiți bine dinții periindu-i corect în fiecare zi, curățându-i cu ața dentară în mod regulat și apelând frecvent la curățarea profesională, șansele dumneavoastră de a face o gingivită gravă scad foarte mult (vezi cap. 7, „Îngrijirea dinților").

Parodontita

Semne și simptome

- Gingii umflate sau cu retracții
- Gingii care sângerează
- Gust neplăcut în gură
- Respirație urât mirositoare
- Durere la un dinte atunci când mâncați alimente fierbinți, reci sau dulci
- Dinți care se mișcă
- Modificarea mușcăturii (ocluziei)
- Drenajul puroiului în jurul unuia sau mai multor dinți

Parodontita este un stadiu avansat al bolii gingivale. Pungi umplute cu placă dentară se formează între dinți și gingii, iar gingiile se inflamează, mărind dimensiunile pungilor și reținând cantități crescute de placă dentară. Atunci când placa dentară și tartrul se extind dincolo de conturul gingiei, puteți să faceți periodontită. Treptat, gingiile se vor retrage din jurul dinților.

Pungi cu puroi se pot forma în aceste zone întunecate, fără aer și pot distruge țesutul și alveolele dentare. Lăsați netratați, dinții afectați vor începe să se clatine și pot să cadă.

Parodontita este de obicei lipsită de durere. În unele cazuri, totuși, se dezvoltă o infecție acută, provocând abcese în unul sau mai multe dintre pungile formate. Aceasta duce la apariția durerii și la eroziunea osului chiar mai rapidă decât cea din boala cronică. În general, cu cât eroziunea osoasă începe la o vârstă mai tânără, cu atât sunt mai puține șanse de a salva dintele.

Factori de risc

Cel mai mare risc de boală a periodonțiului este igiena orală precară, însă și alți factori cresc riscul. Fumătorii sunt mai predispuși la parodontită. Ei au tendința de a face o formă mai severă a bolii și răspund mai greu la tratament. Persoanele care scrâșnesc din dinți pot să aibă mai multe probleme cu periodonțiul.

Prezentaţi risc pentru boli gingivale?

Toată lumea este susceptibilă de boli ale gingiei, însă cel mai des întâlnit factor contributiv este lipsa unei bune igiene orale, pe termen lung. Şi alţi factori pot creşte riscul:

- *factori genetici.* Bacteriile care produc gingivita sunt mai dăunătoare pentru gingiile unor oameni decât pentru ale altora. Aceia care sunt susceptibili moştenesc o predispoziţie la bolile de gingie.
- *medicamentele.* Unele medicamente scad cantitatea de salivă din gură, provocând uscarea gurii. În lipsa efectului obişnuit de curăţare al salivei, placa dentară şi tartrul se pot acumula cu mai multă uşurinţă. Multe antidepresive şi remedii pentru răceli conţin ingrediente care scad producţia de salivă. Alcoolul are un efect similar.
- *fumatul.* Reduce capacitatea gingiilor de a se vindeca inhibând înlocuirea ţesuturilor distruse de bacterii.
- *diabetul.* Cei cu diabet necontrolat sau slab controlat sunt mai susceptibili de a face boli ale gingiei. Diabetul poate determina o îngroşare a vaselor mici de sânge, făcându-le mai puţin capabile să transporte substanţele nutritive la ţesutul gingival şi să îndepărteze reziduurile. Acesta poate determina nişte gingii mai puţin sănătoase şi mai predispuse la infecţii.
- *sarcina.* Modificările hormonale din timpul sarcinii fac gingiile mai sensibile la efectele distructive ale plăcii dentare.
- *imunitatea scăzută.* Unele boli pot slăbi sistemul imun şi vă pot predispune la infecţii, inclusiv boli ale gingiei.

Diagnostic

Dacă aveţi semne şi simptome de parodontită, consultaţi stomatologul. Cu cât o faceţi mai devreme, cu atât sunt mai mari şansele de a vă vindeca gingiile şi de a preveni pierderea dinţilor.

Pentru a determina starea de sănătate a gingiilor dumneavoastră, stomatologul poate să măsoare adâncimea şanţului dintre gingie şi dinţi. Cu cât este mai adânc, cu atât este mai gravă boala gingiei. Radiografiile dentare pot fi şi ele de ajutor stomatologului pentru evaluarea stării de sănătate a gingiei deoarece dezvăluie gradul de pierdere osoasă.

În plus, stomatologul vă poate pune întrebări pentru a determina dacă o boală sistemică, precum diabetul, ar putea să contribuie la starea în care vă aflaţi.

Tratament

Dacă aveţi pungi între gingii şi dinţi cu adâncimea de 5 mm sau mai puţin, stomatologul vă poate recomanda unul dintre următoarele tratamente:

Detartrajul şi netezirea rădăcinilor

Detartrajul îndepărtează tartrul şi bacteriile de pe suprafaţa dinţilor şi de sub gingii. Uneori, periajul se face cu ajutorul unui dispozitiv cu ultrasunete. Netezirea rădăcinilor presupune şlefuirea rădăcinilor, reducând posibilitatea unor viitoare acumulări de tartru. Dacă detartrajul şi netezirea rădăcinilor sunt urmate de o bună igienă orală zilnică, acestea s-ar putea să fie singurele tratamente de care veţi avea nevoie.

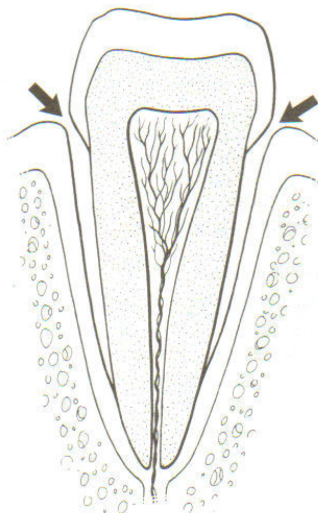
Antibioticele

Stomatologul poate identifica tulpinile bacteriene care produc boala periodontală şi pot prescrie antibiotice care să le suprime.

Tratament chirurgical

S-ar putea să aveţi nevoie de o intervenţie chirurgicală dacă aveţi parodontită avansată – adâncimea pungilor dintre gingie şi dinţi depăşeşte 5 mm. Opţiunile cuprind:

- *Intervenţia chirurgicală de decopertare.* În cazul în care aveţi o pungă adâncă, stomatologul poate să ridice o porţiune a gingiei printr-un procedeu chirurgical, expunând rădăcinile pentru un detartraj şi o netezire cu eficienţă mai mare. Antibioticele pot fi de ajutor pentru controlul infecţiei.
- *Grefele de os.* Dacă osul care înconjoară rădăcina dintelui este distrus, stomatologul poate obţine fragmente de os sterilizate de la o bancă de os sau grefe osoase sintetice pentru a umple spaţiile şi pentru a menţine osul în poziţia lui.
- *Regenerarea tisulară coordonată.* Această tehnică permite osului distrus de bacterii să crească din nou. Stomatologul aşază o bucată de material biocompatibil special între osul existent şi dinte, care previne intrarea în zonă a ţesuturilor nedorite. Alt rol este de a stimula osul să crească la loc. Uneori, o grefă osoasă este folosită în contact cu materialul.
- *Gingivectomia.* Presupune îndepărtarea pe cale chirurgicală a ţesutului gingival pentru a micşora adâncimea pungilor. După această procedură, marginea gingiei este acoperită cu un pansament asemănător cu chitul care are rol de bandajare. Această îmbrăcăminte permite desfăşurarea normală a mâncatului şi



Lăsată netratată, gingivita poate duce la parodontită, în care gingia inflamată se retrage gradat de pe dinte, formând pungi (vezi săgeţile). Pe măsură ce suportul dinţilor se micşorează, aceştia încep să se mişte şi pot eventual să cadă.

băutului. Se poate folosi şi gingivoplastia, o procedură chirurgicală care reface ţesutul gingival. Deşi procedurile de gingivectomie au fost dezvoltate iniţial cu scopul de a trata periodontita, astăzi sunt folosite mai frecvent în chirurgia estetică, ca de exemplu în cazul utilizării medicamentelor care provoacă o creştere excesivă a gingiilor.

Tratament ortodontic

Dacă dinţii nu sunt aliniaţi şi sunt suprapuşi, este mai greu de îndepărtat acumularea de placă dentară. Tratamentul ortodontic poate corecta poziţiile dinţilor dumneavoastră. Muşcătura inegală şi suprafeţele masticatorii pot fi reconturate pentru a scădea presiunea. Dacă scrâşniţi din dinţi în timpul somnului (bruxism), puteţi beneficia de un dispozitiv care să vă protejeze dinţii de presiunea excesivă şi de deteriorare.

Gingivita acută ulcero-necrotică

Semne şi simptome

- Sângerare abundentă şi dureri ale gingiei după apăsarea uşoară
- O peliculă de nuanţă gri pe gingii

Gingivita acută ulcero-necrotică, numită şi gingivita Vincent, este o formă dureroasă de gingivită. Ea afectează de obicei adulţii tineri şi poate fi de la uşoară la severă.

Afecţiunea şi-a căpătat numele de „gură ca un şanţ" în primul război mondial, când a apărut la soldaţii care luptau în şanţuri în condiţii de stres, igienă şi nutriţie precare.

Se caracterizează prin sângerare abundentă la cea mai mică apăsare sau iritare. Infecţia este cauzată de bacteriile care trăiesc în mod normal în cavitatea bucală. Nu se transmite de la o persoană la alta.

Debutul este deseori brusc. Zonele de ţesut gingival aflate între dinţi (papilele) sunt de obicei deteriorate, lăsând în urmă cratere care colectează placa dentară şi resturi alimentare. Zona este acoperită cu un strat de culoare gri de ţesut gingival aflat în descompunere. Inflamaţia şi infecţia pot prinde şi alte părţi ale gurii.

Diagnostic

Dacă aveţi dureri de gingie şi sângerare abundentă după o uşoară iritare sau apăsare pe gingii, consultaţi imediat stomatologul.

Tratament

O igienă orală bună este crucială pentru vindecarea infecţiei. Aceasta include curăţarea profesională, periajul şi curăţarea cu aţa dentară făcute corect, preferabil după fiecare masă şi înainte de culcare.

Stomatologul poate să înceapă prin a vă curăţa atent şi cu blândeţe dinţii şi gingiile. Irigarea gurii cu o soluţie sărată sau cu peroxid ajută deseori la calmarea simptomelor. Stomatologul poate să vă recomande un analgezic care se eliberează fără prescripţie medicală pentru a diminua disconfortul. Se mai recomandă repaus, o dietă echilibrată şi evitarea iritării produse de fumat sau de consumul de alimente condimentate. Antibioticele ar putea fi prescrise dacă aveţi febră mare.

Profilaxia bolilor gingivale

Cum s-a mai menţionat, bolile gingivale se datorează în mare parte unei igiene orale precare. Lipsa de grijă faţă de dinţii dumneavoastră permite plăcii dentare şi tartrului să se formeze şi să se lipească de dinţi. Spălarea atentă a dinţilor şi curăţarea lor cu ajutorul aţei dentare sunt cele mai bune măsuri.

Îngrijirea danturii şi diabetul

Dacă aveţi diabet, aveţi un risc mai mare de a face infecţii ale gingiei. Deşi placa dentară este cauza principală a bolilor gingiei, diabetul poate înrăutăţi lucrurile prin scăderea capacităţii cavităţii bucale de a lupta cu germenii. Controlul deficitar al nivelului glucozei în sânge face mai probabilă apariţia problemelor gingiei. Vestea bună este că sub o îngrijire corectă, dinţii dumneavoastră pot să reziste o viaţă.

Cât de des aveţi nevoie să vizitaţi un stomatolog depinde de mulţi factori – starea de sănătate, tipurile de medicamente pe care le luaţi şi starea în care se află dinţii şi gingiile dumneavoastră. Unii diabetici ar trebui să viziteze un stomatolog o dată la 3 luni, însă alţii au nevoie numai de un singur control pe an. Discutaţi cu stomatologul despre ce este mai potrivit pentru dumneavoastră.

Consultaţi stomatologul dacă:

- Aveţi gura uscată, mâncaţi cu greutate sau cu dureri de gură sau dinţi.
- Nu aţi mai făcut un control stomatologic de mai mult de un an.
- Aţi observat ulceraţii sau tumefieri în gura dumneavoastră

Atunci când vă programaţi pentru o vizită la stomatolog, Asociaţia Americană pentru Diabet vă recomandă următoarele:

- Spuneţi-i stomatologului că aveţi diabet şi vorbiţi-i despre orice probleme aveţi în legătură cu infecţiile sau cu controlarea nivelului glicemiei.
- Mâncaţi înainte de a merge la stomatolog. Cel mai bun moment pentru o intervenţie stomatologică este atunci când glicemia este în limite normale şi acţiunea medicaţiei antidiabetice este scăzută. De exemplu, dacă faceţi injecţii cu insulină, cea mai potrivită vizită este dimineaţa, după ce aţi luat micul dejun.
- Înainte de a merge la stomatolog, luaţi medicamentele pe care le folosiţi în mod normal, numai dacă nu v-a spus să schimbaţi doza înainte de o intervenţie chirurgicală stomatologică. Stomatologul se poate sfătui cu medicul dumneavoastră în legătură cu necesitatea de a ajusta medicaţia antidiabetică sau dacă aveţi nevoie de un antibiotic înainte de intervenţia stomatologică dentară pentru a preveni infecţiile.
- Aşteptaţi momentul unei intervenţii chirurgicale stomatologice până când glicemia este sub control. Dacă este o urgenţă stomatologică şi glicemia este prost controlată, discutaţi cu medicul şi cu stomatologul despre posibilitatea de a suporta manevrele stomatologice într-un spital sau în alt loc unde profesionişti din domeniul medical vă pot îngriji în timpul şi după intervenţia chirurgicală.

Spălatul pe dinţi şi curăţarea cu aţa dentară

Urmaţi aceste sfaturi pentru a vă menţine gingiile sănătoase:

- *Alegeţi o periuţă de dinţi potrivită.* Luaţi o periuţă cu peri moi, cu vârful rotund sau neted, care este suficient de mică încât să vă permită să ajungeţi cu ea la dinţii din spate la fel de uşor cum ajungeţi la cei din faţă. Schimbaţi-vă periuţa la fiecare 3-4 luni sau chiar mai devreme dacă perii se curbează.
- *Folosiţi paste de dinţi cu fluor.* Pasta de dinţi cu fluor ajută la îndepărtarea plăcii dentare şi oferă protecţie împotriva cariilor.
- *Spălaţi-vă pe dinţi cel puţin de 2 ori pe zi.* Momentele ar fi înainte de culcare şi în fiecare dimineaţă. În timpul somnului, fluxul de salivă scade şi permite bacteriilor să se multiplice.
- *Spălaţi-vă pe dinţi în mod adecvat.* Pentru a curăţa suprafeţele de la exterior ale dinţilor şi gingiilor, folosiţi mişcări scurte de du-te-vino şi apoi de sus în jos. Folosiţi mişcări verticale pentru a curăţa suprafeţele aflate la interior. Asiguraţi-vă că aţi curăţat suprafeţele dinspre interior ale dinţilor, dinţii din spatele gurii, gingiile şi limba. Pentru a curăţa joncţiunea dintre dinţi şi gingie, ţineţi periuţa de dinţi la un unghi de 45 de grade faţă de dinţi. Aceasta permite perilor să cureţe şanţul dintre gingii şi dinţi.
- *Folosiţi zilnic aţa dentară.* Ţineţi aţa sub tensiune, petrecând-o după fiecare dinte în formă de „C" şi mişcaţi-o în sus şi în jos în jurul fiecărui dinte. Fiecare mişcare ar trebui făcută uşor sub linia gingiei până când simţiţi o uşoară rezistenţă. Curăţatul cu aţa dentară îndepărtează placa dentară dintre dinţi şi ajută la masarea gingiilor. Dacă aveţi o punte, asiguraţi-vă că aţi curăţat şi dinţii din jurul ei, precum şi dinţii de sub ea.

Mulţi producători de pastă de dinţi promovează produse antitartru. Eficienţa acestor produse în prevenirea bolilor gingiei nu a fost dovedită. Pasta de dinţi antitartru poate să reducă formarea de tartru pe suprafeţele dinţilor şi să facă dinţii să arate mult mai bine din punct de vedere cosmetic. Totuşi, aceste produse nu ajută la îndepărtarea tartrului de sub marginea gingiei şi dintre dinţi, de unde provin bolile gingiei.

Alte dispozitive

Unii oameni fac placă dentară în cantităţi neobişnuite sau foarte repede. Dacă aveţi această problemă, stomatologul dumneavoastră vă poate recomanda scobitori speciale, stimulatoare sau periuţe de dinţi electrice.

Dispozitivele care irigă cu apă sub presiune pot fi folosite pentru a îndepărta produsele toxice datorate plăcii dintre dinţi. Aceste dispozitive nu îndepărtează placa dentară însă pot ajuta la prevenirea unora dintre efectele ei.

S-a constatat că periuţele de dinţi electrice sunt superioare periuţelor de dinţi obişnuite din punct de vedere al capacităţii de îndepărtare a plăcii dentare, însă ele pot fi costisitoare, iar periuţele de dinţi manuale sunt eficiente atunci când sunt folosite cum trebuie. Periuţele de dinţi electrice pot fi deosebit de utile oamenilor cu nevoi speciale. De exemplu, ele pot fi de folos persoanelor a căror dexteritate manuală este afectată datorită unor afecţiuni cum ar fi artroza sau celor care poartă aparate dentare, cum ar fi cele elastice.

Clătirea gurii

Apele de gură ce se comercializează fără prescripţie medicală, care pretind că îndepărtează placa dentară nu au fost găsite mai eficiente decât curăţatul cu aţa dentară. Senzaţia că aceste produse aderă la dantură nu se datorează acţiunii de îndepărtare a tartrului şi a plăcii dentare, ci mai degrabă faptului că soluţiile conţin glicerină. Dacă folosiţi o apă de gură, faceţi-o în plus, pe lângă periatul dinţilor şi curăţatul cu aţa dentară.

Pentru oamenii cu probleme cronice ale periodonţiului, soluţia de combatere a plăcii dentare clorhexidină (Peridex, PerioGard) este disponibilă cu prescripţie medicală. Ea este eficientă, însă nu este un leac pentru inflamaţia acestor gingii (gingivită).

Efectele secundare pot include un gust neplăcut în gură, iritaţie a ţesuturilor moi din gură şi pătarea dinţilor. Din aceste motive, folosirea pe perioadă lungă a produselor cu clorhexidină este contraindicată.

Curăţarea profesională

Indiferent cât de grijuliu sunteţi, veţi acumula cu siguranţă puţină placă dentară şi tartru. Vizitaţi stomatologul la fiecare 6 - 12 luni pentru curăţări ale dinţilor. Dacă aveţi parodontită sau dacă dezvoltaţi cantităţi mari de tartru într-un timp scurt, vizitaţi-l mai frecvent.

Protetica dentară

Un mit celebru spune că George Washington avea dinţi de lemn. Washington a suferit de o boală dentară şi de căderea dinţilor în cea mai mare parte a vieţii lui. Până la vremea învestirii lui în funcţia de preşedinte, îi mai rămăsese un singur dinte.

Protezele dentare au avut un loc important în viaţa lui Washington, însă în ciuda zvonurilor, ele nu au fost niciodată confecţionate din lemn. Pentru confecţionarea dinţilor săi artificiali s-au folosit fildeş de elefant, hipopotam şi morsă şi alte materiale, cum ar fi dinţi de vacă. Protezele erau fixate cu ajutorul unor arcuri de metal care provocau dureri enorme.

Înaintea apariţiei stomatologiei moderne, pierderea unui dinte era un fapt inevitabil în cursul procesului de îmbătrânire. Erau rar întâlnite persoanele care să mai aibă vreun dinte înainte de a împlini o vârstă avansată. În secolul al XVIII-lea, faptul că Washington avea proteze dentare arată că el era unul dintre puţinii norocoşi care puteau profita de ultimele progrese ale stomatologiei. Astăzi, lucrurile stau altfel. Mai puţini oameni au nevoie de extracţii dentare şi de înlocuirea dinţilor cu proteze.

Protezele parţiale

Dacă se pierde un dinte permanent, ar trebui înlocuit fără întârziere. Dinţii sunt amplasaţi astfel încât fiecare îşi are locul lui şi îi ajută pe cei învecinaţi să-şi păstreze alinierea corectă. Dacă pierdeţi un dinte şi nu-l înlocuiţi, dinţii învecinaţi vor aluneca sau se vor înclina gradat către spaţiul rămas liber. Aceasta poate duce la alterarea muşcăturii (ocluziei), uneori făcând mestecatul dificil.

Îngrijirea corectă a protezelor dentare

O proteză dentară (totală sau parţială) poate să reziste de la 6 luni la 5 ani sau mai mult, în funcţie de materialul din care este confecţionată, de cât de bine se potriveşte, de starea maxilarelor şi de cât de bine o întreţineţi.

Pentru ca o proteză să fie confortabilă şi durabilă, trebuie să o îngrijiţi în mod adecvat. Întreţinerea corectă nu este dificilă, în mod special dacă:

1. Vă asiguraţi că proteza se potriveşte cum trebuie. Dacă pare a nu fi confortabilă după ajustarea iniţială, vizitaţi din nou stomatologul sau specialistul în protetică dentară.
2. Scoateţi proteza în fiecare seară, înainte de culcare. Gingiile au nevoie de o perioadă de repaus pentru a rămâne sănătoase.
3. Păstraţi proteza în apă şi, la nevoie, adăugaţi un agent de curăţare special. Protezele dentare care nu sunt păstrate în apă se pot îndoi, devenind incomode atunci când sunt purtate.

   Pentru a evita deteriorarea clemelor de metal ale protezelor, nu cufundaţi protezele dentare detaşabile cu suporţi de metal în soluţii de curăţat mai mult de 15 minute. Introducerea lor în soluţii mai mult de 15 minute ar putea fi benefică numai dacă acest lucru este indicat pe eticheta produsului pentru curăţat.
4. Curăţaţi proteza în fiecare zi, conform instrucţiunilor stomatologului. Particulele de alimente şi placa dentară trebuie îndepărtate în mod regulat.
5. În fiecare zi, periaţi-vă şi curăţaţi-vă cu aţa dentară dinţii naturali care v-au mai rămas. Este extrem de important să păstraţi dinţii rămaşi şi gingiile într-o stare de sănătate cât se poate de bună, în mod special dacă proteza dentară se ancorează de aceşti dinţi.
6. Curăţaţi-vă şi masaţi-vă gura în fiecare zi folosind o periuţă de dinţi, o cârpă sau un deget. Este la fel de important să vă menţineţi curate şi stimulate gingiile şi ţesuturile moi ale gurii, pe cât de important este să vă menţineţi dinţii curaţi.

Stomatologul va decide ce tip de proteză parţială este cea mai bună pentru dumneavoastră. Dacă aveţi câte un dinte sănătos de fiecare parte a celui sau celor lipsă, o opţiune ar putea fi o proteză parţială fixă (care nu poate fi scoasă) sau o punte. În cadrul acestei proceduri, dinţii sănătoşi aflaţi de-o parte şi de cealaltă a dintelui lipsă sunt refasonaţi pentru a primi o coroană. Coroanele şi dintele sau dinţii artificiali sunt apoi consolidaţi împreună, iar puntea este cimentată la cei 2 dinţi de sprijin.

Un alt tip de dispozitiv protetic este cunoscut sub numele de proteză parţială detaşabilă. Această proteză are dinţi artificiali ataşaţi la o bază confecţionată din plastic sau din metal. Clemele sau alte dispozitive de fixare sunt incorporate în proteza parţială pentru a o solidariza cu dinţii naturali rămaşi. Protezele parţiale detaşabile sunt de obicei mai ieftine decât protezele parţiale fixe şi pot fi adăugaţi mai mulţi dinţi la ele dacă îi pierdeţi pe cei adiacenţi.

Protezele parţiale pot reţine alimente, în mod special dacă nu se potrivesc bine. O igienă orală bună este importantă deoarece particulele de alimente reţinute pot duce la formarea plăcii dentare, a tartrului, a bolilor gingivale şi a cariilor dinţilor naturali. Dacă proteza parţială este fixă, periaţi-o şi curăţaţi-o corect cu aţa dentară. Dacă este detaşabilă, scoateţi proteza şi periaţi-o împreună cu dinţii din vecinătatea ei cu grijă, după fiecare masă. Scoateţi-o la culcare deoarece este important să permiteţi gingiei să se odihnească.



Protezele totale

Dacă trebuie să vi se scoată toţi dinţii în urma unei boli grave de gingie sau a cariilor, stomatologul sau specialistul în protetică dentară vă poate confecţiona un set de dinţi artificiali (o dantură artificială).

Protezele artificiale nu vor putea niciodată să înlocuiască funcţia sau senzaţiile oferite de dinţii naturali, însă sunt cu siguranţă o alternativă mai bună la a nu avea dinţi deloc. Veţi pierde unele dintre senzaţiile pe care le aveaţi atunci când mâncaţi deoarece cerul gurii (palatul dur) este acoperit de către proteza superioară. În plus, limitează tipurile de alimente pe care le puteţi consuma. Alimentele precum porumbul fiert, merele întregi şi dropsurile pot fi greu de mâncat deoarece presiunile exercitate de muşcarea sau mestecarea acestor alimente pot determina deformarea lor.

Presiunea din timpul mestecatului pe care o puteţi exercita cu proteza totală este mult mai mică decât aceea pe care o puteţi exercita cu dinţii naturali, care sunt ancoraţi în maxilar. Protezele care se potrivesc bine nu necesită de obicei folosirea adezivilor dentari.

Adaptarea protezelor

Există 2 metode standard pentru a adapta protezele. Dinţii pot fi extraşi, iar gingiilor şi maxilarelor li se permite să se vindece înainte de a fi pusă proteza sau aceasta poate fi pregătită dinainte şi pusă imediat după extracţie.

Nu oricine este eligibil pentru a purta proteză imediat după extracţii. Stomatologul va evalua situaţia în care se află cavitatea bucală şi să recomande cea mai bună soluţie. Protezele purtate imediat vă salvează de neplăcerea de a fi fără dinţi pentru o perioadă de timp. Oricum, acestea trebuie readaptate o dată cu vindecarea maxilarelor, şi uneori trebuie confecţionată una nouă dacă maxilarele îşi schimbă considerabil forma imediat după extracţii.

Un set complet de proteze conţine de obicei baze complete, superioară şi inferioară care se poartă peste gingii. O altă opţiune este proteza mobilă amovibilă. Atunci când rămân câţiva dinţi acceptabili pe maxilar, proteza poate fi construită pentru a-i acoperi. O proteza mobilă amovibilă poate fi întrucâtva mai stabilă decât o proteză normală reducând astfel şansele de a se forma răni în gură. S-ar putea să fie necesar să vi se îndepărteze nervii dinţilor rămaşi – o procedură numită extracţie de nerv – şi apoi să fie acoperiţi cu plombe înainte de a construi proteza mobilă amovibilă.

Dinții rămași sub proteză trebuie să fie curățați cu grijă și în mod regulat pentru a fi păstrați sănătoși. Stomatologul vă poate sfătui în legătură cu posibilitatea folosirii unei proteze mobile amovibilă.

Indiferent ce tip de proteză detașabilă aveți, ea va necesita ajustări periodice pentru a o menține confortabilă și pentru a ajuta la prevenirea pierderilor osoase și a rănilor în cavitatea bucală.

Probleme legate de protezele dentare

Semne și simptome

- O proteză cu potrivire defectuoasă persistentă
- Durere în gură la purtarea protezei
- Gingii inflamate
- Răni în gură în locurile unde proteza creează presiune

Președintele George Washington a returnat o dată stomatologului său un set de proteze care nu se potriveau bine, scriindu-i: „Trebuie să apelez din nou la tine pentru ajutor. Dinții din acest pachet au diferite grade de uzură și 2 sau 3 dintre ei au cedat complet. Ți le trimit pentru a fi reparate... amândouă sunt neconfortabile în gură și îmi împing buzele în afară."

În mod foarte asemănător cu George Washington, mulți americani suferă din cauza protezelor cu vicii de potrivire. Dinții naturali sunt suportați de către un tip specializat de os din maxilarul superior și inferior. Atunci când se pierd dinții, osul de sprijin începe să se resoarbă. Această resorbție poate fi accelerată de îmbătrânire și, de asemenea, de purtarea protezelor care nu se potrivesc bine. Rezultatul poate fi apariția jocului între proteză și gingii, ceea ce poate determina răni în timpul mestecatului. În plus, protezele pot să cadă atunci când vorbiți sau când râdeți.

Alte probleme cuprind rănile și gingiile inflamate. Dacă sunteți un purtător nou de proteză dentară, s-ar putea să credeți că trebuie să vă așteptați la iritații și la răni până când vă obișnuiți cu ea. Însă nu este așa. Dacă aveți probleme, stomatologul ar trebui să vă ajusteze proteza pentru e elimina sursa de iritație.

Dacă ați purtat proteze dentare pentru o vreme și începeți să faceți răni în gură, iritația se poate datora unei modificări a acesteia sau unei schimbări a formei gurii dumneavoastră. Mai rar, rănile produse de proteze pot să apară dacă rămân alimente sub ele.

Problemele apar mai des la protezele inferioare decât la cele superioare. Proteza inferioară de obicei nu rămâne la locul ei de la sine, iar folosirea ei cu succes poate să depindă de capacitatea dumneavoastră de a vă dirija dantura cu ajutorul mușchilor limbii și obrajilor.

Diagnostic

Dacă proteza nu este confortabilă pentru mai mult de câteva minute după ce o puneți, dacă aveți dureri la mestecat, dacă observați că gingiile sunt inflamate sau dacă aveți pete albe și dureroase, consultați stomatologul.

Cât de grave sunt problemele legate de protezele dentare?

Rareori, rănile bucale persistente sau recurente pot semnala o problemă de sănătate mai serioasă. De aceea, este important să continuați să faceți controale stomatologice anuale, chiar dacă nu aveți dinți naturali.

Tratament

Stomatologul poate să vă ajusteze protezele dentare pentru a diminua presiunea care este exercitată asupra gingiilor. Sau, dacă este necesar, vă poate confecționa un nou set de proteze care se conformează structurii actuale a gingiei, maxilarului și mandibulei.

Dacă maxilarele au suferit un proces de resorbție și stomatologul are probleme în a face să se potrivească bine proteza, există mai multe proceduri chirurgicale pentru a oferi o bază mai bună pe care să se construiască o nouă proteză dentară. Aceste tehnici includ operații care ridică țesuturile moi ale gingiei sau țesuturile dure ale maxilarelor. Uneori, un suport metalic (implant dentar) poate fi amplasat în os și poate fi folosit pentru înlocuirea dinților.

Dacă gingiile sunt inflamate din cauza unei infecții cu ciuperci, stomatologul vă poate prescrie o medicație antifungică. Evitați folosirea unui unguent, care se distribuie fără prescripție medicală, pentru a diminua durerile induse de proteză, cu excepția cazului în care stomatologul v-a indicat. Folosirea unui asemenea unguent nu va remedia cauza rănilor și poate ascunde o problemă mai serioasă.

Ce sunt implanturile dentare?

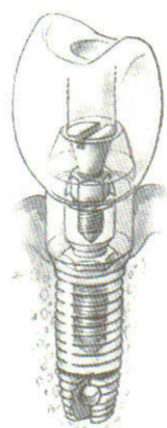
Implanturile dentare, disponibile în SUA încă din anii '80, sunt pivoți metalici – de obicei din titan –fixați pe cale chirurgicală în oasele maxilarelor aflate sub gingie. Acești pivoți oferă sprijin stabil sau „rădăcini" pentru dinții artificiali înlocuitori, care arată ca dinții naturali și se atașează implanturilor.

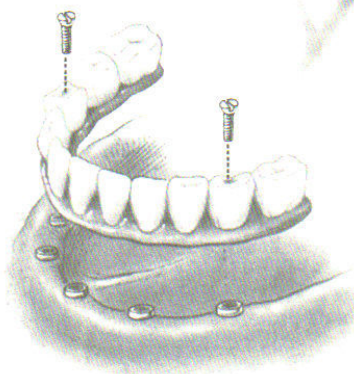
Implanturile dentare sunt de succes datorită unui proces natural în care osul crește în jurul lor și se atașează la implantul metalic (osteointegrare). Aceasta oferă o bază solidă pentru dinții artificiali. Implanturile dentare oferă senzații normale și își îndeplinesc funcțiile în mod foarte asemănător dinților naturali.

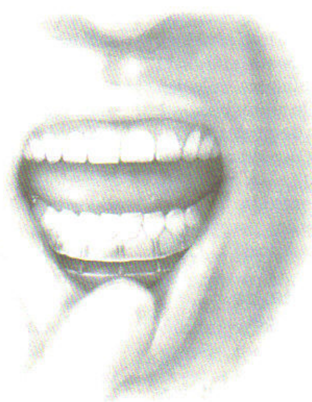
Sunt implanturile dentare potrivite pentru dumneavoastră?

Oricine se bucură de o stare bună de sănătate și care are dinți lipsă – fie unul, fie toți – poate beneficia de implanturi dentare. Aceia care nu pot folosi proteze dentare convenționale sau punți deoarece le lipsesc porțiuni din maxilare ar putea găsi că implanturile dentare sunt cea mai bună opțiune. Grefele osoase pot fi folosite împreună cu implanturile pentru a reconstrui maxilarele și pentru a înlocui dinții lipsă.

Totuși, implanturile dentare s-ar putea să nu fie cea mai bună opțiune dacă sunteți fumător sau dacă aveți o boală, de exemplu diabet. Tutunul și anumite boli pot interfera cu vindecarea și cu capacitatea organismului de a combate sau de a rezista la infecții și poate fi cauza unor riscuri mai mari de insucces al implantului. În medie, în jur de 1 din 20 de implanturi dentare nu reușesc. Alte riscuri ale implanturilor dentare







În cadrul operaţiilor de introducere a implanturilor dentare, un chirurg stomatolog amplasează în osul maxilarului de sub ţesutul gingival unul sau mai multe dibluri de metal cu filet (cilindri). Dinţii înlocuitori se pot conecta direct la implanturi (stânga) sau se pot ataşa la o structură intermediară care conectează implanturile (deasupra).

includ leziuni nervoase apărute în urma intervenţiei chirurgicale, infecţii sau fracturi ale oaselor datorate pivoţilor implantaţi.

Implanturile dentare sunt mai costisitoare decât protezele dentare convenţionale. Evaluaţi argumentele pro şi contra ale implanturilor dentare înainte de a decide care opţiune este cea mai potrivită pentru dumneavoastră.

Tipuri

Cele 2 tipuri de bază ale implanturilor sunt endostale şi subperiostale.

Endostale

În *endost* înseamnă „în interiorul osului." Acest gen de implant este asemănător ca formă cu rădăcinile dinţilor naturali. Este amplasat direct în osul maxilarului, unde devine solid ancorat graţie procesului de osteointegrare.

Subperiostale

Un implant subperiostal se montează deasupra osului rămas şi este folosit atunci când structura maxilarului este limitată datorită unui os al maxilarului slăbit sau inadecvat. Acest tip de implant are un risc crescut de a provoca leziuni nervoase, paralizie a buzelor şi infecţii. Este rareori folosit.

Procedura

Examinări orale serioase şi consultaţii făcute de stomatolog şi de chirurgul specializat în implanturi dentare pot determina dacă procedura este potrivită pentru dumneavoastră. Ei folosesc radiografii şi machete ale maxilarelor pentru a vă evalua starea.

Intervenţia se face de obicei sub anestezie locală într-o unitate de tratament ambulator. Procedura presupune urmarea mai multor paşi pe o perioadă de câteva luni.

Introducerea implanturilor

Ţesutul gingival este tăiat şi ridicat pentru a expune osul. Apoi sunt forate în os găuri precis măsurate, unde va fi introdus fiecare implant. Implanturile sunt introduse în găuri şi sunt făcute copci (suturi) pentru a închide ţesutul gingival peste os şi implanturi. Suturile fie se vor dizolva, fie vor trebui îndepărtate de către medic.

În următoarele 72 de ore postoperator poate apărea o tumefiere, precum şi o anumită decolorare a pielii şi a gingiilor pentru câteva zile. Folosirea unei pungi cu gheaţă în regiune în primele 24 de ore după operaţie poate ajuta la reducerea tumefacţiei. Medicul vă poate prescrie analgezice şi antibiotice pentru a stăpâni durerea şi pentru a preveni infecţiile.

Sângerări minore apar în mod normal în ziua intervenţiei chirurgicale, însă hemoragiile mari trebuie imediat raportate medicului. Vă veţi relua activitatea normală cel mai probabil la 1 - 2 zile de la intervenţia chirurgicală.

Veţi fi instruit despre modul cum trebuie să vă curăţaţi gura în timpul procesului de vindecare care urmează operaţiei. În general, se recomandă o dietă cu alimente moi pentru a evita durerile nedorite şi stresul asupra noilor implanturi. Dacă purtaţi în mod normal proteze dentare detaşabile, puteţi să puneţi o căptuşeală moale pe interiorul lor pentru a le putea purta cu foarte puţin disconfort.

Dacă spațiile dintre dinții lipsă trebuie umplute în perioada de vindecare, medicul vă poate confecționa dinți temporari.

Osteointegrarea se face gradat, ca proces de vindecare. Implanturile sunt de obicei ancorate ferm în os în următoarele 3-6 luni de la montarea lor.

Atașarea pivoților

După ce se încheie procesul de vindecare, gingiile sunt deschise din nou și la noile implanturi se atașează mici pivoți de metal. Fiecare pivot are filet ca șuruburile pentru a fixa noul dinte artificial. Acest stadiu al procedurii de montare a implantului provoacă mai puțină durere și necesită o perioadă de vindecare de doar 1 - 2 zile.

Confecționarea noilor dinți

După ce s-a vindecat țesutul gingival, se fac mulaje după gura dumneavoastră, care vor fi folosite pentru obținerea unor machete ale maxilarului și ale oricăror dinți rămași. Noii dinți artificiali (restaurații sau proteze) sunt confecționați pe baza acestor machete.

Dinții artificiali pot fi fie detașabili, ficși (nedetașabili) sau o combinație între aceste tipuri. O proteză detașabilă este similară unei proteze convenționale, însă are avantajul de a fi atașată de implant prin cleme sau magneți. Dinții ficși sunt înșurubați în implanturi și stabilizați. Ei pot fi detașați doar de stomatolog.

Întreținerea implanturilor dentare

Autoîngrijirea este o parte importantă a întreținerii implanturilor dentare. Următoarele îndrumări sunt recomandate de către Asociația Americană a Chirurgilor Bucomaxilofaciali:

- *Mențineți o bună igienă orală.* Implanturile, dinții artificiali și țesutul gingival trebuie menținute curate. Ustensilele pentru îngrijirea la domiciliu cum sunt periuțele de dinți speciale și cu suporți pentru ața dentară pot fi de ajutor.
- *Evitați obiceiurile nocive.* Fumatul și consumul excesiv de alcool, precum și mestecatul unor elemente dure, cum ar fi gheața și dropsurile deteriorează implanturile.
- *Continuați cu îngrijirea profesională.* Vizitele pentru examinări periodice sunt necesare pentru a asigura starea de sănătate a osului maxilar și pentru funcționarea corectă a implantului.

Deși rata de succes a implanturilor dentare este de 90 – 95%, un mic procent eșuează datorită întreținerii precare. Implanturile se pot și infecta sau rupe.

Punerea implanturilor dentare este un proces complicat care cere o colaborare serioasă din partea acelora care aleg această procedură. Pentru candidații potriviți, implanturile dentare fac mâncatul mai ușor, îmbunătățesc vorbirea și permit ducerea unei vieți mai confortabile.

Traumatismele și afecțiunile maxilarelor

Atunci când se întâmplă un accident, cea mai probabilă leziune dentală și orală este dislocarea mandibulei sau pierderea unui dinte (avulsiune dentară). Asemenea leziuni ale mandibulei sunt de obicei urgențe medicale care ar trebui tratate fără întârziere.

Luxația și fractura de maxilar

Semne și simptome

- Dinți nealiniați
- Incapacitatea de a închide gura
- Durere intensă care însoțește mișcările maxilarului

Semne și simptome de urgență

- O cale aeriană obstruată
- Sângerare masivă

Majoritatea traumatismelor maxilarelor afectează maxilarul inferior (mandibula). Dacă suferiți vreo leziune la gură sau la față, cereți îngrijire imediată de la medicul dumneavoastră sau de la cel mai apropiat spital de urgență. Dacă respirația este dificilă sau dacă este prezentă o cantitate considerabilă de sânge, chemați de urgență ajutor.

Diagnostic

Radiografiile și o examinare a maxilarului sunt în general primii pași către determinarea prezenței unor eventuale fracturi osoase. Tomografia computerizată poate fi făcută pentru a vedea dacă și alte oase ale feței au fost fracturate. Loviturile suficient de puternice pentru a fractura și alte oase ale feței vă pot afecta și gâtul și spatele.

Medicul poate suspecta o fractură dacă nu sunteți capabil să închideți gura, dacă dinții nu sunt aliniați atunci când închideți gura sau dacă aveți zone foarte sensibile sau amorțite în regiunea mandibulei. Dacă nu puteți închide gura, mandibula ar putea fi dislocată. Tumefierea și învinețirea însoțesc frecvent toate leziunile mandibulei.

Tratament

Tratamentul depinde de tipul de leziune – luxație sau fractură:

Luxația de mandibulă

Dacă mandibula dumneavoastră este dislocată, medicul o poate pune la locul ei, manevrând-o cu mâna. S-ar putea să vi se administreze un anestezic înainte de punerea în aplicare a acestei manevre.

O dată ce mandibula se află din nou la locul ei, ea poate fi stabilizată cu un bandaj pentru a vă împiedica gura să se deschidă prea larg și să se producă o altă dislocare. Evitați a vă deschide gura prea larg pentru o perioadă de până la 6 săptămâni după luxație. Atunci când simțiți nevoia de a căsca, puneți-vă pumnul sub bărbie pentru a vă împiedica gura să se deschidă prea larg.

Dacă ați avut mandibula dislocată de mai multe ori, ați putea dori să consultați un chirurg specializat în problemele mandibulei și ale oaselor feței (un chirurg bucomaxilofacial) pentru a discuta opțiunile de tratament.

Fractura de mandibulă

Dacă mandibula este fracturată, medicul o va imobiliza cu un bandaj. În multe cazuri sunt necesare intervenții chirurgicale pentru a realinia oasele și pentru a le permite să se vindece. Deseori după operație, mandibula trebuie imobilizată 6 - 8 săptămâni. În acest timp, veți putea să consumați numai alimente moi sau lichide și s-ar putea să aveți dificultăți la vorbit.

Pierderea unui dinte

Atunci când un dinte permanent este smuls accidental, este nevoie de îngrijire medicală de urgenţă potrivită, indiferent dacă pierderea dintelui (avulsie dentară) i se întâmplă unui copil sau unui adult. Dinţii permanenţi care sunt scoşi pot fi uneori reimplantaţi dacă acţionaţi rapid. Un dinte fracturat, totuşi, nu poate fi reimplantat. Pentru mai multe informaţii, vedeţi pag. 369.

Afecţiunile articulaţiei temporo-mandibulare

Semne şi simptome

- Sensibilitate la atingerea muşchilor feţei
- Durere surdă localizată în faţa urechii
- Un sunet comparabil cu o trosnitură sau o senzaţie iritantă atunci când vă deschideţi gura sau când mestecaţi
- Înţepenirea articulaţiei, care face dificilă deschiderea sau închiderea gurii
- Cefalee

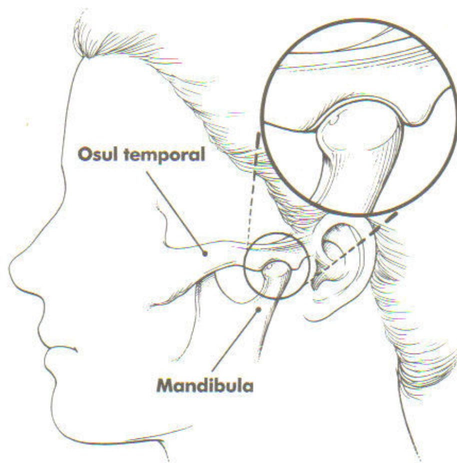
Articulaţiile temporomandibulare (ATM) sunt articulaţii cu mobilitate într-un singur plan care conectează ambele braţe ale mandibulei la craniu. Ca şi în cazul altor articulaţii, suprafeţele osoase sunt acoperite cu cartilaje şi sunt despărţite de un mic disc care împiedică oasele să se frece unul de altul. Muşchii care vă permit să deschideţi şi să închideţi gura servesc şi la stabilizarea acestor articulaţii, care sunt localizate la aproximativ un deget în faţa fiecărui conduct auditiv extern.

Atunci când deschideţi gura, mandibula se deplasează în jos şi înainte. Pentru ca ea să funcţioneze normal, ambele ATM trebuie să lucreze sincronizat. Dacă mişcarea ambelor articulaţii nu este coordonată, discul care separă maxilarul inferior de craniu poate ieşi din poziţia lui, dând naştere la disfuncţii ale mandibulei. Dacă gura ar fi forţată să se deschidă foarte repede sau prea mult, mandibula se poate disloca.

Ca şi în cazul altor articulaţii, ATM este predispusă la diverse afecţiuni cum ar fi artroza, poliartrita reumatoidă şi alte tipuri de inflamaţii. Alte cauze ale durerilor ATM includ uzura faţetelor articulare, leziunile, stresul, o muşcătură (ocluzie) aliniată defectuos şi aparate dentare care nu se potrivesc bine. În cazuri rare, pot apărea tumori în această regiune.

Tensiunea cronică şi anxietatea vă pot crea obişnuinţa de a ţine fălcile încleştate sau de a vă scrâşni dinţii – o stare numită bruxism. Mulţi oameni nu sunt conştienţi că îşi scrâşnesc dinţii deoarece li se întâmplă frecvent atunci în somn.

Această suprasolicitare a ATM şi a muşchilor care o susţin poate produce dureri ale maxilarului şi cefalee dimineaţa, la trezire. Durerea asociată afecţiunilor temporomandibulare poate să varieze de la uşoară la severă, iar afecţiunile pot fi temporare sau cronice.



Articulaţiile temporomandibulare sunt articulaţii cu mobilitate într-un singur plan situate de-o parte şi de alta a capului, acolo unde mandibula ia contact cu osul temporal. Inflamarea, lezarea sau dislocarea acestei articulaţii pot provoca dureri.

Diagnostic

Medicul sau stomatologul pot asculta sunetele pe care le produce mandibula şi îi pot observa raza de mişcare. Examinarea muşcăturii (ocluziei) dumneavoastră poate dezvălui anomalii în alinierea dinţilor şi în mişcarea mandibulei. Tulburările cum ar fi plombele supradimensionate, dinţii ascensionaţi, dinţii dislocaţi datorită unor pierderi mai vechi ale altor dinţi sau anumite caracteristici moştenite pot produce vicii de aliniere şi, mai târziu, durere.

În plus, prin examinarea modului de uzură, stomatologul poate determina dacă vă scrâşniţi dinţii în mod cronic. Palparea articulaţiei în timp ce o mişcaţi îl poate ajuta pe stomatolog să determine cauza tulburării. Radiografia sau rezonanţa magnetică nucleară (RMN) poate ajuta medicul sau stomatologul să verifice dacă există anomalii.

Tratament

În afară de a vă sfătui să evitaţi folosirea excesivă a mandibulei, medicul vă poate recomanda unul sau mai multe dintre următoarele tratamente:

Medicamente antiinflamatorii

Pentru a reduce inflamaţia, medicul vă poate sfătui să luaţi aspirină sau alte medicamente antiinflamatorii nesteroidiene (AINS), cum ar fi ibuprofenul (Motrin, Advil). Pentru durerile şi inflamaţiile severe, medicul vă poate face injecţii cu corticosteroizi intrarticular.

Tratament dentar corectiv

Stomatologul vă poate ameliora muşcătura (ocluzia dinţilor) prin echilibrarea suprafeţelor masticatorii ale dinţilor sau prin înlocuirea dinţilor lipsă, a plombelor sau a coroanelor.

Lamă palatină ortodontă

Dacă articulaţia temporomandibulară este aliniată defectuos, stomatologul vă poate recomanda o lamă palatină ortodontă, care se poartă peste dinţi, pentru a ajuta la alinierea maxilarelor, superior cu inferior.

Protecţia nocturnă

Dacă vă scrâşniţi dinţii în timpul somnului, o protecţie nocturnă – un dispozitiv moale sau dur pe care îl ţineţi între dinţi – vă poate ajuta să vă protejaţi dinţii.

Tratament chirurgical

Dacă alte căi de abordare a problemei eşuează, intervenţia chirurgicală pentru repararea sau pentru îndepărtarea discului aflat între mandibulă şi osul temporal poate fi necesară, însă se practică rar.

Autoîngrijire

În plus faţă de tratamentele medicale, aceste măsuri de autoîngrijire pot ajuta la prevenirea folosirii excesive şi a inflamării articulaţiei temporomandibulare:

- Nu mestecaţi gumă.
- Evitaţi alimentele lipicioase şi alimentele care trebuie mestecate mult, cum ar fi caramelele, bucăţile de carne şi morcovii sau ţelina crude.
- Atunci când căscaţi, evitaţi deschiderea prea largă a gurii.
- Dacă stresul este cauza bruxismului sau a încordării muşchilor mandibulei, terapia de relaxare sau purtarea unei protecţii nocturne în timpul somnului pot oferi confort.

Bruxismul

Semne şi simptome

- Scrâşnit intens sau zgomotos sau încleştare care apar în timpul somnului sau în timpul perioadelor de anxietate sau stres
- Vârfuri ale dinţilor tocite, aplatizate sau ciobite
- Smalţ dentar erodat care expune la exterior structura internă a dintelui
- Sensibilitate dentară crescută
- Încleştarea maxilarelor sau contracţii musculare
- Durere în mandibulă sau înţepenirea muşchilor mandibulei
- Păcănituri, ţăcănituri sau blocaj al articulaţiei temporomandibulare
- Dureri otice datorită contracţiilor muşchilor mandibulei
- Durere surdă matinală
- Durere facială cronică
- Ţesuturi muşcate la interiorul obrajilor

Bruxismul este termenul folosit pentru scrâşnitul dinţilor, muşcatul cu dinţii încălecaţi, sau încleştarea maxilarelor în timpul somnului sau în situaţiile care vă fac anxioşi sau încordaţi. Această stare poate fi moderată ca intensitate şi ocazională sau frecventă şi violentă.

Bruxismul apare cel mai frecvent în prima perioadă a nopţii şi îi poate deranja pe partenerii persoanelor afectate. Unii oameni îşi scrâşnesc dinţii atât de zgomotos încât nu pot reproduce sunetul în timp ce sunt treji sau relaxaţi. Alţii nu scot nici un sunet şi neagă a avea această tulburare, chiar şi atunci când sunt prezente leziuni dentare sau ale maxilarelor.

Muşcătura (ocluzia) vă afectează starea de sănătate a dinţilor şi a maxilarelor. Dintr-un număr estimat de 30 - 40 milioane de americani afectaţi de bruxism, 5 – 10% scrâşnesc din dinţi sau îşi încleştează maxilarele cu suficientă forţă încât să-şi rupă plombele sau coroanele dentare sau să-şi provoace alte tipuri de leziuni dentare. Bruxismul sever poate să provoace cefalee de tensiune, durere facială şi afecţiuni temporomandibulare.

Unele persoane cu bruxism scrâşnesc din dinţi numai din când în când. Pot să treacă zile sau săptămâni fără să o facă. Ei pot să-şi roadă unghiile din obişnuinţă, precum şi creioanele sau interiorul obrajilor.

Bruxismul este o tulburare a somnului frecvent întâlnită. Cercetările indică faptul că oamenii care scrâşnesc sau strâng din dinţi au şanse mai mari să sforăie, să facă pauze în respiraţie în timpul somnului (apneea în somn). Bruxismul este mai frecvent la femei decât la bărbaţi. În plus, femeile sunt mai predispuse la leziuni ale ţesuturilor articulaţiei temporomandibulare în urma strângerii şi scrâşnirii din dinţi.

Cauze

Bruxismul poate să fie provocat de o varietate de cauze psihologice şi fizice. Acestea cuprind:

- Malocluzie
- Anxietate, stres sau tensiune
- Furie sau frustrare suprimate
- Un tip de personalitate agresivă, competitivă sau hiperactivă

Bruxismul poate să apară uneori ca o complicaţie a unor leziuni cerebrale severe sau ca simptom al unei boli neuromusculare rare care afectează faţa. Poate fi provocat şi de un efect secundar neobişnuit al unor medicamente folosite în psihiatrie, inclusiv antidepresivele cum sunt sertralina (Zoloft), paroxetina (Paxil) şi fluoxetina (Prozac, Sarafem).

Stimulentele cum sunt tutunul şi cafeaua pot determina producerea în exces de adrenalină (epinefrină), ceea ce poate duce la agravarea acestei afecţiuni. Sunt puţine date care să sprijine teoria că bruxismul ar fi legat de factori genetici sau ereditari.

La copii, bruxismul poate fi legat de procesul de creştere şi dezvoltare. Unii copii scrâşnesc sau strâng din dinţi deoarece dinţii superiori nu sunt aliniaţi cu cei inferiori. Alţii fac acest lucru ca răspuns la durere, cum ar fi în prezenţa unei dureri de ureche sau care însoţeşte erupţia unui dinte.

Deşi majoritatea copiilor depăşesc bruxismul în procesul de creştere, chiar şi scrâşnirea sau încleştarea dinţilor pe termen scurt pot deteriora dinţii permanenţi. Dintre toţi copiii care scrâşnesc din dinţi între vârstele de 3 şi 10 ani, mai mult de 50% se vindecă spontan până la vârsta de 13 ani.

Diagnostic

În timpul examenelor stomatologice regulate, stomatologul caută de obicei urme ale bruxismului. Dacă observă semne, această tulburare poate fi urmărită pe parcursul mai multor vizite pentru a fi sigur de existenţa acestei afecţiuni înainte de începerea terapiei.

Stomatologul vă poate întreba despre situaţiile care produc stres în viaţa dumneavoastră, despre starea generală de sănătate a dinţilor şi despre orice medicamente folosiţi, dacă băuturile pe care le consumaţi în mod normal conţin alcool sau cofeină, în special

consumate după-amiaza. Stomatologul ar putea să mai dorească să vă întrebe partenerul de viaţă despre obiceiurile dumneavoastră legate de somn, în special despre orice sunete neobişnuite asemănătoare cu scrâşniturile care le-ar putea auzi în timpul nopţii.

Pentru a evalua gravitatea problemei, stomatologul poate face o examinare fizică a gurii şi maxilarelor dumneavoastră. În cadrul acestui examen, va căuta zone sensibile la muşchii maxilarului şi orice anomalii dentare, cum ar fi dinţi fracturaţi sau lipsă şi vicii de aliniere ale dinţilor.

În plus, pe lângă examinarea ocluziei şi a dinţilor, stomatologul va studia structurile osoase în contact cu dinţii şi din regiunea obrajilor pentru a identifica eventuale leziuni produse de bruxism. Ar putea cere radiografii ale gurii şi maxilarelor.

Tratament

Scopul tratamentului este de a preveni apariţia de leziuni permanente ale dinţilor şi de a reduce durerea provocată de bruxism. Învăţarea modului în care să vă ţineţi corect dinţii, limba şi buzele pot fi de ajutor pentru schimbarea comportamentului dumneavoastră şi pentru a calma bruxismul. Ţinerea limbii în sus, cu dinţii depărtaţi şi buzele închise poate împiedica scrâşnirea dinţilor sau încleştarea maxilarelor.

Alte forme de tratament variază în funcţie de cauză.

Stresul

Dacă afecţiunea dumneavoastră se datorează stresului, strategiile pentru a vă ajuta să vă relaxaţi pot duce la ameliorarea bruxismului. Vi se prescriu medicamente pentru relaxare musculară în scopul de a reduce temporar spasmul maxilarelor încleştate.

Problemele dentare

Dacă bruxismul are drept cauză o problemă dentară, stomatologul o poate trata cu ajutorul aparatelor ortodontice pentru a corecta viciile de aliniere ale dinţilor. În situaţii avansate, se pot folosi îmbrăcăminţi sau coroane dentare pentru a schimba în întregime forma suprafeţelor masticatorii ale dinţilor. O piesă bucală sau un aparat dentar de protecţie pot fi de ajutor în cazul în care bruxismul este suficient de grav încât să provoace leziuni dentare mari.

Leziunile cerebrale sau bolile neuromusculare

Bruxismul care se datorează unei leziuni cerebrale sau unei boli neuromusculare poate fi greu de controlat. Un dispozitiv bucal de protecţie v-ar putea fi de ajutor.

Tratament medicamentos

Dacă aveţi bruxism ca efect secundar la medicamente, medicul vă poate prescrie alte medicamente pentru a combate bruxismul. Studiile arată că gabapentina (Neurontin) poate fi folosită cu succes în tratamentul bruxismului provocat de terapia antidepresivă.

Infecţii şi afecţiuni ale cavităţii bucale

Aproape oricine a avut o dată o boală a cavităţii bucale. De multe ori, problema este o iritaţie pasageră, cum ar fi o ulceraţie bucală. Alte tulburări pot fi mult mai debilitante sau grave.

Stomatita ulceroasă

Semne şi simptome

- Mici ulceraţii dureroase şi de culoare albă localizate în gură

Stomatita ulceroasă este frecventă şi supărătoare. Ulceraţiile sunt solitare sau în grupuri, pe suprafeţele interne ale obrajilor şi buzelor, pe limbă, la baza gingiilor şi pe membrana mobilă din spatele cerului gurii (palatul moale).

În ciuda numeroaselor cercetări, cauza ulceraţiilor bucale rămâne neclară. Concepţia actuală sugerează că fie stresul, fie leziunile tisulare pot fi cauza erupţiilor ulcerelor bucale. Unii cercetători cred că anumite alimente – de exemplu, citricele, roşiile şi unele nuci – ar putea complica această problemă. O leziune minoră, cum ar fi muşcarea interiorului gurii, ar putea declanşa o ulceraţie bucală.

Ulceraţiile bucale pot fi simple sau complexe. Un tip simplu de ulceraţie bucală poate să apară de 3 - 4 ori pe an şi poate dura 4 - 7 zile. Prima dată a apariţiei se situează între 10 şi 20 de ani, însă poate să se întâlnească şi la copiii mici.

Când o persoană atinge vârsta adultă, ulceraţiile bucale apar mai rar şi pot chiar să înceteze să se mai producă. Femeile par să le dezvolte mai frecvent decât bărbaţii, şi aceste probleme par să se transmită în familie.

Ulceraţiile bucale complexe sunt mai puţin frecvente însă mult mai problematice. Oamenii cu acest tip de afecţiune pot suferi de ea pentru 50% din timp. Pe măsură ce se vindecă ulceraţiile vechi, apar altele noi.

Tratament

Nu există nici un remediu pentru ulceraţii, fie simple, fie complexe, iar tratamentul eficient este limitat. Totuşi, următoarele măsuri pot oferi o ameliorare temporară:

- evitaţi alimentele abrazive, acide sau condimentate, care pot agrava durerea;
- aplicaţi gheaţă pe ulceraţiile bucale;
- periaţi-vă dinţii cu grijă pentru a evita iritarea ulceraţiei bucale;
- folosiţi un anestezic local eliberat fără prescripţie medicală;
- clătiţi-vă gura cu preparate eliberate fără prescripţie medicală, cum este apa oxigenată diluată;
- folosiţi un analgezic eliberat fără prescripţie medicală.

Pentru atacurile severe de ulceraţii bucale, stomatologul sau medicul vă poate prescrie o pastă antibacteriană numită amlexanox (Aphthasol), o apă de gură antibacteriană, un unguent cu corticosteroizi sau o soluţie anestezică ce conţine lidocaină (L-caine Viscous, Xylocaine Viscous). Consultaţi stomatologul în cazul în care aveţi suprafeţe dentare ascuţite sau aparate dentare care pot produce ulceraţii.

Gingivostomatita

Semne şi simptome

- Ulceraţii bucale şi gingivale
- Respiraţie urât mirositoare
- Febră şi o stare generală de rău

Gingivostomatita este o infecţie virală a gingiei şi a mucoasei bucale care apare cel mai frecvent la copii. Ea însoţeşte frecvent o infecţie a căilor aeriene superioare, cum ar fi răceala comună. Gingivostomatita variază de la forma uşoară la forma severă şi durează în general 2 săptămâni.

Diagnostic

Semnele care indică prezenţa gingivostomatitei cuprind ulceraţii pe gingii sau pe interiorul obrajilor, respiraţie urât mirositoare şi febră. Medicul sau stomatologul pot examina gura copilului şi pot căuta semnele unei infecţii de fond, în mod special una care afectează toracele sau gâtul. Poate fi prelevată o probă pentru a se face o cultură bacteriană.

Tratament

Tratamentul unei infecţii sau tulburări de fond poate ajuta la vindecarea infecţiei orale. O apă de gură ce conţine medicamente poate ajuta la diminuarea durerii şi poate favoriza vindecarea.

O bună igienă orală şi o dietă bogată în elemente nutritive şi de consistenţă păstoasă împreună cu foarte multe lichide sunt importante. Folosirea unei ape de gură obţinută din 1/2 linguriţă de sare dizolvată în 200 – 250 ml de apă sau o apă de gură eliberată fără prescripţie medicală, pot avea un efect reconfortant.

Candidoza bucală

Semne şi simptome

- Placarde albe cu aspect cremos în gură sau în gât

Cavitatea bucală adăposteşte tipuri diferite de germeni. Unul dintre ei, ciuperca numită *Candida albicans*, se poate reproduce necontrolat, provocând o infecţie cunoscută sub numele de candidoză. Infecţia se poate extinde în jos la esofag.

Această ciupercă este responsabilă şi de infecţii vaginale. Candidoza bucală apare cel mai frecvent atunci când rezistenţa naturală la boală a fost diminuată de către alte boli sau atunci când echilibrul natural dintre microorganismele din gură a fost tulburat de către medicamente cum sunt antibioticele, imunodepresivele sau corticosteroizii.

Halena

Oricine doreşte să aibă o respiraţie mereu proaspătă. Datorită faptului că acest lucru este atât de important pentru oameni, bomboanele mentolate şi apele de gură constituie o industrie care valorează multe milioane de dolari.

Este trist faptul că aceste produse nu au întotdeauna succes în combaterea halenei (respiraţie urât mirositoare) sau că efectele lor sunt numai temporare. De fapt, ele pot fi mult mai puţin eficiente decât banala clătire a gurii cu apă şi periatul dinţilor sau curăţatul lor cu aţa dentară.

Care sunt cauzele halenei?

Cauzele halenei sunt multiple. În primul rând, gura însăşi poate fi de vină. Descompunerea particulelor de alimente şi a altor resturi de către bacterii pe suprafaţa şi în jurul dinţilor poate duce la apariţia unui miros neplăcut datorat compuşilor de sulf volatili. Pungile de infecţii, precum cele din parodontită sunt cauze evidente de mirosuri urâte. O gură uscată, cum se întâmplă în timpul somnului sau ca rezultat al fumatului sau consumului anumitor medicamente, permite celulelor moarte să se acumuleze pe limbă, gingii şi obraji. Acestea se descompun şi provoacă mirosul.

O altă cauză a halenei este consumul de alimente care conţin uleiuri volatile cu un miros puternic, distinctiv. Ceapa şi usturoiul sunt exemplele cele mai cunoscute, însă şi alte legume şi mirodenii pot duce la instalarea unei respiraţii urât mirositoare. După ce sunt digerate aceste tipuri de alimente, substanţele volatile sunt absorbite în circulaţia sangvină şi transportate la plămâni. De acolo, sunt exhalate prin respiraţie. Alcoolul se comportă în acelaşi fel, permiţând astfel măsurarea nivelului de alcool din sânge prin testarea aerului expirat.

Bolile de plămâni pot produce o halenă, cum o pot face şi infecţiile cronice ale plămânilor. Dacă aveţi o motilitate gastrică redusă, s-ar putea să aveţi o respiraţie cu miros neplăcut datorită fermentării conţinutului stomacului. Eructaţia poate elibera mirosul. Boala de reflux gastro-esofagian poate genera şi ea halena.

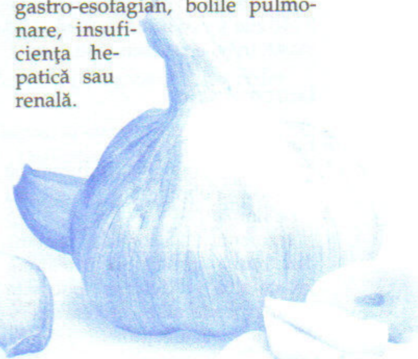
Mai multe probleme generale de sănătate pot produce mirosuri neplăcute distinctive ale respiraţiei. Insuficienţa renală poate provoca apariţia unui miros asemănător cu cel al urinei, iar insuficienţa hepatică poate determină apariţia unui miros uneori asemănat cu cel de peşte. Acetona în aerul expirat dă un miros de fructe şi poate să fie întâlnită la diabetici care au nivele excesive de acizi în sânge (cetoacidoză) sau la copiii bolnavi care au mâncat necorespunzător pentru mai multe zile.

Prevenirea apariţiei halenei

În cazul majorităţii oamenilor, halena poate fi ameliorată prin:

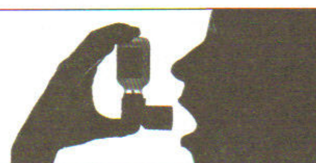
- Spălatul pe dinţi după fiecare masă.
- Periatul limbii pentru îndepărtarea celulelor moarte.
- Curăţatul cu aţa dentară o dată pe zi pentru a îndepărta particulele de alimente dintre dinţi.
- Consumul de apă în cantităţi mari – şi nu cafea, sifon sau alcool – pentru a vă menţine gura umedă.
- Evitarea alimentele puternic aromate care pot fi cauza mirosului neplăcut al respiraţiei. Spălându-vă pe dinţi sau folosind o apă de gură acoperiţi numai parţial mirosurile de usturoi sau ceapă.
- Schimbarea periuţei de dinţi o dată la 3 - 4 luni de zile.
- Clătirea gurii după folosirea medicamentelor inhalatorii.

În alte cazuri, halena poate fi eliminată prin tratarea afecţiunii de fond, cum ar fi refluxul gastro-esofagian, bolile pulmonare, insuficienţa hepatică sau renală.



SFATURI PENTRU PREVENIRE

Dacă folosiți un corticosteroid inhalator pentru astm, sunteți supus unui risc crescut de a face candidoză orală. După ce vă administrați medicamentul, spălați-vă pe dinți sau clătiți-vă gura foarte insistent cu apă și apoi scuipați afară apa. Aceste măsuri vă vor reduce riscul de a face candidoză orală.



Infecția este întâlnită cel mai frecvent la bebeluși, copii mici și adulți în vârstă, deși ea poate să apară în orice perioadă a vieții. Candidoza se dezvoltă mai ales în locuri umede iritate sau lezate, de exemplu sub protezele dentare care nu se potrivesc bine. Dacă obișnuiți să fumați sunteți expus la un risc mai ridicat.

Diagnostic

Dacă vă apar în gură sau pe limbă pete albe, ușor ridicate, cu aspect cremos, s-ar putea să aveți candidoză bucală. Aceste pete pot să fie îndepărtate atunci când vă spălați pe dinți sau când mâncați. Periatul pe dinți poate să mărească leziunile și să determine o ușoară sângerare. Infecția se poate extinde spre cerul gurii și spre gingii, pe limbă și în gât.

Medicul sau stomatologul vă vor examina gura și gâtul pentru a căuta eventuale semne ale cauzei bolii.

Cât de gravă este candidoza bucală?

Candidoza bucală poate fi dureroasă, însă în majoritatea cazurilor nu este o afecțiune gravă. Totuși, ea poate crea disconfort atunci când mâncați.

Tratament

Medicul sau stomatologul vă vor prescrie probabil o cură orală de medicamente antifungice pentru 7 - 10 zile. Orice boală de fond, dacă există, trebuie, de asemenea, tratată.

Leucoplazia

Semne și simptome

- O formațiune albă, indurată pe mucoasa obrajilor, pe gingii sau pe limbă.

Termenul de *leucoplakia* provine din limba greacă și înseamnă „placă albă", o descriere potrivită pentru petele albe care caracterizează această afecțiune.

Leucoplazia este reacția gurii la iritația cronică precum cea care se datorează protezelor dentare care nu se potrivesc bine sau unui dinte ascuțit care se freacă de obraz sau de gingie. De-a lungul unei perioade de mai multe săptămâni, s-ar putea să observați dezvoltarea unei pete albe sau gri pe mucoasa obrazului, pe limbă sau pe gingii (vezi ilustrația color, pag. 440). La început, poate să nu creeze probleme. După o vreme, poate deveni dură și sensibilă la alimente fierbinți sau condimentate.

Atunci când apare o pată albă în gura unui fumător, avem de-a face cu o afecțiune numită keratoză. Aceste pete albe sunt rezultatul reacției naturale de apărare a organismului împotriva temperaturii ridicate a fumului de tutun. Ele mai apar și în locurile din gură unde sunt ținute pentru perioade mai lungi bucățelele de tutun pentru mestecat sau pulberile pentru prizat.

Leucoplazia este cel mai frecvent întâlnită la vârstnici.

Diagnostic

Medicul sau stomatologul vor examina pata și vor încerca să determine cauza iritației; pot să preleveze o porțiune din zona respectivă pentru a o examina sub microscop (biopsie). Aproximativ 5% din leucoplazii sunt fie canceroase în momentul diagnosticului, fie vor deveni canceroase în următorii 10 ani dacă nu sunt tratate corect.

Tratament

Tratarea leucoplaziei presupune îndepărtarea sursei de iritație, dacă acest lucru este posibil. Dacă un dinte ascuțit sau o proteză dentară sunt cauza, dintele responsabil poate fi plombat sau înlocuit. Dacă pata are legătură cu fumatul sau cu mestecatul tutunului, cea mai bună alegere pentru succesul tratamentului este să renunțați la acest obicei.

O dată eliminată sursa iritației, pata dispare de obicei în câteva săptămâni sau luni de zile.

Lichenul plan bucal

Semne și simptome

- Mici vezicule palid colorate, care formează o rețea pe limbă sau pe mucoasa obrajilor
- Pete roșii, strălucitoare, ușor bombate pe limbă sau pe mucoasa obrajilor
- Durere la nivelul gurii sau senzația de arsură
- Gură uscată
- Gust metalic în gură

Lichenul plan bucal se poate limita ca expresie la o rețea de vezicule palide sau pete roșii, strălucitoare, bombate, pe suprafețele laterale ale limbii ori pe mucoasa obrajilor, sau se poate agrava, căpătând forma unei leziuni erozive. Gura poate fi uscată, dureroasă. Se poate percepe un gust metalic. Unii oameni nu au alte simptome în afara veziculelor sau petelor bombate.

Cauza bolii nu este clară. Stresul emoțional pare să fie elementul declanșator în cazul unor persoane. La alții, poate fi asociată cu unele medicamente, de exemplu antibiotice, diuretice, ioduri, fenotiazine, clorochină, quinacrine sau chinidină.

Unele cazuri au fost corelate cu infecții, cum ar fi hepatita. Orice adult poate face această boală rară, însă ea afectează femeile de vârstă medie mai mult decât oricare altă categorie de persoane.

Se pare că există o legătură între forma bucală a lichenului plan și forma cutanată deoarece aproape 50% dintre cei care suferă de această boală cu localizare orală au și forma cutanată.

Cât de grav este lichenul plan?

Lichenul plan bucal nu este de obicei o boală gravă. Totuși, persoanele care au leziuni orale persistente au un risc crescut de a face cancer spinocelular – o formă de cancer de piele. În aceste cazuri, medicul vă poate recomanda

examinări regulate în scopul monitorizării oricăror schimbări ale leziunilor. Este de asemenea importantă încetarea oricărei forme de consum a tutunului, care creşte riscul apariţiei acestui tip de cancer.

Tratament

Tratamentul poate să nu fie necesar. Dacă motivul este un anumit medicament, medicul sau stomatologul vă poate recomanda să încetaţi administrarea acestuia şi vă va prescrie probabil alte medicamente.

Alte tratamente se concentrează asupra înlăturării pruritului. Medicul sau stomatologul vă pot recomanda:

- un unguent sau o cremă cu corticosteroizi;
- fototerapie cu lumină ultravioletă, în unele cazuri;
- corticosteroizi orali, în cazurile severe;
- terapie imuno-modulatoare, în cazurile grave.

Afecţiunile limbii

Semne şi simptome

- Limba devine netedă, de culoare roşie-închisă şi uneori dureroasă
- Limba devine decolorată, neagră sau maroniu-închis
- Limba pare a fi păroasă sau cu blană

Există mai multe maladii care vă pot afecta limba. Majoritatea sunt minore, însă dacă simptomele persistă peste 10 zile, consultaţi medicul sau stomatologul.

Inflamaţia limbii

În mod normal, suprafaţa limbii este acoperită cu mici formaţiuni asemănătoare cu nişte perişori, numite papile. Inflamarea limbii (glosita) lezează papilele şi poate determina apariţia unei serii de modificări, inclusiv decolorarea. Tipic, limba îşi pierde caracterul normal, aspectul roz şi mătăsos, şi poate deveni dureroasă.

Glosita poate fi determinată de diverşi factori, inclusiv infecţii bacteriene sau fungice, anemia feriprivă sau pernicioasă, care este produsă de carenţa de vitamină B_{12}.

Glosita acută

Glosita acută poate apărea ca rezultat al unei infecţii locale, al unei arsuri sau al unui traumatism. Se poate instala rapid, fără dureri şi tumefacţie. Poate deranja mestecatul, înghiţitul şi vorbitul.

Dacă limba se umflă foarte mult, poate să blocheze căile aeriene. Dacă se întâmplă aceasta, mergeţi imediat la cel mai apropiat spital de urgenţă sau chemaţi un medic, ori ambulanţa. Tratamentul prompt cu corticosteroizi reduce de obicei tumefacţia.

Limba geografică

Limba geografică este caracterizată prin absenţa papilelor pe zone, dând limbii un aspect neted şi colorat roşu-aprins în zonele respective (vezi ilustraţia color, pag. 440). Pot să apară dureri sau arsuri. Cauza acestei stări nu este complet elucidată.

Limba geografică poate să îşi modifice aspectul de la zi la zi sau poate să aibă acelaşi caracter persistent. Nu există un tratament specific. Evitaţi alimentele fierbinţi sau condimentate, tutunul şi alcoolul.

? **Întrebare şi răspuns**

Cercelul introdus în limbă (piercing) poate să provoace o infecţie gravă?

Cea mai nouă modă nu este întotdeauna un lucru sănătos. Unii oameni nu conştientizează că un piercing oral – un cercel introdus în limbă sau în buză – poate să îi aducă în cabinetul medicului sau la departamentul de urgenţă al unui spital.

Un piercing oral oferă milioanelor de bacterii aflate în gură o şansă să provoace o infecţie. Alte complicaţii pot fi tumefierea, creşterea fluxului de salivă, lezarea ţesutului gingival, hemoragii necontrolabile şi leziuni ale nervilor.

Pot apărea infectarea sângelui (septicemia) şi cheaguri de sânge. Tumefacţia limbii este frecventă şi, dacă este accentuată, poate să blocheze căile respiratorii şi să obstrucţioneze respiraţia.

Limba neagră piloasă

O multiplicare exagerată a bacteriilor prezente în mod normal în gură poate duce la decolorarea limbii (vezi ilustraţia color, pag. 440). Aceste bacterii se pot acumula pe papilele linguale. Unele tipuri de bacterii şi drojdii produc pigmenţi similari cu cei ai eritrocitelor care pot conferi limbii o culoare neagră. În plus, papilele se pot alungi, determinând limba să pară acoperită de păr.

Cauza acestei situaţii nu este clară, însă ar putea fi legată de:

- multiplicarea ciupercilor în urma unui tratament cu antibiotice, care modifică echilibrul bacterian din cavitatea bucală;
- folosirea medicamentelor care conţin bismut, cum ar fi Bismatrol şi Pepto-Bismol;
- fumatul sau mestecatul tutunului.

Alte cauze posibile ale limbii păroase pot fi folosirea excesivă a apelor de gură ce se eliberează cu prescripţie medicală şi care conţin clorhexidină, un flux scăzut de salivă şi o igienă bucală precară.

Tulburarea nu este gravă şi se vindecă de obicei după încetarea folosirii medicaţiei sau apei de gură vinovate. Puteţi să îndepărtaţi pigmenţii şi excrescenţele cu aspect de peri periindu-vă cu delicateţe limba cu ajutorul periuţei de dinţi de 2 ori pe zi.

Apa oxigenată diluată – 30 ml apă oxigenată la 150 ml apă – poate ajuta la decolorarea limbii. Puteţi face gargară cu această soluţie sau să o aplicaţi pe limbă cu ajutorul unei periuţe de dinţi. Evitaţi să înghiţiţi această soluţie. După folosirea ei, clătiţi-vă gura. Dacă această soluţie nu rezolvă problema, consultaţi medicul sau stomatologul.

Cancerul cavităţii bucale

Semne şi simptome

- O leziune bucală care nu se vindecă sau care creşte în dimensiuni
- Durere persistentă în gură
- Tumefieri sau pete albe, roşii ori întunecate pe mucoasa bucală
- Îngroşarea obrajilor
- Dificultate la înghiţit, mestecat sau la mişcatul limbii

- Dificultate la mişcarea maxilarelor
- Tumefieri sau dureri în regiunea maxilarelor
- Durere sau senzaţie de corp străin în gât
- Amorţeală a limbii sau a altor structuri din gură
- O tumefacţie în regiunea gâtului
- Modificare a vocii

În fiecare an, apar în SUA circa 30 000 de cazuri noi de cancer bucal – cancer de buze, gură, limbă, gingii şi glande salivare – şi cancer în regiunea superioară a gâtului (cancer orofaringian). În jur de 7 800 de americani mor anual din cauza acestor tipuri de cancer.

Aproximativ 80% dintre cancerele bucale apar pe limbă sau pe planşeul bucal. Ele pot să apară şi pe mucoasa obrajilor, pe gingii şi în cerul gurii.

Autoexaminarea periodică a cavităţii bucale este cea mai bună metodă de a determina primele semne ale cancerului. Un indiciu precoce al existenţei cancerului este apariţia uneia sau mai multor schimbări în modul în care arată sau sunt simţite ţesuturile moi din gură. Atunci când este depistat în fazele incipiente şi tratat corespunzător, cancerul bucal este aproape întotdeauna vindecabil. Din nefericire, mai mult de 50% dintre toate cancerele bucale şi ale regiuni superioare a gâtului sunt în stadiu avansat la momentul punerii diagnosticului.

Cauze

Cancerul bucal pare să se producă în urma situaţiilor care produc leziuni ale celulelor din gură astfel încât ele să se reproducă rapid sub forma unor celule canceroase. O multitudine de factori pe care puteţi să-i controlaţi cresc riscul de a face cancer bucal. Ei cuprind:

Consumul de tutun

Tutunul poate leza celulele care căptuşesc cavitatea bucală şi porţiunea superioară a gâtului. Fumătorii sunt de 6 ori mai expuşi riscului de a face cancer bucal sau în regiunea superioară a gâtului decât nefumătorii. Circa 90% dintre oamenii care suferă de aceste forme de cancer folosesc o formă de consum a tutunului. Oamenii care folosesc tutunul fără fum sunt supuşi unui risc crescut de a face cancer al obrazului şi al suprafeţelor interne ale buzelor. Cancerul bucal este de 2 ori mai frecvent la bărbaţi faţă de femei.

Consumul excesiv de alcool

Alcoolul poate leza celulele din interiorul gurii şi din regiunea superioară a faringelui. Circa 75 – 85% dintre oamenii care suferă de cancer bucal sau al regiunii superioare a faringelui sunt mari consumatori de alcool. Combinaţia dintre alcool şi tutun creşte riscurile.

Expunerea prelungită la lumina ultravioletă

Prea multă lumină ultravioletă poate leza celulele de pe suprafaţa buzelor, crescând riscul de a face cancer.

Leucoplazia

În majoritatea cazurilor de leucoplazie, petele albe de pe mucoasa obrajilor sau buzelor nu reprezintă un pericol. Însă, ocazional, ele pot fi semne timpurii ale cancerului. Un procent ridicat de cancere bucale apar în regiunile adiacente leucoplaziilor. Leucoplazia

Fără fum nu înseamnă fără probleme

Dacă dumneavoastră consideraţi că tutunul de mestecat nu vă poate face vreun rău, gândiţi-vă la următoarele adevăruri – o porţie de tutun pentru mestecat ţinută între obraz şi gingie 30 de minute introduce în corpul dumneavoastră aceeaşi cantitate de nicotină pe care o furnizează fumatul a 3 ţigări. Organismul absoarbe şi el mai multe substanţe chimice toxice, inclusiv arsen şi formaldehidă.

Tutunul de mestecat – cunoscut şi sub formă de tutun pentru prizat – duce la apariţia cancerului. În fiecare an, 10 - 16 milioane de americani îşi riscă sănătatea folosind tutun pentru mestecat. Riscul de a face cancer bucal al celor ce folosesc tutunul pentru mestecat pe termen lung este de până la 50 de ori mai ridicat decât al celor care nu îl folosesc.

Companiile producătoare de tutun au inventat termenul de *tutun fără fum*, care le sugerează unora că acesta este mai puţin dăunător şi creează mai puţină dependenţă decât ţigaretele. Această atitudine poate să facă un produs deja periculos să pară mai sigur şi mai acceptabil decât alte produse din tutun.

Cine îl foloseşte?

Majoritatea celor care folosesc tutun pentru mestecat au sub 18 ani, în ciuda faptului că acest produs este ilegal pentru acest grup de vârstă în majoritatea statelor. Băieţii de liceu sunt cei mai mari utilizatori. Contrar concepţiei populare, jucătorii de baseball din prima ligă nu sunt singurii care folosesc cu regularitate tutunul pentru mestecat. Alte grupuri de meserii au început să folosească tutunul pentru mestecat datorită noilor reglementări anti-fumat care îi împiedică să fumeze la serviciu sau pe teren.

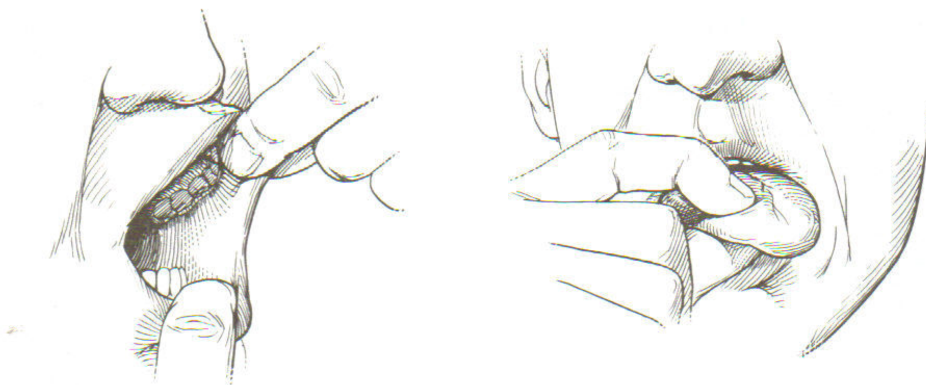
Cu ce vă afectează?

Tutunul pentru mestecat vă poate face dependenţi de nicotină. Cercetările indică faptul că tutunul pentru mestecat poate crea dependenţă la fel de repede ca morfina sau cocaina.

Tutunul pentru mestecat nu este confecţionat numai din tutun sau din produse naturale. De fiecare dată când îl folosiţi, absorbiţi o serie de substanţe chimice toxice, dintre care multe pot duce la apariţia cancerului (substanţe carcinogene). Acestea cuprind:

- *nitrozamine* - cele mai puternice substanţe chimice care provoacă apariţia cancerului;
- *poloniu* - particule radioactive;
- *formaldehida* - o substanţă chimică utilizată în compoziţia lichidului pentru îmbălsămare;
- *arsen şi cadmiu* - metale otrăvitoare.

Chiar după numai o săptămână de la începerea folosirii tutunului pentru mestecat, puteţi să prezentaţi mici pete albe în interiorul gurii, afecţiune care poartă numele de leucoplazie (vezi pag. 720). În doar câteva luni de folosire regulată, mulţi utilizatori ai tutunului pentru mestecat prezintă aceste pete albe, care pot fi un semn timpuriu al cancerului. Petele roşii, numite eritroleucoplazie, sunt şi mai susceptibile de a deveni canceroase.



Autoexaminarea de rutină a gurii şi limbii vă permite să vedeţi sau să simţiţi un cancer bucal în momentul în care este redus ca dimensiuni şi tratamentul are cea mai mare eficienţă.

poate să apară din mai multe cauze, cum ar fi fumatul sau mestecatul produselor din tutun, protezele dentare care nu se potrivesc bine, un dinte ascuţit sau obişnuinţa de a vă muşca obrazul.

Diagnostic

Pentru a determina dacă o regiune suspectă din cavitatea bucală este canceroasă, medicul va trebui să ia o mică mostră de ţesut pentru a o examina sub microscop (biopsie).

Aproape toate cancerele orale sunt cu celule scuamoase. Celulele scuamoase sunt dure şi aplatizate, şi formează mucoasa cavităţii bucale şi a porţiunii superioare a faringelui, ca şi suprafaţa pielii. Cancerul cu celule scuamoase debutează cu celule anormale localizate numai la suprafaţă. Pe măsură ce cancerul avansează, celulele maligne invadează straturile mai profunde ale cavităţii bucale şi ale porţiunii superioare a gâtului şi se pot răspândi la ganglionii limfatici, precum şi la alte structuri ale corpului.

Pentru ca medicul să determine dacă şi cât de departe s-a răspândit cancerul, vă va face radiografii dentare, ale toracelui şi ale capului,

Alte riscuri pentru sănătate

În plus faţă de cancerul bucal, tutunul pentru mestecat vă creşte riscurile de a face:

Afecţiuni ale dinţilor şi ale gingiilor

Pentru a face mai rapidă pătrunderea nicotinei în sânge, tutunul pentru mestecat conţine substanţe abrazive precum fibra de sticlă şi nisipul. Aceste substanţe fac mici tăieturi în gingii, făcându-vă să pierdeţi ţesut gingival şi chiar dinţi. Retracţia gingiei nu este reversibilă şi expune rădăcinile dinţilor, ceea ce îi face de 4 ori mai predispuşi la a face carii.

Boli cardiovasculare

Folosirea tutunului pentru mestecat vă expune unui risc crescut de a face hipertensiune arterială, infarct miocardic şi accidente vasculare cerebrale.

Alte tipuri de cancer

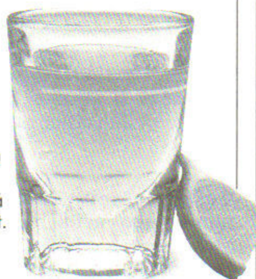
Folosirea tutunului pentru mestecat creşte riscurile de a face cancer de esofag, faringe, laringe, stomac, pancreas şi prostată.

Renunţatul la fumat

Renunţatul la fumat este posibil – fie progresiv, fie brusc – şi medicul sau stomatologul vă poate ajuta. Renunţarea la tutunul pentru mestecat poate fi la fel de dificilă ca renunţatul la fumat şi majoritatea oamenilor fac multe încercări înainte de a renunţa definitiv. Veţi percepe probabil simptomele sevrajului: o dorinţă puternică de a relua consumul, iritabilitate şi dificultate în a vă concentra. Următoarele măsuri vă pot ajuta să combateţi obiceiul de a consuma tutun pentru mestecat.

- *Alegeţi o dată la care să încetaţi consumul.* Încercuiţi acea dată pe calendar şi respectaţi-o.
- *Folosiţi mai puţin.* Chiar înainte să vă lăsaţi, reduceţi numărul de consumuri zilnice, măriţi intervalul dintre fiecare administrare şi ţineţi preparatul în gură pentru un timp mai scurt.
- *Evitaţi presiunile celorlalţi.* Înconjuraţi-vă de oameni care vă sprijină decizia.
- *Folosiţi înlocuitori ai tutunului pentru mestecat.* Alte produse vă pot ajuta să nu vă reluaţi obiceiul de a folosi tutun pentru mestecat. Încercaţi guma de mestecat fără zahăr sau dropsurile, seminţele de floarea soarelui sau carnea deshidratată. Produsele pentru mestecat care nu conţin tutun (Oregon Mint), care sunt preparate din plante (Golden Eagle) sau suplimentele dietetice (Winner's Edge) pot şi ele să reducă dorinţa imperioasă de a consuma tutun.
- *Nu cedaţi în faţa poftei de a consuma tutun.* Fiecare impuls de a consuma tutun durează 3 - 5 minute. În timpul fiecăruia, distrageţi-vă atenţia respirând profund, făcând exerciţii fizice sau ronţăind ceva.
- *Staţi de vorbă cu medicul sau cu stomatologul.* Acesta vă poate ajuta să planificaţi o strategie.
- *Tratament medicamentos.* Studiile au arătat că bupropionul (Zyban) poate ajuta oamenii să renunţe la consumul tutunului pentru mestecat. Guma de mestecat cu nicotină sau plasturii cu nicotină, spray-urile nazale sau pentru inhalat pot fi de ajutor. Întrebaţi medicul despre aceste produse.

SFATURI PENTRU PREVENIRE



Tutunul şi alcoolul sunt de departe cei mai importanţi factori de risc în apariţia cancerului bucal. Vă puteţi reduce foarte mult riscul de a face cancer bucal dacă nu fumaţi şi dacă limitaţi cantitatea de alcool pe care o consumaţi sau dacă evitaţi complet alcoolul. Iată alte măsuri pe care le puteţi lua în scopul prevenirii cancerului cavităţii bucale sau pentru a împiedica răspândirea lui.

- Dacă purtaţi proteze dentare, asiguraţi-vă că se potrivesc bine şi curăţaţi-le în mod regulat. Iritarea cavităţii bucale vă creşte riscul de a face cancer.
- Nu vă muşcaţi interiorul obrajilor sau gurii.
- Limitaţi expunerea la soare. Atunci când staţi la soare, folosiţi un balsam pentru buze care conţine preparate protectoare împotriva razelor solare şi purtaţi o pălărie cu boruri pentru a vă proteja faţa, inclusiv buzele.
- Controlaţi-vă periodic gura şi buzele. Stând în faţa unei oglinzi, folosiţi arătătorul şi degetul mare pentru a exercita o tracţiune asupra ţesuturilor feţei către lateral obţinând o vedere bună asupra ţesuturilor aflate la interiorul buzelor, obrajilor şi asupra altor ţesuturi din cavitatea bucală. Căutaţi mici tumefieri şi schimbări de culoare. Folosiţi degetele pentru a palpa în căutarea eventualelor mici tumefieri sau locuri hipersensibile.
- Dacă observaţi schimbări, consultaţi medicul sau stomatologul cât de curând posibil. Cancerul cavităţii bucale este vindecabil, însă succesul tratamentului depinde de depistarea precoce.

tomografie computerizată, rezonanţă magnetică nucleară (RMN) sau o ecografie (vezi cap. 39, „Teste diagnostice").

Tratament

Intervenţia chirurgicală în fazele de început ale bolii oferă cea mai mare şansă de vindecare împreună cu cele mai mici efecte secundare. Dacă o tumoră nu poate fi îndepărtată complet, medicul vă poate recomanda radioterapie. Uneori, medicii recomandă chimioterapie înaintea operaţiei sau în combinaţie cu radioterapia.

Tratament chirurgical

Tipul de intervenţie chirurgicală depinde de dimensiunile şi de localizarea tumorii. Tumorile care nu au invadat ţesuturile învecinate pot fi extirpate pe cale chirurgicală cu relativ puţine efecte secundare. Totuşi, dacă tumora a invadat ţesuturile învecinate, intervenţia chirurgicală poate fi mai amplă. Uneori, chirurgul trebuie să extirpe porţiuni de os din maxilare sau ţesuturi din cerul gurii.

Pentru a trata cancerul localizat pe limbă sau în regiunea superioară a gâtului, chirurgul poate fi nevoit să extirpe ţesuturi implicate în procesul de înghiţire şi, în unele cazuri, laringele. În cazul în care cancerul s-a extins dincolo de structurile din cadrul cavităţii bucale, ganglionii limfatici cervicali ar putea fi şi ei extirpaţi.

Radioterapia

Radioterapia utilizează raze X pentru a omorî celulele maligne. Medicul poate recomanda radioterapia dacă tumora este de dimensiuni mici. Aceastaa poate fi folosită în asociere cu intervenţia chirurgicală pentru a distruge mici cantităţi de celule maligne care nu au putut fi extirpate în timpul operaţiei.

Chimioterapia

Chimioterapia utilizează medicamente pentru a distruge celulele maligne. Medicamentele se administrează fie intravenos, fie oral. Tipul de medicamente şi durata tratamentului depind de mărimea, tipul şi localizarea tumorii. Chimioterapia poate fi utilizată înaintea intervenţiei chirurgicale pentru a micşora o tumoră. În cazul unei tumori invazive de dimensiuni mari, ea poate fi folosită în asociaţie cu radioterapia în locul intervenţiei chirurgicale.

Chirurgia de reconstrucţie

În urma extirpării unei tumori de dimensiuni mari, chirurgia de reconstrucţie poate să ajute la recuperarea şi reabilitarea pacientului. Scopul chirurgiei de reconstrucţie este îmbunătăţirea aspectului şi să ajute la depăşirea dificultăţilor care apar la mestecat, înghiţit, vorbit sau respirat.

Unii oameni au nevoie de grefe de piele sau alte ţesuturi pentru reconstrucţia unor porţiuni din cavitatea bucală, gât sau maxilare. Mai poate fi nevoie şi de implantarea unei proteze dentare pentru înlocuirea unor regiuni din maxilar care au fost extirpate în timpul intervenţiei chirurgicale.

Dacă aţi suferit o intervenţie chirurgicală extinsă la gât, s-ar putea să aveţi nevoie de o procedură chirurgicală (traheotomie) pentru a vă ajuta să respiraţi mai uşor. Dacă muşchii de care aveţi nevoie pentru a înghiţi au fost îndepărtaţi, veţi avea nevoie de o intervenţie chirurgicală pentru a fi creată o cale de acces către stomac (gastrostomie) pentru a putea primi hrana direct printr-un tub destinat alimentelor.

Afecţiunile glandelor salivare

Saliva, produsă de glandele salivare, serveşte mai multor scopuri: ajută la curăţarea cavităţii bucale şi a dinţilor, la procesul de înghiţire şi conţine enzime care ajută la digestie şi la combaterea infecţiilor.

În cavitatea bucală se află 3 grupe principale de glande salivare, precum şi numeroase glande mai mici. Glandele parotide se găsesc în interiorul fiecărui obraz. Glandele submandibulare se află sub mandibulă, iar glandele sublinguale sunt localizate în planşeul gurii. Fiecare glandă are propriul ei canal prin care saliva trece din glandă în gură.

Disfuncţiile glandelor salivare pot să provoace fie secreţie excesivă, fie salivaţie redusă. Excesul de salivă este caracteristic copilăriei, atunci când sunt prezente anumite infecţii ale cavităţii bucale, şi frecvent la indivizii handicapaţi mintal. Insuficienţa salivei poate fi rezultatul îmbătrânirii, radioterapiei, anumitor boli şi al folosirii unor tipuri de medicamente.

Gura uscată

Semne şi simptome

- Senzaţia de uscăciune în gură
- Saliva pare vâscoasă şi aţoasă
- Ulceraţii sau piele crăpată la colţurile gurii
- Halenă
- Dificultăţi de vorbire sau înghiţit
- Senzaţie de arsură sau de gâdilat pe limbă
- Gust alterat
- Placă dentară abundentă pe dinţi
- Carii dentare sau boli gingivale avansate

Insuficienţa salivară este o problemă frecventă care pare a fi ceva mai mult decât un mic inconvenient. Însă ea nu trebuie ignorată. Persistenţa uscăciunii gurii poate să afecteze modul în care percepeţi gustul alimentelor şi chiar starea de sănătate a dinţilor. Deşi multe lucruri pot să provoace uscăciunea gurii, ea este frecvent provocată de efectele secundare ale medicamentelor.

Saliva îndeplineşte mai multe funcţii. Cea mai uşor de observat este că saliva înlesneşte vorbirea. Ea măreşte şi capacitatea de a simţi gustul alimentelor, face înghiţitul mai uşor şi ajută la digestie.

Substanţele minerale care se găsesc în salivă ajută la vindecarea cariilor dentare, iar saliva previne cariile prin:

- spălarea dinţilor de resturi alimentare şi de placă dentară
- limitarea creşterii bacteriene care poate dizolva smalţul dinţilor
- neutralizarea acizilor dăunători din cavitatea bucală

Fluorurile se dizolvă în salivă pentru a ajuta la îmbunătăţirea proprietăţilor de protecţie împotriva cariei ale salivei.

Un adult sănătos produce aproximativ 1,8 l de salivă. Producţia de salivă trece în general neobservată până în momentul când se produce prea puţină. Rezultatul este uscarea gurii (xerostomia).

Cauze

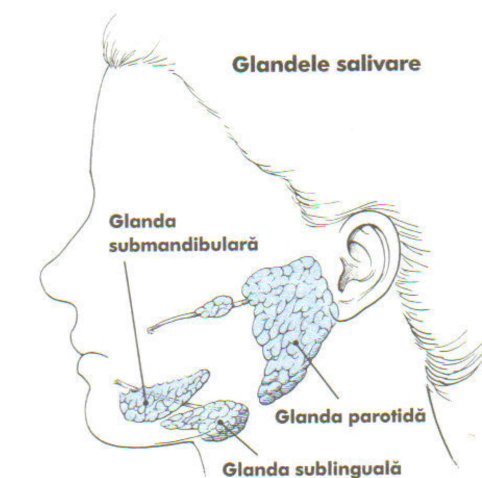
La un moment dat, uscăciunea gurii s-a crezut a fi parte din procesul de îmbătrânire. Se recunoaşte acum că majoritatea cazurilor de gură uscată sunt legate de medicamentele utilizate de vârstnici şi nu de bătrâneţe. Multe medicamente obişnuite, inclusiv unele produse care se distribuie fără prescripţie medicală, au ca efect secundar uscarea gurii.

Printre medicamentele care pot duce cel mai uşor la apariţia problemelor sunt antidepresivele, antihipertensivele, antidiareicele, relaxantele musculare, medicamentele pentru tratamentul incontinenţei urinare şi cele boala Parkinson.

O altă cauză a uscăciunii gurii este tratamentul împotriva cancerului. Chimioterapicele pot schimba compoziţia salivei şi cantitatea în care este produsă, iar radioterapia administrată la cap şi gât poate afecta glandele salivare.

Leziunile nervilor din regiunea capului şi gâtului datorate unui traumatism sau unei intervenţii chirurgicale pot şi ele să aibă ca rezultat uscarea gurii. Alte tulburări care pot duce la o gură uscată cuprind probleme ale glandelor salivare, tulburări endocrine, boala Alzheimer, accidentul vascular cerebral şi sindromul Sjögren, o boală autoimună.

În plus, fumatul sau mestecatul de tutun pot afecta producerea de salivă, agravând uscarea gurii. Sforăitul şi respiratul cu gura deschisă contribuie şi ele la această problemă.



Diagnostic

Medicul sau stomatologul vă vor examina gura şi vă vor studia antecedentele patologice personale. Uneori, testele sangvine şi investigaţiile imagistice ale glandelor salivare sunt necesare pentru a decela cauzele.

Tratament

Dacă medicaţia este suspectată că ar fi de vină, medicul dumneavoastră vă poate ajusta dozele sau poate să o înlocuiască cu alta care nu produce uscarea gurii. Dacă o tulburare medicală este vinovată pentru uscarea gurii, tratamentul acesteia poate rezolva situaţia.

Atunci când cauza problemei nu poate fi depistată sau rezolvată, fluxul de salivă poate fi adus la un nivel mai ridicat prin consumul de dropsuri fără zahăr sau gumă de mestecat fără zahăr. Evitaţi dropsurile cu aromă de lămâie deoarece acidifiază saliva, crescând riscul apariţiei cariilor dentare. Medicul vă poate prescrie pilocarpină (Salagen) pentru a stimula producţia de salivă.

În plus, mai puteţi încerca următoarele:

- sorbiţi apă în mod regulat, pe parcursul zilei;
- folosirea înlocuitorilor de salivă eliberaţi fără prescripţie medicală, care sunt de regulă lichide sau

geluri administrate sub formă de spray-uri sau se aplică manual pentru a creşte umiditatea gurii;
- respiratul pe nas, şi nu pe gură;
- umidificarea aerului noaptea cu ajutorul unui umidificator pentru dormitor.

Infecţiile glandelor salivare

Semne şi simptome

- Tumefacţie a planşeului gurii, sub mandibulă sau în faţa urechilor
- Flux de salivă scăzut
- Gusturi neobişnuite prezente în gură
- Durere în cavitatea bucală

Infecţiile glandelor salivare nu sunt rare. Infecţiile virale, precum oreionul, afectează frecvent glandele salivare. Infecţiile bacteriene pot să apară în urma obstrucţiei unei glande salivare sau pot fi asociate cu o igienă orală precară.

Glanda mărită de volum poate fi foarte dureroasă şi vă poate afecta capacitatea de a deschide larg gura. Medicul sau stomatologul pot să observe puroi la deschiderea către exterior a canalului salivar.

Tratamentul presupune în general administrarea de antibiotice în scopul înlăturării infecţiei. Spălăturile cu apă sărată călduţă – 1/2 linguriţă cu sare la 250 ml apă caldă – pot fi deseori de ajutor la înlăturarea puroiului.

Litiaza glandelor salivare

Semne şi simptome

- Tumefacţie localizată sub bărbie sau în faţa urechii, în mod special în timpul meselor
- Insuficienţa secreţiei salivare
- Durere în cavitatea bucală

Sialolitiaza este termenul medical pentru calculii care se găsesc într-o glandă salivară sau în canalul ei excretor. Rezultat al substanţelor chimice din salivă care se întăresc (calcifică) sub forma unor materiale solide, aceste pietre pot să blocheze glandele submandibulare, parotide sau sublinguale.

Atunci când un calcul blochează parţial un canal excretor, s-ar putea să simţiţi durere, în mod special în timpul meselor, atunci când sunt necesare mari cantităţi de salivă. Glanda congestionată se poate tumefia ceea ce poate duce la infectarea ei.

Diagnostic

Medicul poate căuta semne de tumefacţie sub bărbie sau în faţa urechii, care ar indica prezenţa unui canal excretor salivar blocat. Alte indicii sunt insuficienţa salivei şi durerea localizată în planşeul gurii. O radiografie a cavităţii bucale poate să ajute la identificarea unui canal salivar excretor blocat.

Tratament

Calculul salivar poate fi îndepărtat prin 2 metode: manipulare sau excizie. Medicul poate împinge piatra în afara canalului salivar. Dacă nu, piatra poate fi scoasă cu ajutorul unei proceduri chirurgicale. Ocazional, o glandă care a suferit infecţii repetate şi litiază recurentă de canal excretor trebuie eliminată pe cale chirurgicală.

Tumorile canalelor salivare

Semne şi simptome

- Tumefacţie sub mandibulă sau în faţa urechii

Rareori, celulele uneia dintre glandele salivare – de obicei glanda parotidă sau glanda submandibulară – proliferează şi formează o tumoră. În majoritatea cazurilor, creşterea este necanceroasă (benignă) şi autolimitată. Aceste tumori se dezvoltă pe perioade de ani de zile şi determină mărirea de volum a glandei.

Persoanele care au fost expuse la radiaţii în regiunea mandibulei sau gâtului au un risc crescut de a dezvolta tumori maligne în glandele salivare. Consumul de tutun poate şi el să crească riscul.

Diagnostic

O radiografie specială denumită sialogramă (ptialogramă) se foloseşte cel mai frecvent pentru depistarea tumorilor glandelor salivare. Această investigaţie identifică o substanţă radioopacă ce se injectează în glandă, vizualizând traseul pe care îl parcurge saliva pentru a ajunge în gură. Biopsia este singura modalitate de a pune diagnosticul de cancer.

Tratament

Tratamentul presupune de obicei îndepărtarea pe cale chirurgicală a glandei afectate. Dacă tumora este malignă, ar putea fi recomandate, de asemenea, radioterapia sau intervenţiile chirurgicale adiţionale pentru a ajuta la prevenirea extinderii cancerului. ■

CAPITOLUL 26 PARTEA a V-a

Inima şi vasele sangvine

Având dimensiunea comparabilă cu a pumnului drept, inima este un organ cavitar musculos localizat sub cutia toracică, în stânga sternului. „Muncitoare" şi puternică, inima pompează sângele spre toate părţile corpului – spre fiecare celulă, muşchi, os sau organ.

Inima bate aproximativ o dată pe secundă, şi mult mai des în timpul unei activităţi fizice, de-a lungul întregii vieţi. Cântărind aproximativ 450 g, inima pompează peste 5,5 l de sânge pe minut. În fiecare zi, inima pompează prin sistemul circulator echivalentul de aprox. 7600 l de sânge.

Sângele pompat de inimă alimentează fiecare celulă cu oxigen şi elemente nutritive necesare. Sistemul circulator constă din 2 mari tipuri de vase. Arterele şi ramificaţiile lor transportă sângele proaspăt oxigenat din inimă spre toate ţesuturile corpului. Venele şi ramificaţiile lor transportă produse reziduale ale metabolismului cum ar fi dioxidul de carbon înapoi în inimă şi apoi spre plămâni. Plămânii elimină dioxidul de carbon şi îmbogăţesc sângele cu oxigen. Viaţa încetează dacă pomparea inimii şi, respectiv, circulaţia sangvină, se opresc timp de câteva minute. Practic, de cele mai multe ori, primul semn al bolilor inimii şi ale vaselor sangvine (cardiovasculare) este chiar moartea subită. Din această cauză se pune un accent important pe prevenirea bolilor cardiovasculare.

Inima

Inima se află într-un sac subţire de ţesut fibros denumit pericard. Este compusă din 3 straturi: epicard, miocard şi endocard.

Epicardul este o membrană subţire şi lucioasă care acoperă suprafaţa inimii. Sub epicard se află un strat subţire de muşchi denumit miocard. În interior inima este acoperită cu o membrană lucioasă denumită endocard. Aceasta acoperă partea interioară a camerelor cardiace, valvele şi muşchii din camerele cardiace aferenţi valvelor.

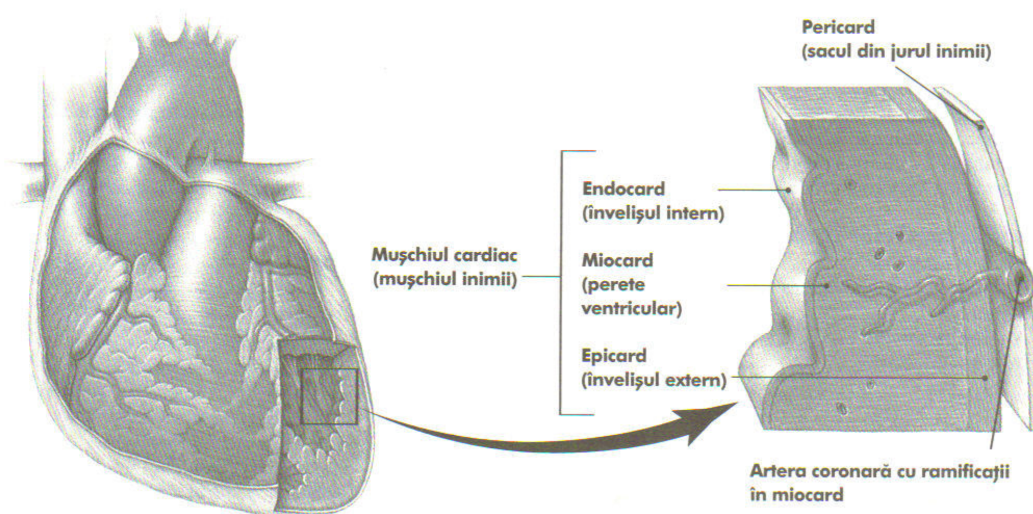
Inima este compusă din 4 camere. Camerele de sus poartă denumirea de atriu stâng şi drept, iar cele de jos ventricule (stâng şi drept). Ventriculele sunt camere mai mari cu pereţi groşi care au funcţia de pompare a sângelui spre plămâni şi spre restul corpului.

Septul este un perete muscular care desparte atriul drept de cel stâng, precum şi ventriculul drept de cel stâng. El previne pătrunderea sângelui dintr-o parte în cealaltă. Atriul şi ventriculul drept formează inima dreaptă, iar atriul şi ventriculul stâng formează inima stângă.

Patru structuri flexibile denumite valve coordonează curgerea sângelui în direcţie dorită, adică din inimă spre plămâni şi spre restul corpului.

Pompa dublă

Inima poate fi imaginată ca o pompă dublă care funcţionează în paralel. Pe de o parte inima dreaptă primeşte sângele din întregul corp prin 2 vene mari: vena cavă superioară şi vena cavă inferioară. Sângele care ajunge în partea dreaptă a inimii tocmai a cedat oxigen şi elemente nutritive corpului; din această cauză este numit şi sânge neoxigenat. Inima dreaptă pompează sângele spre plămâni, unde acesta se încarcă cu oxigen suplimentar din alveole. După aceasta sângele părăseşte



plămânii şi se întoarce în inimă, ajungând de data aceasta în atril stâng. De aici sângele este pompat în restul corpului prin aortă, cel mai mare vas sangvin, care se ramifică pentru alimentarea diverselor părţi ale corpului.

Partea dreaptă şi stângă a inimii funcţionează împreună, creând astfel fenomenul de pompă dublă. Adică, inima primeşte sângele prin vene, îl pompează spre plămâni, îl primeşte înapoi şi îl pompează prin artere spre restul corpului. Acest ciclu este repetat de mii de ori pe zi.

Ciclul cardiac

În partea dreaptă a inimii se află valva tricuspidă care permite pătrunderea sângelui din atriul drept în ventriculul drept şi împiedică curgerea sângelui în direcţie opusă.

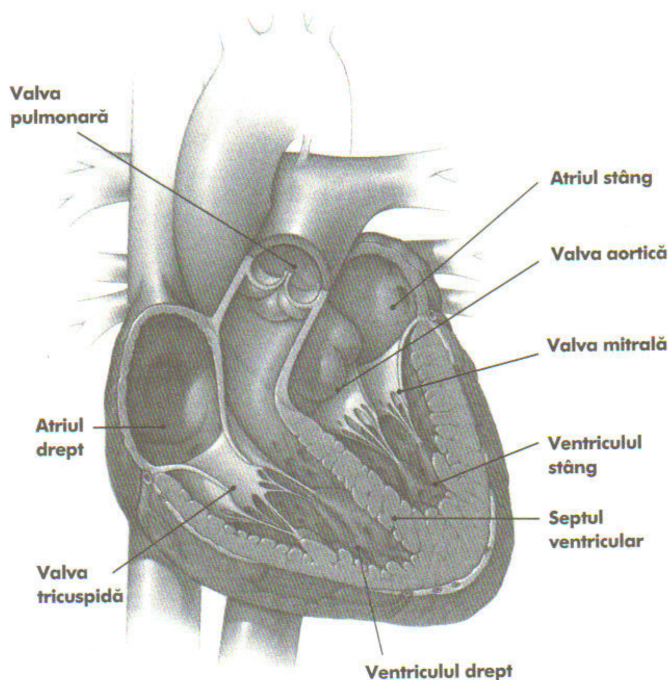
Sângele este pompat din ventriculul drept spre plămâni prin valva pulmonară, unde se alimentează cu oxigen şi cedează dioxidul de carbon şi alte produse reziduale ale metabolismului în alveole.

Sângele pătrunde din atriul stâng în ventriculul stâng prin valva mitrală. Din ventriculul stâng, sângele prin aortă este pompat spre restul corpului, inclusiv creier, alte organe şi extremităţi.

În acest ciclu ventriculele joacă rolul pompei primare, iar aorta rolul pompei secundare. Deşi majoritatea oamenilor pot trăi fără o funcţie atrială eficace, moartea survine în câteva minute dacă ventriculele încetează să funcţioneze.

Sistola şi diastola

Contracţia ventriculară pompează sângele spre plămâni şi spre celelalte părţi ale corpului şi este denumită sistolă. Relaxarea ventriculară care permite sângelui să pătrundă în inimă este cunoscută ca diastolă. Camerele cardiace din stânga şi din dreapta se contractă şi se relaxează simultan.



Pulsul la care inima se contractă şi se relaxează diferă în funcţie de activităţile corpului din momentul respectiv. În timpul repausului inima pompează mai încet. În timpul alergării sau urcării scărilor pulsul creşte pentru a aproviziona muşchii şi alte ţesuturi cu oxigen suplimentar.

Pacemaker-ul natural

Spre deosebire de alţi muşchi din corp care se bazează pe conexiuni nervoase din creier sau din măduva spinării pentru a primi stimulii electrici necesari funcţionarii, inima are propriul stimulator electric – un pacemaker natural care transmite impulsuri electrice făcând inima să bată.

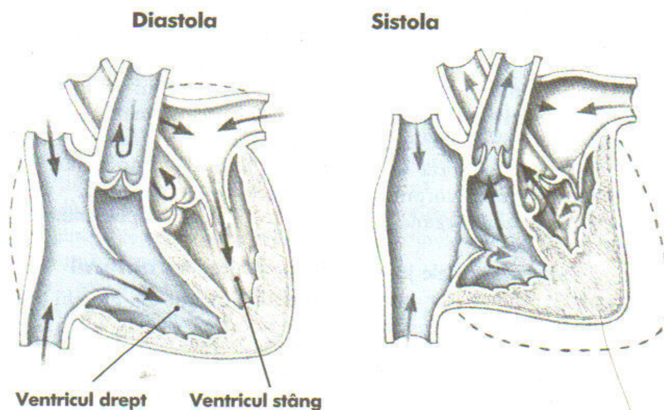
Aceste impulsuri electrice circulă printr-o reţea de fibre cardiace specializate, stimulând atriile să se contracte şi să împingă sângele în ventricule, şi ventriculele să se contracte şi să împingă sângele în plămâni şi în restul corpului.

Cu fiecare bătaie, sângele circulă în toate părţile corpului. Pulsul normal este de 72 bătăi pe minut şi cu fiecare bătaie a inimii se pompează în sistemul arterial 60-90 ml sânge. La acest puls inima are în jur de 104 000 de bătăi pe zi.

Vasele sangvine

Sistemul vascular este compus din vasele sangvine din corp. Denumirea lor provine din latinescul "vasculum" care înseamnă "vas mic".

Cu cât vasele sangvine se ramifică, cu atât ele devin mai subţiri. Aorta, principalul vas sangvin din corp distribuie sângele din inimă spre arterele mari. La rândul lor, arterele mari se ramifică în artere mai mici care devin arteriole. În cele din urmă, acestea devin atât de mici încât permit numai unei singure celule sangvine să treacă. Acestea sunt cele mai mici vase şi sunt denumite capilare.



Inima pompează în doua reprize. Ventriculele se relaxează în timpul diastolei pentru a permite pătrunderea sângelui în inimă. Ele se contractă în timpul sistolei pentru a evacua sângele.

Capilarele alimentează țesuturile cu oxigen și elemente nutritive, și absorb din celule produse reziduale ale metabolismului cum ar fi dioxidul de carbon.

Sângele se întoarce în inimă prin vene mici numite venule. Sângele curge din venule în vene din ce în ce mai mari până ajunge în atriul drept. Venele care sunt sub o presiune mai mică nu sunt atât de musculare și elastice precum arterele.

Asemănător celorlalți mușchi din corp, și inima are nevoie de oxigen și elemente nutritive pentru a funcționa. Astfel, inima are o pereche proprie de artere numite artere coronare. Aceste vase cardiace se desprind din aortă în locul în care aorta părăsește inima. Artera coronară dreaptă alimentează cu sânge partea inferioară și posterioară a inimii. Artera coronară stângă alimentează cu sânge partea superioară, frontală și stângă, și de asemenea o suprafață de pe partea posterioară (vezi ilustrația color, pag. 408).

Tensiunea arterială

Pentru a păstra sângele în mișcare în vasele sangvine tot timpul trebuie să existe presiune. În timpul fazei de contracție (sistolă)

Interpretarea bătăilor inimii

Majoritatea oamenilor cunosc în ce constă investigația cu stetoscopul. Mai puțin cunoscut este zgomotul surd de tobă al bătăilor inimii auzit de medic la celălalt capăt al stetoscopului. Sunetele inimii pot furniza medicului informații importante despre inimă și despre sănătate în general.

Atunci când vă ascultă bătăile inimii, medicul vă poate solicita să inspirați și să expirați în mod firesc sau într-un mod deosebit, deplasând stetoscopul puțin câte puțin pe piept.

O bătaie normală urmează un model specific reprezentat de zgomotele *lub* și *dub*. Aceste zgomote corespund închiderii valvelor cardiace. *Lub* este urmat de o pauză scurtă, iar *dub* este urmat de o pauză mai lungă.

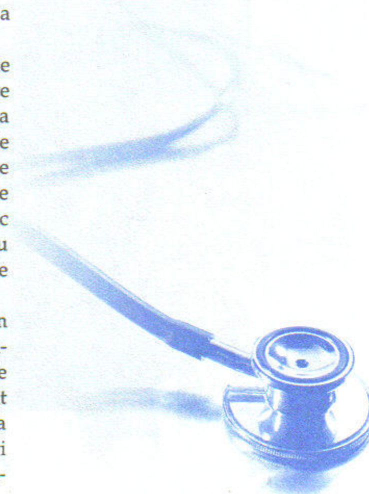
Diferențele de intensitate dintre aceste zgomote cardiace pot indica disfuncții cardiace sau pulmonare. Obezitatea, emfizemul (existența unui lichid în jurul inimii) pot estompa sunetele de pompare ale inimii.

Pot fi detectate și alte zgomote. Spre exemplu, suflurile sunt rezultatul turbulenței sangvine din timpul bătăilor inimii. În funcție de localizarea și felul suflului, și a relației dintre sunetele lub-dub, de cele mai multe ori medicul poate identifica schimbarea structurală cardiacă care a determinat turbulența.

Prezența zgomotelor anormale în timpul fazei de relaxare (diastola) indică o alterare a funcției miocardului. Zgomotele auzite în timpul fazei de contracție (sistola), denumite adesea clicuri (zgomot cardiac supraadăugat), combinate cu sufluri indică tipuri specifice de disfuncții ale valvelor.

Suflul cardiac poate fi un semn de anemie, a insuficienței valvulare sau a altor probleme. Unele sufluri sunt benigne și nu sunt asociate cu condiția cardiacă. La copii pot fi adesea auzite sufluri care nu sunt rezultatul anomaliilor structurale. Denumite sufluri funcționale, acestea sunt de obicei slabe, auzite cu intermitență și sunt detectate numai pe o suprafață mică a pieptului. Suflurile funcționale nu sunt periculoase și pot dispărea la maturitate.

Când medicul ascultă bătăile inimii, el adună informații despre sănătatea inimii.



– când ventriculul stâng pompează sângele în artere – tensiunea creşte (tensiune sistolică). Acesta este momentul tensiunii maxime. În timpul fazei de relaxare (diastolă) – între bătăile inimii, în timp ce ventriculul stâng se reumple – tensiunea scade (tensiune diastolică). Acesta este momentul tensiunii minime.

Sfigmomanometrul este un instrument utilizat pentru măsurarea tensiunii arteriale în milimetri coloană de mercur (mmHg). Tensiunea arterială este scrisă ca o fracţie – la numărător este numărul sistolic şi la numitor este numărul diastolic. Când tensiunea este exprimată oral, cuvântul „cu" desparte cele doua numere. De exemplu, citirea tensiunii sangvine „120/80" mmHg va fi pronunţata ca „120 cu 80".

Întrebare şi răspuns

Care sunt diferenţele dintre bolile cardiovasculare şi bolile cardiace?

Expresia „afecţiune cardiovasculară" este adesea substituită cu expresia „afecţiune cardiacă". Cu toate acestea, sensul cuvântului „cardiovascular" este mult mai cuprinzător decât sensul cuvântului „cardiac" deoarece are în vedere nu numai inima, dar şi arterele, capilarele şi venele care sunt direct sau indirect legate de inimă. În acest sens, termenul „afecţiune cardiovasculară" include nu numai boli cardiace, dar şi afecţiunile vaselor sangvine cum ar fi infarctul.

Factorii de risc

Începând cu anul 1900, bolile cardiovasculare au reprezentat principala cauză de mortalitate în SUA, excepţie făcând anul 1918 când principala cauză a fost o epidemie de gripă. Bolile cardiovasculare fac anual mai multe victime decât următoarele 6 cauze cumulate, inclusiv cancerul şi accidentele.

Aproximativ 1 din 5 americani suferă de o boală cardiovasculară, fie că este vorba de tensiune arterială, insuficienţă coronariană, infarct sau boli congenitale.

Din cauza naturii bolilor cardiovasculare şi a răspândirii lor pe o scară largă, un volum important de cercetare a fost direcţionat spre o mai bună înţelegere a lor de către medici, fapt ce se va reflecta în tratamente mai bune şi, poate mai important, în prevenirea acestora.

Cercetătorii continuă să investigheze relaţia de tip cauză-efect dintre stilul de viaţă, bagajul genetic, procesul de îmbătrânire, precum şi funcţiile şi disfuncţiile inimii. Multe studii medicale continue, cum ar fi „Studierea interacţiunii factorilor de risc multipli" şi „Studiul cardiac Framingham" au contribuit la o mai bună înţelegere a motivului pentru care bolile cardiovasculare sunt atât de răspândite.

Rezultatele cercetărilor sunt elocvente. Un procent ridicat în rândul persoanelor ce suferă de boli cardiovasculare au în comun anumiţi factori de risc. Factorii de risc, cum ar fi stilul de viaţă sau caracteristicile genetice, cresc probabilitatea apariţiei unei boli.

Factorii de risc ai bolilor cardiovasculare includ unele aspecte care nu pot fi controlate – sexul, vârsta, ereditatea – şi altele care pot fi controlate – fumatul, greutatea corporală, activitatea fizică, nivelul colesterolului, tensiunea ridicată şi glicemia.

Citind următoarele pagini trebuie să aveţi în vedere că modalităţile de control al bolilor cardiovasculare evoluează continuu. în timp ce cercetătorii descoperă cele mai bune forme de tratament şi de prevenire, rezultatele pot fi uneori contradictorii.

Unele studii sugerează că există o relaţie cauzală între regimul alimentar şi bolile cardiovasculare, iar alte studii demonstrează că nu există nici o dovadă în acest sens. Totuşi, studiile continuă să arate că stilul de viaţă are un impact important asupra sănătăţii inimii şi vaselor sangvine.

De reţinut faptul că factorii de risc indică probabilitate şi nu certitudine. Factorii de risc pot mări şansele apariţiei bolilor cardiovasculare, dar acest lucru nu este obligatoriu.

Fumatul

Acum 4 decenii, Ministrul Sănătăţii din SUA a anunţa că fumatul este dăunător sănătăţii. Ca urmare a acestui fapt, fabricile de ţigări au fost obligate să scrie pe fiecare pachet de ţigări un avertisment cu privire la pericolul pe care îl poate avea fumatul pentru sănătate. Cu timpul acest avertisment a devenit tot mai puternic şi un număr tot mai mare de cercetări clinice, statistice şi altele au reîntărit punctul de vedere iniţial.

Fumatul este dăunător nu numai pentru că produce cancer pulmonar, dar şi pentru că se află pe unul dintre locurile fruntaşe în ceea ce priveşte factorii de risc ai apariţiei bolilor cardiovasculare.

Riscul de a face infarct este dublu la fumători faţă de nefumători. Riscul creşte cu fiecare ţigară fumată. Şansele ca un fumător care a făcut infarct să moară sunt mult mai mari decât în cazul unui nefumător care a făcut infarct. Trabucurile, pipele şi mestecatul frunzelor de tutun cresc riscul apariţiei bolilor cardiovasculare şi a infarctului dar într-o măsură mai mică.

Când fumatul este combinat cu alţi factori de risc cum ar fi tensiunea arterială ridicată, colesterolul ridicat sau antecedente familiare în probleme cardiace, riscul apariţiilor bolilor cardiovasculare creşte.

Complicaţii

Fumatul determină glandele suprarenale să secrete un hormon care temporar creşte tensiunea

arterială şi face ca inima să bată mai tare. În plus, fumatul scade cantitatea de oxigen necesară funcţionării inimii. Prin urmare, fiecare ţigară solicită suplimentar, dar inutil inima şi vasele sangvine.

De asemenea, fumătorii au cantităţi mai mari de lipide (plăci) în artere (ateroscleroză) decât nefumătorii. Acest fenomen este posibil din cauza faptului că fumatul creşte coagularea anumitor celule sangvine (trombocite) care stimulează depunerea de colesterol în artere. Pentru că procesul aterosclerozei este accelerat atât de tensiunea arterială ridicată cât şi de fumat, ca rezultat al efectelor dăunătoare ale nicotinei cât şi ale monoxidului de carbon asupra vaselor sangvine, riscul apariţiei aterosclerozei la un fumător care are tensiunea arterială ridicată este mult mai mare.

Fumul de ţigară conţine monoxid de carbon. Când este inhalat, monoxidul de carbon se fixează pe hemoglobină, pigmentul purtător de oxigen din sânge, şi ia locul oxigenului. Rezultatul este că sângele transportat în toate celulele corpului conţine mai puţin oxigen. De aceea, la fumători până la 8% din hemoglobină poate fi „ocupată" cu monoxid de carbon, îngreunând astfel alimentarea corpului cu oxigen.

Cercetătorii susţin că monoxidul de carbon poate avea efect degenerativ direct asupra miocardului, a vaselor sangvine şi poate chiar asupra coagulării sângelui. Şi ţigările cu un conţinut de gudron mai mic produc monoxid de carbon, acest lucru făcându-le la fel de dăunătoare.

Beneficiile renunţatului la fumat

Efectele dăunătoare cumulative ale fumatului asupra organelor corpului sunt destul de elocvente pentru a renunţa la fumat. Mai mult decât atât, renunţatul la fumat poate chiar să elimine unele dintre daune cauzate iniţial de fumat.

După un an de la renunţare, riscul apariţiei insuficienţei coronariene, inclusiv infarct şi angină pectorala este redus la 50%. După 15 ani de abstinenţă riscul apariţiei acestor boli este asemănător cu al unei persoane care nu a fumat niciodată. Cu cât mai devreme renunţaţi la fumat, cu atât vă prelungiţi viaţa.

Nu este uşor să renunţaţi la ţigări. Pentru majoritatea fumătorilor este nevoie de 3-4 încercări înainte de a renunţa definitiv. Totuşi fiecare încercare creşte şansa de a renunţa. Sfaturile specifice referitoare la renunţarea la fumat le găsiţi la pag. 81.

Obezitatea

Dacă greutatea efectivă depăşeşte cu 20% greutatea normală în funcţie de înălţime şi sex, atunci persoana este considerată supraponderală (obeză).

Definiţia termenilor de *supraponderal* şi *obez*

Medicii definesc greutatea normală cu ajutorul indexului de masă corporală (IMC). IMC este un estimator al grăsimii determinat pe sexe şi calculat în funcţie de înălţime şi greutate. Este un indicator mai potrivit de evaluare a riscurilor asupra sănătăţii comparativ cu analiza bazată doar pe greutatea corporală sau pe tabelele de greutate în funcţie de înălţime.

Un IMC de 25-29 indică supraponderalitate. Obezitatea este definită de un IMC mai mare de 30. Dacă persoana este foarte musculoasă, ea este o excepţie pentru ca IMC nu se aplică persoanelor foarte musculoase care nu au aproape deloc ţesut adipos.

Conform definiţiilor IMC, aproape 107 milioane de americani cu vârste mai mari de 20 de ani sunt consideraţi supraponderali şi mai mult de 43 milioane sunt obezi. În plus, 13-14% dintre copiii americani sunt supraponderali. Aceste cifre sunt considerate a fi alarmante.

Complicaţii

Creşterea în greutate se datorează în mare măsură sporirii ţesutului adipos. Ca şi celelalte părţi ale corpului, acest ţesut adipos solicită oxigen şi elemente nutritive din sânge. Având în vedere că creşte cererea pentru oxigen şi elemente nutritive, cantitatea de sânge care circulă în corp trebuie de asemenea să crească. Astfel, supraponderalitatea sau obezitatea cresc riscul apariţiei hipertensiunii arteriale.

Excesul de grăsime este de asemenea asociat cu niveluri sporite ale colesterolului alfa lipoproteic cu densitate redusă (colesterol „rău") şi trigliceride, şi o reducere a nivelului colesterolului lipoproteic cu densitate ridicată (colesterol „bun"). În timp, aceste schimbări în lipide sangvine contribuie la creşterea depunerilor lipidice (plăci ateromatoase) în artere, denumită ateroscleroză care măreşte riscul afecţiunilor coronariene şi a infarctului.

Obezitatea poate avea şi multe alte efecte dăunătoare. Este cauza majoră a diabetului tip 2 (numit în trecut diabetul adultului sau diabet insulinoindependent), litiazei biliare; poate înrăutăţi apneea în somn (oprirea temporară a respiraţiei) şi boala artrozică. De asemenea unele tipuri de cancer sunt asociate cu supraponderalitatea. La femei, tipurile de cancer determinate de supraponderalitate sunt cancerul de sân, de uter, de colon şi de vezică biliară. Supraponderalitatea la bărbaţi prezintă un risc ridicat de apariţie a cancerului de prostată şi colon.

Beneficiile scăderii în greutate

Chiar şi pierderea în greutate nesemnificativă este benefică. Kilogramele în plus care trebuie pierdute pentru a îmbunătăţi starea de sănătate pot fi mai puţine decât se credea la început. Chiar şi pentru cei obezi scăderea în greutate cu doar 10% din greutatea curentă va avea un impact pozitiv asupra stării de sănătate. Scăderea în greutate lentă şi constanta de 0,5-1 kg pe săptămână este considerată a fi o cale sigură de a slăbi definitiv. Pentru mai multe informaţii despre scăderea în greutate sănătoasă vezi cap. 3 „Controlul greutăţii".

Lipsa de activitate fizică

Lipsa de activitate fizică reprezintă factor de risc major pentru apariţia bolilor cardiovasculare. De asemenea, intensifică alţi factori de risc cum ar fi obezitatea, diabetul, tensiunea arteriala ridicată şi niveluri scăzute ale

lipoproteinelor cu densitate ridicată (HDL).

Complicaţii

Lipsa de activitate fizică dublează riscul apariţiei afecţiunilor coronariene şi este comparabilă cu impactul pe care îl au colesterolul ridicat, tensiunea arterială mărită şi fumatul. În plus, persoanele sedentare au riscul apariţiei tensiunii arteriale ridicate cu 30-50% mai mare.

Beneficiile activităţii fizice

Exerciţii regulate şi solicitante joacă un rol semnificativ în prevenirea bolilor cardiovasculare. Chiar şi niveluri modeste ale activităţii fizice sunt benefice dacă sunt făcute regulat şi în timp.

Activitatea fizică zilnică poate scădea riscul apariţiei bolilor cardiovasculare. Creşte cantitatea de colesterol „bun" din sânge, scade nivelul colesterolului „rău" şi trigliceridelor, reduce tensiunea arterială, îmbunătăţeşte eficienţa miocardului şi ajută la menţinerea greutăţii. Exerciţiile regulate pot de asemenea reduce riscul apariţiei unui al doilea infarct şi prelungesc viaţa.

Pe lângă inimă şi vase sangvine, şi celelalte părţi ale corpului beneficiază de efectuarea exerciţiilor fizice. Ele întăresc oasele, muşchii şi ligamentele, şi reduc riscul apariţiei cancerului de colon, îmbunătăţesc starea psihică, reducând stările de depresie şi anxietate, şi contribuie la buna dispoziţie.

Exerciţii aerobice şi anaerobe

Nu toate tipurile de exerciţii au acelaşi efect asupra corpului. Exerciţiile aerobice care includ activităţi cum ar fi mersul pe jos în ritm moderat, jogging-ul, ciclismul şi înotul, îmbunătăţesc condiţia fizică cardiovasculară, determinând corpul să consume continuu cantităţi suplimentare de oxigen şi calorii în timpul exerciţiilor.

Pulsul şi profunzimea respiraţiei cresc şi corpul se încălzeşte. Exerciţiile lungi şi suficient de energice vor avea ca efect apariţia transpiraţiei.

Eşti un „măr" sau o „pară"?

Dacă eşti supraponderal, poate fi util să analizaţi unde se acumulează grăsimile pentru a evalua riscul asociat bolilor datorate obezităţii. Dacă greutatea este concentrată în jurul abdomenului, dând un aspect de măr, atunci riscurile sunt mai mari decât în cazul când greutatea este situată de-a lungul şoldului şi a coapselor, dând forma unei pere.

Pentru a afla dacă forma corpului este asemănătoare cu o pară sau un măr trebuie măsurată circumferinţa taliei deasupra osului coxal şi circumferinţa şoldurilor în cea mai pronunţată parte a feselor. Apoi trebuie calculat raportul dintre cele două măsuri aflate anterior. Un raport mai mare de 0,95 pentru bărbaţi şi 0,80 pentru femei indică aspectul de măr.

Exerciţiile anaerobe cum ar fi culturismul, tonifiază şi întăresc muşchii prin perioade scurte de exerciţii intense. Exerciţiile anaerobe în general nu sunt atât de benefice pentru inimă pentru că de cele mai multe ori ele nu solicită inima şi plămânii pentru a alimenta ţesuturile corpului într-o manieră susţinută.

Pentru a beneficia de pe urma exerciţiilor fizice regulate nu trebuie să elaboraţi un plan formal de fitness sau să vă înscrieţi pentru o activitate fizică organizată, decât dacă aceasta este singura cale de a vă îmbunătăţi condiţia fizică. Ceea ce este mai important sunt exerciţii regulate care includ următoarele 3 părţi: încălzirea, exerciţii aerobice şi relaxarea.

Alegeţi acel program de exerciţii care este destul de frecvent, intens, de o durată potrivită şi care permite îmbunătăţirea treptată a stării de sănătate. Majoritatea oamenilor merg pe jos în timpul serviciului sau fac mişcare în timpul zilei. Totuşi, ca exerciţiile să fie benefice, este nevoie ca ele să fie neîntrerupte şi să aibă o durată adecvată.

În general, se recomandă arderea a 1000-2000 de calorii pe săptămână prin intermediul exerciţiilor fizice. Mersul pe jos între 16 şi 32 km pe săptămână permite atingerea acestui scop pentru o persoană normală. Studiile demonstrează că arderea a mai mult de 2000 calorii pe săptămână nu reduce proporţional riscul apariţiei bolilor cardiovasculare. Pentru mai multe informaţii despre elaborarea unui program de fitness vezi cap. 4 „Menţineţi-vă activ".

Niveluri crescute ale lipidelor sangvine

Colesterolul este un tip de grăsime care se găseşte în sânge şi în toate celulele corpului. Este o parte importantă a sănătăţii corpului pentru că este folosit la formarea membranelor celulelor, a unor hormoni şi a altor ţesuturi folositoare. Dar un nivel ridicat al colesterolului este un mare factor de risc pentru apariţia unor boli precum insuficienţă coronariană care poate cauza infarct.

Colesterolul se formează din 2 surse. Este în primul rând format în ficat şi în al doilea rând se găseşte în mâncare şi provine de la produsele animaliere cum ar fi carne de porc, carne de pasăre, peşte, fructe de mare şi produse lactate. Peştele are un nivel mai scăzut în colesterol decât celelalte cărnuri. Hrana formată din fructe, legume, cereale, nuci şi seminţe nu conţine colesterol.

Trigliceridele sunt o altă formă a grăsimii din sânge şi reprezintă o sursă de energie. Un număr mare de trigliceride reprezintă un risc sporit de apariţie a insuficienţă coronariană şi o posibilă inflamare a pancreasului (pancreatită).

Tipuri

Există câteva tipuri de lipide în sânge.

Lipoproteine cu densitate joasă (LDL)

Lipoproteinele cu densitate joasă reprezintă cel mai mare purtător de colesterol din sânge. LDL transportă colesterolul în tot corpul unde este depozitat sau folosit pentru repararea membranelor

Înainte să începeţi

Pentru majoritatea oamenilor avantajele unei activităţi fizice regulate prevalează asupra unor posibile riscuri. Totuşi, dacă suferiţi de boli cronice sau aveţi câţiva factori de risc pentru boli cardiovasculare, trebuie să aveţi în vedere unele precauţii. Înainte de a începe un program de exerciţii fizice, discutaţi cu medicul dacă:

- aveţi afecţiuni cardiace, pulmonare sau renale, diabet sau artrită;
- aveţi peste 40 de ani;
- sunteţi obez;
- părinţii sau fraţii au suferit o afecţiune coronariană înainte de 55 ani;
- aveţi dubii cu privire la starea de sănătate.

Medicul vă poate sfătui să efectuaţi o probă de efort pentru a determina dacă activitatea fizică poate conduce la o alimentare insuficientă a inimii cu sânge şi oxigen sau să provoace tulburări ale ritmului cardiac (vezi pag. 764). De asemenea discutaţi cu medicul posibilele limite ale exerciţiilor pe care vi le poate sugera conform condiţiei dumneavoastră fizice.

Dacă anterior aţi fost o persoană sedentară, puteţi începe cu o sesiune de 5-10 min de activităţi fizice şi crescând treptat numărul de exerciţii veţi ajunge la nivelul dorit. Doctorul vă poate ajuta să determinaţi pulsul dorit spre care să tindeţi în timpul exerciţiilor. Atingerea pulsului dorit va reprezenta beneficiul maxim de pe urma activităţii. În timp ce condiţia fizică se îmbunătăţeşte, pulsul dorit se poate modifica.



celulelor. Dar ca şi în cazul apei dure care cauzează depunerea de calcar pe ţevi, LDL contribuie la acumularea de colesterol în artere, hrănind inima şi creierul.

Combinate cu alte substanţe, LDL pot forma depozite solide şi dense (plăci) care obstruează arterele şi le îngustează (ateroscleloza), crescând şansele apariţiei infarctului de miocard. Acesta este motivul pentru care LDL este denumit adesea colesterol „rău".

Lipoproteine cu densitate mare (HDL)

Lipoproteinele cu densitate mare reprezintă o formă de colesterol cu rol de curăţare; ajută la scăderea nivelului de LDL din sânge. Din acest motiv, HDL este denumit şi colesterolul „bun".

Valori ridicate de HDL scad riscul apariţiei aterosclerozei. Nivelul de HDL creşte cu ajutorul exerciţiilor fizice şi prin scăderea în greutate, dar, pentru ca rezultatele să fie vizibile, trebuie ca numărul exerciţiilor să fie foarte mare.

Trigliceridele

Trigliceridele reprezintă un alt tip de lipide. Excesul de trigliceride poartă denumirea de hipertrigliceridemie. Această condiţie poate duce la apariţia aterosclerozei, dar relaţia hipertrigliceridemie – ateroscleroză nu este dovedită ca în cazul LDL-ului.

Cauze

Unele persoane se pare că au o predispoziţie genetică pentru un nivel ridicat al colesterolului sau al trigliceridelor. O formă rară de dereglare ereditară, numită hipercolesterolemie ereditară, cauzează nivele atât de ridicate ale colesterolului încât poate cauza infarct persoanelor încă din copilărie. Persoanele care au moştenit o formă mai puţin severă a acestei dereglări au nivelul colesterolului foarte ridicat şi pot face infarct la maturitate sau chiar mai devreme. Tendinţa spre un nivel ridicat al trigliceridelor poate fi de asemenea cauzată de ereditate.

Boli precum hipotiroidismul, diabetul şi insuficienţa renală pot influenţa nivelul lipidelor sangvine. De asemenea unele medicamente pot avea efecte adverse ceea ce conduce la creşterea nivelului de lipide sangvine. Pentru cei mai mulţi oameni, nivelul anormal al lipidelor este rezultatul unei diete nesănătoase şi a lipsei exerciţiilor fizice.

Măsurarea lipidelor sangvine

Depistarea precoce a nivelului ridicat de colesterol şi trigliceride permite luarea celor mai adecvate măsuri pentru îmbunătăţirea sănătăţii şi pentru prevenirea apariţiei bolilor cardiovasculare. Singura modalitate de a afla nivelul colesterolului şi a trigliceridelor este prin intermediul unei analize a sângelui. Pentru a obţine cele mai bune rezultate, este important să respectaţi un anumit regim înainte de a efectua testul de colesterol.

Un test tipic de măsurare a lipidelor arată nivelul total al colesterolului, HDL-ului şi a trigliceridelor. Testele care măsoară numai colesterolul total pot induce în eroare, pentru că unii oameni pot avea un nivel redus de HDL şi un nivel ridicat al trigliceridelor dar cu un nivel normal sau chiar ridicat al LDL-ului. În aceste cazuri, rezultatul măsurării colesterolului total poate părea normal şi astfel pacientul sau medicul care a efectuat analiza nu sunt conştienţi de eventualele riscuri ale apariţiei unor boli cardiovasculare care pot fi depistate prin intermediul unor analize care nu au fost efectuate. Chiar şi cu un nivel acceptabil al colesterolului total, dar cu un nivel scăzut al HDL-ului poate creşte riscul apariţiei unei boli cardiace.

Limitele preferate pentru nivelul colesterolului depind de vârstă, sex, bagaj genetic şi starea generală de sănătate. Nu există o cifră minune care să separe nivelurile alarmante faţă de nivelurile nepericuloase. Mai degrabă, cercetătorii şi medicii au constatat că depăşirea anumitor niveluri ale lipidelor din sânge creşte riscul apariţiei tulburărilor cardiace şi cardiovasculare, concluzie suficient de elocventă pentru necesitatea schimbării stilului de viaţă.

Beneficii ale menţinerii sub control a lipidelor

Dacă există o predispoziţie genetică spre un colesterol ridicat, nivel ridicat al trigliceridelor, crize cardiace

sau infarct la vârste timpurii atunci pericolul apariţiei aterosclerozei este mai mare. Nu se poate schimba ereditatea, dar se pot lua următoarele măsuri de precauţie – măsurarea sistematică a nivelului colesterolului conform recomandărilor medicului, respectarea unei diete sănătoasă, controlul greutăţii şi evitarea fumatului.

În 2001, Programul Naţional de Educaţie cu privire la Colesterol, o parte componentă a Institutului Naţional de Sănătate (SUA), a elaborat un nou ghid pentru controlul colesterolului. Acest ghid este mult mai strict decât precedentele recomandări, recurgând la o abordare mai „agresivă" pentru scăderea colesterolului şi pentru o mai bună identificare a riscurilor individuale de a face crize cardiace.

Ghidul mai conţine de asemenea un instrument de evaluare a riscurilor care pot ajuta medicii să anticipeze şansa persoanei de a face o criză cardiacă în următorii 10 ani. Instrumentul ia în calcul următorii factori cum ar fi vârsta, greutatea, sexul, tensiunea arterială, colesterolul total şi fumatul.

Un prim pas pentru menţinerea sub control a colesterolului este reducerea nivelului anormal a LDL-ului. După stabilirea nivelului colesterolului, a celor mai importanţi factori de risc cardiovascular şi a riscului pe următorii 10 ani, medicul poate ajuta la stabilirea nivelului optim al LDL-ului.

În general, cu cât riscul apariţiei bolilor cardiovasculare este mai mare, cu atât mai mic va fi nivelul optim al LDL-ului. Dacă există doar unul sau nici unul dintre factorii de risc, ghidul recomandă un nivel al LDL-ului mai mic de 160 mg/dL.

Însă dacă există 2 sau mai mulţi factori de risc, cum ar fi fumatul combinat cu tensiune arterială ridicată, atunci este recomandat un nivel al LDL-ului mai mic de 130 mg/dL. Când pacientul suferă de o afecţiune coronariană, nivelul LDL recomandat este mai mic de 100 mg/dL.

Schimbarea stilului de viaţă este de obicei primul pas al tratamentului. Dacă acest lucru nu este suficient sau nivelul LDL-ului este foarte ridicat atunci se recomandă administrarea de medicamente.

Care este semnificaţia valorilor?

Rezultatele, reieşite în urma testului de măsurare a nivelului lipidelor din sânge, reprezintă un set de numere exprimate în miligrame pe decilitru (mg/dL) şi arată colesterolul total, nivelul LDL-ului (colesterolul „rău"), nivelul HDL-ului (colesterolul „bun") şi nivelul trigliceridelor. Programul Naţional de Educaţie cu privire la Colesterol, o parte componentă a Institutului Naţional de Sănătate (SUA), a elaborat un ghid care ajută la determinarea valorilor optime şi a celor care poartă un risc ridicat al apariţiei bolilor cardiovasculare. În timp ce comparaţi rezultatele dumneavoastră cu cele din ghid, ţineţi minte că acestea singure (valorile) nu spun totul. Rugaţi medicul să interpreteze rezultatele testului.

Clasificările colesterolului şi ale trigliceridelor

Colesterolul total

*Mg/dL**	*Semnificaţia valorilor*
<200	De dorit
200-239	La limită
≥240	Ridicat

LDL (colesterolul „rău")

Mg/dL	*Semnificaţia valorilor*
<100	Optim
100-129	Apropiat de optim
130-159	La limită
160-189	Ridicat
≥190	Foarte ridicat

HDL (colesterolul „bun")

Mg/dL	*Semnificaţia valorilor*
<40	Scăzut
≥60	Ridicat

HDL-ul protejează împotriva apariţiei bolilor cardiovasculare, deci cu cât nivelul HDL-ului este mai ridicat cu atât este mai bine.

Trigliceridele

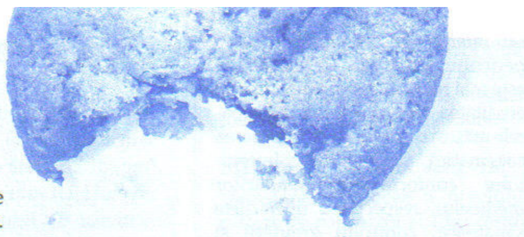
Mg/dL	*Semnificaţia valorilor*
<150	Normal
150-199	La limită
200-499	Ridicat
≥500	Foarte ridicat

*Miligrame pe decilitru

Sursa: National Cholesterol Education Program, Adult treatment Panel III, 2001

A cunoaşte grăsimile

Alimentele conţin diferite tipuri de grăsimi.



Grăsimile saturate

Majoritatea grăsimilor saturate provin din alimentele de origine animală – carne, lapte şi produse din lapte. Sursele vegetale de grăsimi includ uleiurile tropicale: ulei din nucă de cocos, ulei de palmier şi untul de cacao. Spre deosebire de alte uleiuri vegetale, uleiurile tropicale sunt formate din acizi graşi saturaţi. Acestea sunt ingrediente frecvent utilizate în prăjiturile şi fursecurile din comerţ, şi alte alimente tip fast-food. Grăsimile saturate contribuie la formarea colesterolului LDL (colesterolul „rău").

Grăsimile mononesaturate

Uleiurile din măsline, din alune sau de canola reprezintă o sursă de grăsimi mononesaturate. Spre deosebire de grăsimile saturate, grăsimile mononesaturate, în cantităţile recomandate, ajută la scăderea nivelului colesterolului total din sânge şi rezistenţa la oxidare, procese care permit celulelor din arterele dumneavoastră să absoarbă grăsimile şi colesterolul.

Grăsimi polinesaturate

La fel ca şi grăsimile mononesaturate, cele polinesaturate intră în compoziţia majorităţii uleiurilor vegetale şi ajută la scăderea nivelurilor sangvine ale colesterolului total şi a celui LDL. Totuşi, spre deosebire de cele mononesaturate, grăsimile polinesaturate sunt vulnerabile la oxidare.

Grăsimile trans

Grăsimile trans (acizii graşi trans) sunt produse atunci când grăsimile polinesaturate suferă reacţia de hidrogenare. Un exemplu este margarina. Când sunt hidrogenaţi, unii dintre acizii graşi polinesaturaţi se transformă în grăsimi saturate sau grăsimi trans. Acest proces face ca grăsimea să se solidifice. Cu cât gradul de hidrogenare este mai mare, cu atât grăsimea devine mai saturată.

Cercetările arată că aceste grăsimi trans vă cresc nivelurile de colesterol total şi de colesterol „rău", şi vă scad nivelurile de colesterol HDL (colesterol „bun"). Una dintre cele mai bune surse de grăsimi trans este reprezentată de margarină, ca şi produsele preparate cu aceasta, cum ar fi fursecurile, prăjiturile, biscuiţii şi alte preparate.

Reducerea aportului de grăsimi şi de colesterol

Menţineţi toate tipurile de grăsimi – saturate, polinesaturate, mononesaturate şi cele trans – la un nivel care să reprezinte 25-30% din caloriile dumneavoastră zilnice. Utilizaţi grăsimile polinesaturate sau mononesaturate, care vă ajută să scădeţi nivelul de colesterol LDL, în locul celor saturate.

În plus, limitaţi aportul zilnic de colesterol la mai puţin de 200 mg. Puteţi realiza acest lucru prin limitarea sau evitarea surselor concentrate de colesterol, cum ar fi carnea grasă sau extrem de procesată, gălbenuşul de ou şi produsele lactate integrale.

Încercaţi substituentele de grăsimi

Alimentele care conţin un anumit tip de micronutrienţi care se găsesc în fructe şi legume (steroli vegetali) pot fi utilizate pentru scăderea colesterolului, când se consumă ca parte a unei diete sărace în grăsimi saturate şi colesterol. Aceste extracte din plante imită rolul pe care colesterolul îl joacă în structura moleculară a alimentelor, dar reduc absorbţia colesterolului sangvin în organismul dumneavoastră.

În anul 2000, Food and Drug Administration a aprobat utilizarea sterolilor vegetali în alimente pentru a preveni apariţia bolii arterelor coronare. Astăzi sunt disponibile câteva sorturi de margarine care conţin steroli vegetali sau derivaţi ai acestora.

Consumaţi alimente bogate în fibre solubile

Fibrele solubile pot ajuta la scăderea nivelului colesterolului sangvin. Alimentele bogate în fibre solubile includ tărâţe de ovăz, fulgi de ovăz, fasole, mazăre, orez, orz, citrice, căpşune şi pulpă de mere.

Luaţi în considerare produsele din soia

Compuşii conţinuţi de soia, numiţi izoflavone, imită hormonii umani care regularizează nivelurile de colesterol. Consumul de proteine din soia poate scădea colesterolul total, colesterolul LDL şi trigliceridele. De asemenea, poate creşte nivelul de colesterol HDL.

Consumaţi mai multe alimente cu antioxidanţi

Antioxidanţii pot ajuta la prevenirea afectării peretelui intern al arterelor prin încetinirea oxidării, un proces chimic care permite celulelor arteriale să absoarbă acizii graşi şi colesterolul LDL. Antioxidanţii se găsesc în majoritatea fructelor şi a legumelor, de aceea o dietă sănătoasă trebuie să conţină cantităţi adecvate de fructe şi legume.

Consumaţi alcool cu moderaţie sau deloc

Consumul unei cantităţi moderate de alcool poate creşte nivelul de colesterol HDL. Pe de altă parte, alcoolul creşte nivelul trigliceridelor sangvine, astfel încât dacă aveţi un nivel crescut de trigliceride în sânge evitaţi alcoolul. Dacă trebuie să consumaţi alcool, limitaţi-vă la o singură băutură pe zi dacă sunteţi femeie sau la două pe zi dacă sunteţi bărbat.

Faceţi exerciţii fizice cu regularitate

Activitatea fizică regulată, de exemplu plimbare în ritm rapid,

jogging, mersul pe bicicletă sau schi-fond, ajută la creşterea nivelului de colesterol HDL. De asemenea, un program de exerciţii fizice vă pot ajuta să scădeţi în greutate, ceea ce duce la scăderea riscului de apariţie a bolilor cardiovasculare.

Nu fumaţi

Fumatul de ţigarete vă afectează pereţii vaselor sangvine, ceea ce permite colesterolului să se acumuleze. De asemenea, poate să vă scadă nivelul de colesterol HDL.

Ateroscleroza

Când depozitele de grăsimi (plăcile ateromatoase) şi alte substanţe se acumulează în artere şi produc îngustarea acestora, fluxul sangvin este încetinit. Această afecţiune se numeşte ateroscleroză. Reprezintă o cauză importantă de blocare a vaselor sangvine cardiace (arterele coronare), care poate duce la infarct de miocard sau la angină pectorală.

În cazul în care peretele interior al unei artere este lezat, celulele sangvine numite plachete sau trombocite se fixează adesea în zonele microscopice ale leziunii. De asemenea, în aceste zone se acumulează şi grăsimi. Iniţial, depozitele sunt doar nişte linii de celule care conţin grăsimi, dar pe măsură ce progresează, invadează straturile profunde ale pereţilor arteriali, producând cicatrici şi depozite de calciu. Formarea masivă de plăci ateromatoase reprezintă principala caracteristică a aterosclerozei.

Complicaţii

Cel mai mare pericol al acestor depozite este îngustarea arterelor. Când aceasta apare, ţesuturile organismului irigate de artera afectată nu primesc cantitatea de sânge normală, în special în timpul efortului fizic când cererea este mai mare. Din depozitele de grăsimi se pot disloca bucăţi care circulă apoi prin sânge şi obstrucţionează o arteră la distanţă – afecţiune numită embolie arterială.

Ateroscleroza este una din formele arteriosclerozei, dar de multe ori cei doi termeni sunt utilizaţi pentru a defini aceeaşi

Medicamente hipocolesterolemiante

Dacă modificările stilului de viaţă nu sunt suficiente pentru a scădea colesterolul dumneavoastră total, în special LDL-colesterolul (sau colesterolul „rău") la un nivel acceptabil, medicul dumneavoastră vă poate prescrie unele medicamente.

Deseori, înainte de a prescrie aceste medicamente, doctorul trebuie să ia în calcul mai multe variabile: stilul dumneavoastră de viaţă, vârsta, starea actuală de sănătate şi efectele secundare ale medicamentelor. După ce tratamentul a început, doctorul dumneavoastră vă va monitoriza periodic testele sangvine pentru a vedea dacă tratamentul este eficace şi pentru a determina dacă sunt necesare măsuri suplimentare, cum ar fi creşterea dozelor de medicamente sau schimbarea tipului de medicament.

Medicamentele utilizate pentru scăderea colesterolului şi a trigliceridelor includ:

Statinele

Statinele interferează cu sinteza de colesterol de către organism prin blocarea substanţei de care are nevoie ficatul pentru a-l sintetiza. Aceasta scade colesterolul din celulele hepatice, ceea ce duce la scoaterea colesterolului din sângele dumneavoastră. Această grupă de medicamente este în mod special eficientă în scăderea colesterolului total şi a LDL-colesterolului. De asemenea, statinele pot îmbunătăţi reabsorbţia depozitelor existente de colesterol, care ajută la permeabilizarea arterelor afectate.

În această grupă intră: fluvastatin (Lescol), lovastatin (Mevacor), simvastatin (Zocor), pravastatin (Pravachol) şi atorvastatin (Lipitor). În general, aceste medicamente sunt sigure, eficiente şi bine tolerate. Cu toate acestea, nu sunt recomandate dacă aveţi o boală hepatică gravă.

Sechestratoarele de acizi biliari

Medicamente cum ar fi colestiramina (Questran), colestipol (Colestid) şi colesevelam (Welchol) scad nivelul de colesterol prin legarea cu acizii biliari în tractul intestinal, obligând astfel ficatul să crească producţia de acizi biliari. Deoarece ficatul utilizează colesterolul pentru a fabrica acizi biliari, creşterea producţiei acestora înseamnă creşterea nevoilor de colesterol pentru ficat. Aceasta înseamnă că în sângele dumneavoastră rămâne mai puţin colesterol.

La fel ca şi celelalte medicamente pentru controlul grăsimilor din sânge, şi acestea trebuie utilizate zilnic, pentru luni şi ani de zile, pentru a obţine un efect pozitiv asupra aterosclerozei. Aceste medicamente pot avea ca efecte secundare constipaţia şi balonarea.

Acidul nicotinic

Acidul nicotinic (niacina) face parte din complexul de vitamine B. Când se administrează în cantităţi mai mari decât este nevoie pentru funcţia sa de vitamină, devine medicament. Acidul nicotinic are un efect favorabil pe trigliceride, HDL- şi LDL-colesterol. Nu este un medicament scump, dar poate produce ca efecte secundare: înroşirea feţei, modificarea rezultatelor funcţionale hepatice şi o tendinţă crescută spre diabet sau gută. Administrarea de aspirină cu 20-30 de minute înainte de a lua acid nicotinic scade probabilitatea de producere a înroşirii feţei.

Acizii fibrici

Acizii fibrici includ gemfibrozil (Lopid) şi fenofibrat (Tricor). Aceste medicamente sunt mai convenabil de administrat decât acidul nicotinic şi, ca şi acidul nicotinic, au efect favorabil pe trigliceride, HDL-colesterol şi LDL-colesterol. Efectele secundare pot include unele tulburări gastro-intestinale. În general, aceste medicamente nu trebuie administrate împreună cu statinele, deoarece asocierea a două categorii de medicamente cresc riscul de inflamaţie musculară.

Boala cardiovasculară: bărbat versus femeie

Femeile, uneori, își fac griji inutile în privința bolilor cardiovasculare. În realitate, bărbații au tendința să dezvolte boli cardiovasculare mai devreme decât o fac femeile. Cu toate acestea, în timp, femeile și bărbații au șanse egale de a deceda prin infarct de miocard.

Până la pubertate, bărbații și femeile au aproximativ același nivel de HDL-colesterol (colesterolul „bun"). Cu toate acestea, în timpul pubertății, nivelul de HDL-colesterol la bărbați scade, făcându-i mai susceptibili la instalarea bolilor cardiovasculare.

La femei, estrogenii (hormoni) tind să crească nivelul de colesterol „bun" și să scadă nivelul de colesterol „rău" (LDL-colesterol), astfel având un efect potențial protector față de bolile cardiovasculare. După instalarea menopauzei, când nivelurile de estrogeni tind să scadă, crește riscul femeilor de a face boli cardiovasculare și probleme asociate.

Înainte de vârsta de 60 de ani, bărbații sunt mai predispuși la a face infarct de miocard. După această vârstă, riscul de a face infarct se egalizează între cele două sexe. Cu toate acestea, astăzi modelele se schimbă. Datorită creșterii numărului de femei fumătoare, persoanele de sex feminin încep să prezinte infarct de miocard la vârste din ce în ce mai tinere.



afecțiune. Termenul *„arterioscleroză"* se referă la îngroșarea unei artere. Dacă în arteră se depozitează calciu, pereții acesteia devin rigizi sau îngroșați. Uneori, arterele antebrațului pot fi simțite ca niște mici tuburi rigide.

Într-o oarecare măsură organismul dumneavoastră se poate autoproteja de o eventuală îngustarea a unei artere prin dezvoltarea gradată a unei conexiuni arteriale adiționale, care şuntează sângele prin artera obstruată. Aceasta se numește circulație colaterală.

Dacă dumneavoastră aveți un anumit grad de ateroscleroză într-o zonă a organismului, probabil că aveți și în altă parte. De exemplu, o persoană care are o circulație proastă la nivelul membrelor inferioare este mai predispusă la apariția anginei pectorale sau a infarctului de miocard datorită unei îngustări similare a arterelor coronare.

Pentru mai multe informații despre tratamentul aterosclerozei, vezi pag. 753. Tratamentul poate presupune proceduri de deschidere a segmentului îngustat din arteră sau intervenție chirurgicală pentru a ocoli placa ateromatoasă, precum și măsuri de modificare a dietei (pentru a împiedica acumularea viitoare de plăci de aterom) și, posibil, utilizarea de medicamente.

Hipertensiunea arterială

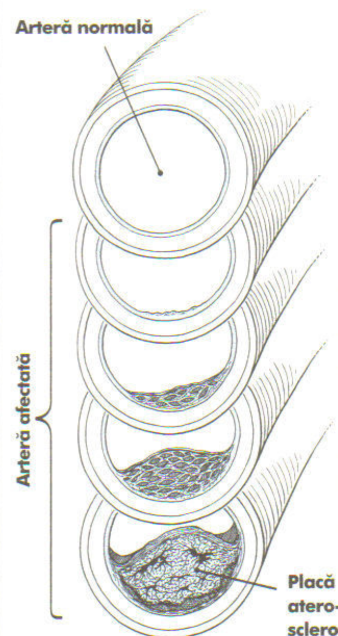
Presiunea arterială este forța cu care sângele care trece prin artere apasă pe pereții acestora. Puteți să o comparați cu presiunea dintr-un furtun de grădină. Inima dumneavoastră, arterele și rinichii lucrează împreună pentru a controla presiunea exercitată pe pereții arterelor de sângele care curge. Când acest sistem complex nu funcționează cum trebuie, presiunea din artere crește foarte mult. Dacă acest lucru persistă, starea este numită hipertensiune arterială. Adesea, hipertensiunea arterială nu determină nici un simptom.

Complicații

HTA este un important factor de risc pentru bolile cardiovasculare. Necontrolată pe perioade lungi de timp (ani) HTA poate afecta arterele din organism, astfel încât pereții acestora se îngroașă și devin rigizi (arterioscleroză), apare obstrucția (ateroscleroză), toate acestea scăzând cantitatea de sânge care ajunge la organe.

Organismul dumneavoastră răspunde prin creșterea presiunii sangvine pentru a menține un flux sangvin adecvat. Dar, la rândul ei, această presiune crescută produce leziuni la nivelul vaselor sangvine. Inima dumneavoastră este obligată să lucreze din greu. Mușchiul cardiac se poate îngroșa – stare numită hipertrofie cardiacă – pentru a face față schimbărilor. Pe lângă afectarea inimii dumneavoastră, complicațiile pe termen lung ale HTA pot afecta rinichii, ochii și creierul.

Pentru informații despre diagnosticul și tratamentul HTA, vezi pag. 740. Multe dintre complicațiile



Depozitele de grăsimi aterosclerotice (plăcile de aterom) se dezvoltă gradat în interiorul arterelor. Pe măsură ce placa se formează, circulația sangvină scade. Aceasta crește riscul de producere ainfarctului de miocard, de accident vascular cerebral și alte probleme vasculare grave.

HTA pot fi evitate printr-o îngrijire adecvată, care include tratament medicamentos şi modificări ale stilului de viaţă.

Diabetul zaharat

Diabetul zaharat este caracterizat prin lipsa insulinei sau prin rezistenţa organismului dumneavoastră la acest hormon, ceea ce duce la incapacitatea organismului de a procesa carbohidraţii din dieta dumneavoastră. Utilizarea insulinei şi a altor medicamente a făcut ca această afecţiune să fie controlabilă, dar diabetul zaharat rămâne un important factor de risc pentru bolile cardiovasculare.

Complicaţii

Creşterea nivelului zahărului în sânge (glucoză) este adesea însoţită de creşterea nivelului grăsimilor sangvine şi de probleme ale vaselor de sânge. Bărbaţii diabetici au aproximativ un risc dublu de boală coronariană. O persoană diabetică care şi fumează are un risc crescut de boală cardiovasculară.

Dacă aveţi diabet, urmărirea atentă a glicemiei vă poate reduce riscul de apariţie a problemelor cardiace şi ale vaselor sangvine. Pentru mai multe informaţii despre diabet, vezi capitolul 32, „Sistemul endocrin".

Antecedente ereditare

Sexul dumneavoastră ajută la determinarea riscului de dezvoltare a unei boli cardiovasculare, dar factorii ereditarii sunt complecşi.

În termeni mai simpli, dacă unul dintre părinţii dumneavoastră sau o altă rudă apropiată a avut un infarct de miocard la o vârstă tânără – la bărbaţi, mai puţin de 55 de ani, iar la femei, mai puţin de 65 de ani – riscul dumneavoastră de boală coronariană este semnificativ crescut faţă de o persoană care nu are istoric familial de probleme cardiace. Acest lucru nu înseamnă că veţi suferi aceeaşi boală. Dar există argumente puternice care arată că luarea oricărei măsuri de profilaxie minimizează factorii de risc pe care dumneavoastră îi puteţi controla.

Dacă nu aveţi un istoric familial de boală cardiovasculară, puteţi, de asemenea, să faceţi boala. De aceea, persoanele care nu au o moştenire genetică în acest sens, trebuie de asemenea, să urmărească cu mare atenţie factorii de risc cardiovasculari.

Apariţia unor noi factori de risc

Pe măsură ce cercetătorii au înţeles din ce în ce mai bine bolile cardiovasculare, cauzele lor şi tratamentul, au apărut alţi potenţiali factori de risc. Dacă aveţi un puternic istoric familial de boli cardiovasculare, medicul vă poate recomanda monitorizarea unuia sau mai multor dintre următoarele substanţe din sânge.

Homocisteina

Homocisteina este un produs secundar al utilizării proteinelor din organism. Cercetările arată o relaţie directă între nivelurile înalte de homocisteină din sânge şi creşterea riscului de boală coronariană. Acidul folic şi vitaminele B_6 şi B_{12} pot ajuta la scăderea nivelurilor de homocisteină, cu toate că nu s-a dovedit că un asemenea tratament scade riscul de boală a arterelor coronare.

Lipoproteinlipaza

Lipoproteinlipaza este o enzimă care catalizează metabolismul lipidelor şi lipoproteinelor. Modul său de acţiune nu este pe deplin cunoscut. Unele cercetări leagă un nivel crescut de lipoproteinlipază de apariţia prematură a infarctului de miocard.

Proteina C-reactivă

Nivelul de proteină C-reactivă (CRP) în sânge este crescut când există o inflamaţie. Unele studii arată că procesul inflamator – reacţia organismului dumneavoastră la o injurie – joacă un rol în construirea depozitelor de grăsimi (plăci) în arterele dumneavoastră (ateroscleroză). Dacă acest lucru este adevărat, acest nivel ridicat al CRP poate fi un indicator al prezenţei aterosclerozei şi un potenţial predictor pentru un infarct miocardic.

Fibrinogenul

Fibrinogenul este o proteină produsă de ficat, care joacă un rol important în coagularea sangvină.

? **Întrebare şi răspuns**

Trebuie să iau zilnic aspirină pentru a-mi reduce riscul de apariţie a unor probleme cardiace?

Este bine cunoscut că aspirina inhibă plachetele sangvine (trombocitele), celulele sangvine care contribuie la coagulare. Cu alte cuvinte, aspirina reduce tendinţa sângelui la coagulare. Astfel, poate ajuta la reducerea sau prevenirea îngustării vaselor de sânge datorate aterosclerozei. Doctorul dumneavoastră vă poate recomanda să luaţi o aspirină zilnic:

- dacă aveţi o afecţiune cardiovasculară cum ar fi ateroscleroza, angină pectorală, HTA sau fibrilaţia atrială, fiecare dintre acestea crescându-vă riscul de a face infarct de miocard sau accident vascular cerebral;
- pentru a evita un al doilea infarct de miocard;
- dacă aveţi o intervenţie de bypass arterial, pentru a reduce posibilitatea ca acesta să se blocheze cu un cheag sangvin şi o acumulare de plăci ateromatoase.

Luată în doze mici, aspirina nu este scumpă, este sigură în general şi uşor de administrat. Dar în cazul în care nu aveţi o afecţiune cardiovasculară, nu este clar dacă aspirina oferă vreun beneficiu pentru inima şi vasele dumneavoastră de sânge. Aspirina poate produce iritaţie şi sângerare gastrică, chiar dacă acestea nu sunt întâlnite în cazul unor doze scăzute. Acest risc poate fi scăzut prin administrarea de aspirină sub formă de capsule, care se dizolvă în intestinul subţire, nu în stomac. Discutaţi cu doctorul dumneavoastră despre posibilitatea utilizării zilnice a aspirinei.



În unele studii un nivel ridicat al fibrinogenului sangvin a fost asociat cu un risc crescut de boală cardiovasculară. Alţi factori de risc cardiovasculari, incluzând fumatul, vârsta înaintată, obezitatea. sedentarismul şi niveluri crescute de colesterol, par să crească nivelul de fibrinogen. Aceasta arată că, de asemenea, controlarea altor factori de risc poate ajuta la controlarea nivelului de fibrinogen.

Cu toate că aceşti factori par să aducă noi informaţii despre bolile cardiovasculare, sunt necesare mai multe cercetări pentru a stabili relaţiile care fac să funcţioneze inima şi vasele de sânge. În plus, metodele utilizate pentru a măsura aceste substanţe în sânge trebuie mai bine investigate în viitor.

Hipertensiune arterială

Pe tot parcursul acestei cărţi, afecţiunile medicale sunt în general acompaniate de o listă a semnelor şi simptomelor lor. În cazul hipertensiunii arteriale, această abordare nu funcţionează. Majoritatea persoanelor cu HTA nu prezintă nici un simptom. Chiar şi un medic nu poate preciza uşor că aveţi HTA până când nu vă măsoară tensiunea arterială. Unele persoane cred că durerile de cap, ameţelile şi sângerările nazale sunt semne şi simptome ale HTA, dar acest lucru nu este valabil în toate cazurile.

Tensiunea arterială crescută şi hipertensiunea arterială înseamnă acelaşi lucru, şi se referă la afecţiunile caracterizate prin creşterea presiunii sângelui din artere, care este prea mare pentru o bună sănătate. Incidenţa HTA creşte odată cu înaintarea în vârstă. HTA este mai frecventă la populaţia de culoare faţă de albi şi hispanici. La tineri şi la vârsta medie, bărbaţii sunt mai des afectaţi de HTA decât femeile. După această vârstă, situaţia se inversează.

Deşi, în general, HTA nu produce nici un simptom, aceasta nu înseamnă că nu este periculoasă. HTA este numită adesea „ucigaşul silenţios" deoarece aproximativ 1 din 4 adulţi americani au HTA, dar doar 1/3 dintre aceştia sunt conştienţi că o au. Riscul constă în complicaţiile pe termen lung pe care le poate determina. HTA este cauza principală a accidentului vascular cerebral, a infarctului miocardic, a insuficienţei cardiace, a insuficienţei renale, a demenţei şi a morţii premature.

În ultimii 30 de ani s-au făcut progrese importante în detectarea şi tratarea HTA. Marea atenţie acordată acestei afecţiuni reprezintă unul din motivele pentru care decesele prin accident vascular cerebral a scăzut sub 60%, iar decesele prin boli cardiovasculare au scăzut sub 50%. Totuşi, jumătate dintre toţi americanii cu HTA au primit tratament, şi doar un sfert dintre ei îşi ţin sub control valorile tensionale.

Nu există nici un tratament care să vindece HTA, dar afecţiunea poate fi prevenită şi tratată. Modificările stilului de viaţă şi medicamentele, dacă sunt necesare, vă pot ajuta să menţineţi sub control tensiunea arterială.

? Întrebare şi răspuns

Ce produce descărcarea de adrenalină?

Unul dintre cei mai importanţi hormoni care afectează presiunea sangvină este adrenalina (epinefrina). Adrenalina este eliberată în organismul dumneavoastră în timpul perioadelor de stres crescut sau de tensiune, de exemplu când vă este frică sau vă enervaţi. Dacă se întâmplă aşa ceva, arterele dumneavoastră se îngustează, contracţiile cardiace devin mai puternice şi mai rapide, crescând presiunea în artere. Senzaţia creată de eliberarea acestui hormon este adesea numită „descărcare de adrenalină".

Elementele de bază ale tensiunii arteriale

Presiunea sangvină este determinată de cantitatea de sânge pompată de inima dumneavoastră şi de rezistenţa pe care o opune fluxului de sânge arterele dumneavoastră. Organele şi substanţele care ajută la regularizarea presiunii sangvine sunt:

Inima

Acţiunea de pompare pe care o face inima dumneavoastră este necesară pentru a crea o anumită forţă pentru a împinge sângele în cea mai mare arteră (aorta). Cu cât îi este mai greu muşchiului cardiac să împingă sângele, cu atât creşte forţa exercitată în artere.

Arterele

Pentru a se acomoda cantitatea de sânge cu fiecare bătaie cardiacă, arterele sunt căptuşite cu muşchi netezi care le ajută să se relaxeze şi să se contracte când sângele trece prin ele. Cu cât sunt mai elastice arterele dumneavoastră, cu atât mai mică este rezistenţa pe care o opun fluxului sangvin şi cu atât mai mică este forţa exercitată pe pereţii acestora. Când arterele îşi pierd din elasticitate sau încep să se îngusteze, rezistenţa opusă fluxului sangvine creşte şi este necesară o forţă în plus pentru a împinge sângele către artere.

Rinichii

Rinichii dumneavoastră reglează cantitatea de sodiu pe care o reţine organismul dumneavoastră şi cresc volumul de apă care circulă prin organism. Sodiul reţine apa. Din acest motiv, cu cât aveţi în organism mai mult sodiu, cu atât mai multă apă există în sângele dumneavoastră. Această cantitate suplimentară de fluid poate creşte presiunea sangvină.

Altele

Alte organe şi substanţe care influenţează presiunea sangvină includ: sistemul nervos central şi o serie de hormoni şi enzime. În interiorul pereţilor inimii şi ai unor artere există nişte structuri foarte mici numite baroreceptori, care monitorizează continuu fluxul sangvin şi trimit semnale la

Clasificarea tensiunii arteriale

	Tensiune sistolică (mmHg*)		Tensiune diastolică (mmHg)
Optimă†	sub 120	şi	sub 80
Normală	sub 130	şi	sub 85
La limită	130-139	sau	85-89
Hipertensiune			
Stadiul 1‡	140-159	sau	90-99
Stadiul 2‡	160-179	sau	100-109
Stadiul 3‡	180 sau peste	sau	110 sau peste

*Milimetri coloană de mercur

† Tensiune optimă cu privire la riscul cardiovascular

‡ Bazat pe media a două sau mai multe măsurări făcute la două sau mai multe vizite la medic după screening-ul iniţial

creierul dumneavoastră despre statusul presiunii sangvine. Creierul răspunde prin trimiterea de semnale pentru eliberarea de hormoni şi enzime care afectează funcţionarea inimii, a vaselor de sânge şi a rinichilor dumneavoastră.

Măsurarea tensiunii arteriale

Tensiunea dumneavoastră arterială poate fi măsurată cu ajutorul unui sfingomanometru. Acest aparat este format dintr-o manşetă care se poate umfla şi care se poate fixa în jurul părţii superioare a braţului, o pompă de aer şi un cadran pe care se citesc valorile.

Tensiunea arterială se exprimă prin 2 numere, având ca unitate de măsură milimetri coloană de mercur (mmHg). De exemplu, o tensiune arterială de aproximativ 120/80 mmHg (120 cu 80) este optimă. Numărul mai mare reprezintă presiunea sistolică – adică presiunea cu care inima se contractă şi împinge sângele în aortă. Numărul mai mic reprezintă presiunea diastolică – adică presiunea din artere între două bătăi cardiace, când muşchiul cardiac este relaxat şi umplut cu sânge. În acest timp, presiunea dumneavoastră sangvină scade.

În mod normal, tensiunea arterială variază pe parcursul unei zile. Ea creşte în timpul perioadelor active şi scade în perioadele de repaus. Înainte de a vă pune diagnosticul de hipertensiune arterială, de obicei medicul vă determină media tensiunii arteriale prin măsurarea acesteia de două sau mai multe ori la câteva vizite la cabinet.

Tensiune normală versus tensiune crescută

Tensiunea arterială a unui nou-născut este de obicei de aproximativ 90/60 mmHg. De-a lungul copilăriei, aceasta creşte lent. La un adult, o tensiune arterială normală este între 120/80 mmHg şi 139/89 mmHg. Cu toate acestea, o tensiune sistolică de 130-139 mmHg şi o tensiune diastolică de 85-89 mmHg sunt considerate la limită. Aceste valori pot creşte riscul dumneavoastră de boală cardiovasculară.

Tensiunea dumneavoastră arterială este considerată crescută dacă cea sistolică este constant de 140 mmHg sau mai mult, sau cea diastolică este de 90 mmHg sau mai mult, sau ambele. În trecut, tensiunea diastolică era considerată un indicator mai bun al unui potenţial risc decât cea sistolică. Dar studii recente efectuate pe perioade lungi au arătat că o tensiune sistolică ridicată este la fel de importantă – dacă nu mai gravă – în special la persoanele vârstnice.

Hipertensiunea arterială este împărţită în 3 stadii, în funcţie de gravitate, gradul 3 fiind cel mai serios. Termenii de „blând" şi „moderat" nu mai sunt astăzi folosiţi pentru a defini niveluri de hipertensiune arterială ridicată, astfel încât oamenii să nu înţeleagă greşit termenii de tensiune arterială minoră sau moderată ca nefiind pericole serioase pentru sănătate şi astfel să le ignore.

De obicei, hipertensiunea arterială se dezvolt gradual. În majoritatea cazurilor, persoanele au tensiune normală la început, care progresează lent către valorile-limită şi, eventual, la stadiul 1 de hipertensiune arterială.

Dacă nu este tratată, presiunea excesivă poate produce leziuni în multe organe şi ţesuturi. Cu cât stadiul hipertensiunii arteriale este mai mare, cu atât riscul de afectare creşte. Totuşi, chiar şi hipertensiune arterială stadiul 1 poate fi dăunătoare dacă durează perioade lungi de timp (luni până la ani).

Cauzele

La aproximativ 95% dintre persoanele cu HTA nu se descoperă

nici o cauză. Aceasta se numeşte HTA esenţială.

În cazuri mai rare, când cauza HTA este clar stabilită, se utilizează termenul de HTA secundară deoarece creşterea presiunii arteriale este rezultatul altei afecţiuni sau factor. Acestea pot include:

- Remedii pentru răceală, decongestionante nazale, antiinflamatorii nesteroidiene (AINS) eliberate fără prescripţie medicală, precum şi unele eliberate cu reţetă, cum ar fi contraceptivele orale, corticosteroizii, antidepresivele triciclice şi sibutramina (Meridia) pentru obezitate.
- Afecţiuni ale rinichilor, cum ar fi insuficienţa renală, stenoza (îngustarea) arterei renale şi glomerulonefrita (inflamaţia glomerulilor renali).
- Hiperactivitatea glandelor suprarenale.
- Probleme tiroidiene.
- Anomalii ale vaselor sangvine.
- Preeclampsia, o complicaţie a sarcinii.
- Utilizarea de droguri ilicite.

Uneori, dacă problemele primare sunt tratate, hipertensiunea arterială se vindecă.

Complicaţiile

Simptomele HTA sunt silenţioase, dar pericolul este foarte real. Netratată pe perioade lungi de timp, HTA poate produce afectări a numeroase organe ale organismului. Infarctul de miocard, insuficienţa cardiacă, insuficienţa renală, accidentul vascular cerebral, demenţa şi pierderea vederii sunt câteva dintre complicaţiile acestei afecţiuni.

Boala arterelor coronare

Cauza majoră de deces în rândul persoanelor cu HTA este boala arterelor coronare. HTA accelerează formarea depozitelor de grăsimi (plăci ateromatoase) în artere, ceea ce duce la îngustarea lumenului acestora (ateroscleroză). Dacă arterele care irigă muşchiul inimii încep să se obstrueze, acest muşchi este lipsit de oxigen, putându-se produce infarctul de miocard.

Când tensiunea arterială este crescută, inima este obligată să muncească din greu pentru a asigura fluxul sangvin adecvat la ţesuturi. În timp, muşchiul cardiac se îngroaşă (se hipertrofiază) pentru a putea împinge sângele contra unei rezistenţe mai mari.

Ventriculul stâng este cavitatea inimii care pompează sângele în tot organismul cu excepţia plămânilor. De aceea, când muşchiul ventricular se îngroaşă, se numeşte hipertrofie ventriculară stângă. Această afecţiune se asociază frecvent cu un risc crescut de apariţie a morţii subite şi a infarctului de miocard.

Odată cu trecerea timpului, HTA poate produce, de asemenea, extenuarea muşchiului cardiac (miocard), putând apărea insuficienţa cardiacă congestivă, când inima dumneavoastră nu poate împinge eficient, astfel încât apare staza venoasă. În plămâni, în membrele inferioare şi alte ţesuturi se acumulează fluid.

Controlarea tensiunii arteriale poate reduce eficient riscul de apariţie al acestei afecţiuni cardiovasculare. Dacă tensiunea arterială a fost controlată în ultimii 5 ani, riscul dumneavoastră de a face infarct de miocard scade la aproximativ 20%, iar cel de a face insuficienţă cardiacă congestivă scade la mai puţin de 50%.

Accidentul vascular cerebral

Accidentul vascular cerebral se produce atunci când un vas de sânge din creier se rupe (hemoragie cerebrală) sau un fragment dintr-o placă ateromatoasă se desprinde, intră în circuitul sangvin şi blochează o arteră din creier (embolie cerebrală) sau se formează un cheag sangvin într-o arteră a creierului (tromboză cerebrală).

Accidentul vascular cerebral este mult mai frecvent întâlnit la persoanele cu hipertensiune arterială. De fapt, hipertensiunea arterială este cel mai important factor de risc pentru accidentul vascular cerebral. Când tensiunea arterială este scăzută printr-un tratament adecvat, riscul de accident vascular cerebral scade la fel de bine – aproximativ 40% peste 2 la 5 ani.

Demenţa

Cercetările arată că hipertensiunea arterială poate afecta semnificativ memoria (demenţa). Studiile indică faptul că debutul demenţei variază de la câţiva ani până la câţiva zeci de ani după punerea diagnosticului de hipertensiune arterială. Aceasta dovedeşte faptul că tratamentul medicamentos antihipertensiv poate scădea riscul de apariţie al acestei boli. Sunt necesare studii aprofundate pentru a confirma o asociere între hipertensiunea arterială şi demenţă.

Hipertensiunea sistolică izolată

Dacă tensiunea dumneavoastră sistolică este constant crescută (140 mmHg sau mai mult), iar cea diastolică are valoare normală (mai mică de 85 mmHg), puteţi avea o afecţiune numită hipertensiune sistolică izolată (HIS). HIS este prezentă la aproximativ 2/3 din populaţia americană cu vârsta peste 60 de ani şi cu hipertensiune arterială.

În trecut, medicii considerau HIS ca un rezultat al îmbătrânirii şi evitau să o trateze datorită lipsei evidenţei beneficiilor şi a riscului de posibile efecte secundare, precum şi a costului tratamentului. Cu toate acestea, unele studii au arătat că tratarea acestei forme de hipertensiune arterială poate preveni mii de accidente vasculare cerebrale şi alte probleme cardiovasculare în fiecare an.

Dacă s-a pus diagnosticul de HIS, măsuraţi-vă exact şi regulat tensiunea arterială. Discutaţi cu medicul despre tratamentul medicamentos pentru a controla această problemă şi urmaţi cu stricteţe prescripţiile acestuia. Identificaţi şi modificaţi factorii din stilul dumneavoastră de viaţă care pot contribui la creşterea riscului de HIS: fumatul, obezitatea, dieta bogată în sare, lipsa exerciţiilor fizice regulate şi utilizarea alcoolului.

Bolile renale

Aproximativ 1/5 din sângele din organism pe care îl pompează inima la fiecare bătaie trece prin rinichi. Filtrul renal reține produșii reziduali din sânge și ajută la menținerea unui echilibru al sărurilor, acizilor și apei în sânge.

Hipertensiunea arterială poate produce leziuni ale rinichilor, afectând funcționarea lor normală, una dintre funcțiile acestora fiind menținerea unei tensiuni arteriale normale. De aceea, lezarea acestor organe poate agrava hipertensiunea arterială. Aceasta duce la un ciclu distructiv, care, în ultima instanță, duce la creșterea tensiunii arteriale și la scăderea capacității rinichilor de a îndepărta reziduurile din sânge.

Schimbarea stilului de viață

Deși cauza precisă a hipertensiunii arteriale rămâne de multe ori necunoscută, afecțiunea poate fi adesea eficient tratată. Cu

Factorii de risc

Unele trăsături genetice și unele obiceiuri vă pot crește șansele de a dezvolta HTA. În general, cu cât aveți mai mulți factori de risc, cu atât mai probabil este că veți face HTA de-a lungul vieții. Prin controlarea și modificarea acestor factori de risc, vă reduceți posibilitatea de a avea HTA.

Factorii de risc necontrolabili

Factorii pe care nu puteți să îi schimbați sunt:

Rasa

HTA apare mai frecvent la populația de culoare față de albi și hispanici. La negri, HTA apare în general la vârste tinere, este mult mai severă și tinde să progreseze mult mai rapid.

Vârsta

Riscul de apariție a HTA crește odată cu vârsta, în special printre americanii de 65 de ani sau mai mult.

Istoricul familial

Dacă în familia dumneavoastră există cazuri de HTA, șansele dumneavoastră de a face această boală sunt crescute.

Sexul

Printre persoanele tinere și de vârstă mijlocie, bărbații fac mai frecvent HTA față de femei. După vârsta de 50 de ani, când majoritatea femeilor au intrat la menopauză, HTA apare mai frecvent la femei decât la bărbați.

Factorii de risc controlabili

Factorii de risc pe care dumneavoastră îi puteți modifica includ:

Obezitatea

Excesul de masă corporală necesită o cantitate mai mare de sânge pentru a iriga țesuturile. Mai mult sânge care circulă prin vasele de sânge creează o forță suplimentară ce apasă pe pereții arterelor.

Inactivitatea

Lipsa de activitate fizică vă crește riscul de a deveni supraponderal, care crește riscul de HTA. Persoanele care sunt sedentare tind, de asemenea, să aibă o frecvență cardiacă crescută, ceea ce face ca inima să muncească mai mult pentru a pompa sângele.

Utilizarea tutunului

Nicotina determină inima dumneavoastră să lucreze din greu prin constricția temporară a vaselor de sânge, creșterea frecvenței cardiace și a presiunii sangvine. În plus, monoxidul de carbon din fumul de țigară înlocuiește oxigenul din sânge, determinând cordul să muncească mai mult pentru a asigura cantitatea necesară de oxigen pentru organele și țesuturile organismului dumneavoastră.

Sensibilitatea la sodiu

Persoanele care sunt sensibile la sodiu îl rețin mult mai ușor, ceea ce are ca rezultat retenția de lichide și creșterea presiunii arteriale. Sarea de bucătărie este cea mai importantă sursă de sodiu.

Aportul scăzut de potasiu

Potasiul ajută la menținerea în echilibru a sodiului din organism. Dacă dieta dumneavoastră nu conține destul potasiu sau organismul dumneavoastră nu este capabil să rețină cantitatea potrivită, se acumulează sodiu în exces, crescând riscul de apariție a hipertensiunii arteriale.

Consumul excesiv de alcool

Utilizarea excesivă de alcool reprezintă cauza a aproximativ 8% din cazurile de HTA. Cum și de ce alcoolul crește presiunea sangvină nu se cunoaște încă foarte bine.

Stresul

Stresul nu produce o hipertensiune arterială persistentă, dar un nivel crescut de stres poate duce la o creștere temporară dar dramatică a presiunii sangvine. Dacă aceste episoade temporare se produc destul de des, pot eventual leza vasele sangvine, inima și rinichii în același fel ca și HTA persistentă.

Bolile cronice

Unele boli pot contribui la creșterea tensiunii arteriale sau fac ca hipertensiunea arterială să fie mult mai dificil de controlat. Aceste boli pot fi: ateroscleroza, diabetul zaharat, apneea de somn și insuficiența cardiacă.

supraveghere medicală atentă, majoritatea sau chiar toate dintre consecinţele îngrozitoare ale HTA pot fi evitate.

În funcţie de valorile tensionale, medicul dumneavoastră poate începe tratamentul prin a vă recomanda doar unele modificări ale stilului de viaţă sau acestea însoţite şi de tratament medicamentos.

Chiar şi sub tratament medicamentos, schimbări ale obiceiurilor dumneavoastră zilnice sunt importante în controlul acestei afecţiuni. Aceste ajustări în stilul dumneavoastră de viaţă pot include: scăderea în greutatea, modificarea dietei, restricţionarea utilizării alcoolului şi cofeinei, renunţarea la fumat şi creşterea nivelului de activitate fizică.

Activitatea fizică

Activitatea fizică este importantă în controlarea tensiunii arteriale deoarece vă face inima mai puternică. Aceasta va fi capabilă să pompeze mai mult sânge cu efort mai puţin. Cu cât munceşte inima mai puţin pentru a pompa sângele, cu atât este mai mică forţa care se exercită pe pereţii arterelor.

Exerciţiile aerobice, care cresc frecvenţa cardiacă şi se execută cu consum de oxigen, au cele mai mari beneficii asupra presiunii sangvine. Pe măsură ce organismul se obişnuieşte cu acest nivel de activitate, inima dumneavoastră devine mai puternică, iar tensiunea arterială scade. Executarea regulată de exerciţii aerobice vă poate reduce tensiunea arterială cu 5-10 mmHg. De asemenea, vă ajută să scădeţi în greutate.

Pentru mai multe informaţii despre cum să deveniţi mai activ, vezi capitolul 4, „Menţineţi-vă activ".

Depozitul din bucătărie



Ar trebui să găsiţi în bucătărie tot ceea ce aveţi nevoie pentru dieta DASH la fel de bine ca şi într-un supermarket. Având la îndemână toate ingredientele vă va fi foarte uşor să gătiţi mâncăruri sănătoase. Iată câteva exemple de alimente pe care ar trebui să le aveţi:

Produse lactate
- Laptele degresat parţial sau fără grăsimi.
- Brânză de vaci sau Ricotta degresată sau fără grăsimi.
- Brânzeturi degresate.
- Smântână degresată parţial sau fără grăsimi.
- Margarină la tub sau lichidă.

Cereale
- Pâine, baghete sau pâine „pita".
- Tortillas fără grăsimi.
- Cereale obişnuite.
- Orez alb sau brun.
- Paste.

Fructe
- Diferite fructe proaspete obişnuite.
- Fructe proaspete de sezon.
- Fructe conservate în apă sau în sirop.
- Fructe congelate fără adaos de zahăr.
- Fructe uscate.

Zarzavaturi
- Varietăţi obişnuite proaspete.
- Zarzavaturi proaspete de sezon.
- Zarzavaturi congelate fără adaos de unt sau sare.
- Roşii conservate fără adaos de sare.
- Zarzavaturi conservate sau supe de zarzavaturi sărace în sare.

Legume
- Linte.
- Fasole neagră.
- Fasole roşie.
- Bob.

Carne
- Carne albă, carne de pui sau de curcan, fără piele.
- Peşte (dar nu cel pané).
- Muşchi de porc.
- Carne slabă de vită tocată.
- Muşchi de vită feliat.

Articole necesare pentru reţetele de patiserie
- Imitaţie de unt, fulgi sau granule.
- Spray pentru gătit cu ulei vegetal.
- Conserve de lapte condensat sau lapte praf – cu conţinut redus de grăsimi sau complet degresat.
- Cacao pudră – neîndulcită.
- Mix pentru prăjituri „Angel".

Condimente, esenţe aromate şi sosuri
- Sosuri pentru salate (fără grăsimi sau complet degresate).
- Condimente, mirodenii.
- Plante aromatice.
- Oţeturi aromate.
- Sos Salsa sau sos picant.

Dieta

A avea o dietă echilibrată din punct de vedere nutriţional influenţează, de asemenea, tensiunea arterială. Şi „a mânca bine" nu înseamnă să vă concentraţi numai pe calorii şi să renunţaţi la alimentele dumneavoastră favorite. Mai degrabă, aceasta înseamnă să vă bucuraţi de o varietate de alimente care vă ajută să vă asiguraţi proporţiile potrivite de nutrienţi de care are organismul nevoie pentru a se menţine sănătos. O cantitate crescută de cereale, fructe, legume şi produse lactate degresate vă poate ajuta să menţineţi sub control tensiunea arterială şi chiar să evitaţi folosirea de medicamente.

Dieta DASH

În anul 1977, un studiu numit *Dietary Aproaches to Stop Hypertension* (DASH) (Metode dietetice de stopare a hipertensiunii arteriale) compara folosirea a trei diete la 459 de persoane. Grupul includea persoane cu hipertensiune arterială şi cu valori tensionale la limită, care aveau risc de a dezvolta HTA.

Dintre cele trei diete luate în studiu, una era dieta tipic americană – săracă în fructe, legume şi produse lactate, şi un conţinut de grăsimi de aproximativ 37% din totalul caloriilor. O altă dietă punea accentul pe fructe şi legume, dar nu avea controlul asupra aportului de produse lactate sau grăsimi. A treia dietă, numită dieta combinată, pune accentul pe fructe, legume, la care se adaugă cantităţi crescute de cereale şi produse lactate sărace în grăsimi. Grăsimile reprezintă mai puţin de 30% din calorii.

Dieta DASH

Alimente	Beneficii	Exemple de porții
Pâine și produse de panificație 7-8 porții pe zi*	Aceste produse includ pâinea, cerealele, orezul și pastele. În plus față de faptul că sunt sărace în grăsimi, cerealele sunt bogate în carbohidrați și substanțe nutritive. Cerealele integrale conțin mai multe fibre și substanțe nutritive decât varietățile rafinate. Evitați să adăugați sosuri bogate în grăsimi la paste sau pâine, cum ar fi untul și sosurile preparate cu smântână sau brânză. În loc de acestea, alegeți fructe mărunțite sau miere și alegeți sosuri pe bază de zarzavaturi și roșii pentru paste.	• ½ ceașcă (90 g) cereale, orez sau paste gătite. • ½ ceașcă (90 g) cereale instant. • o felie de pâine integrală. • ½ baghetă sau brioșă.
Fructe și legume 8-10 porții pe zi	Teoretic, fructele și legumele nu conțin grăsimi și sunt sărace în calorii. De asemenea, sunt bogate în fibre alimentare și substanțe nutritive variate, incluzând potasiul și magneziul, ca și în fitochimicale, substanțe care vă pot scădea riscul de boală cardiovasculară și de unele tipuri de cancer. Înlocuirea alimentelor cu conținut înalt de grăsimi și calorii cu fructe și legume reprezintă o cale ușoară pentru a vă îmbunătăți dieta fără a vă micșora porțiile. Dar nu le înecați în sosuri care conțin grăsimi.	• ¼ ceașcă (45 g) stafide. • ¾ ceașcă (180 g) suc de fructe 100%. • 1 măr mediu, 1 banană sau un alt fruct. • 12 boabe de struguri. • 1 ceașcă (60 g) legume cu frunze verzi crude. • ½ ceașcă (90 g) legume gătite. • 1 cartof mediu.
Produse lactate 2-3 porții pe zi	Produsele lactate reprezintă sursa de calciu, vitamina D și proteine, dar ele pot fi bogate în grăsimi. Alegeți produse lactate degresate parțial sau fără grăsimi deloc. Astfel veți avea toate beneficiile cu excepția grăsimilor.	• 1 cană (240 g) lapte degresat parțial sau total sau 1 cană (240 g) iaurt. • 45 g brânză degresată parțial sau total.
Carne roșie, de pui și pește 2 sau mai multe porții pe zi	Carnea roșie, carnea de pui și peștele sunt bogate în proteine, vitamina B, fier și zinc. Alegeți bucăți de carne degresată cum ar fi mușchiul din față sau din spate. Îndepărtați toată grăsimea vizibilă de pe carnea roșie și pielea de la carnea de pui. Peștele reprezintă unul dintre cele mai sărace tipuri de carne în proteine pe care le-ați putea alege. Grăsimile pe care le conține sunt mai ales acizi grași omega-3, care pot ajuta la scăderea tensiunii arteriale, subțierea sângelui și reducerea riscului de formare a cheagurilor sangvine.	• 60-90 g carne de pui gătită fără piele, fructe de mare sau carne slabă.
Legume, semințe și nuci 4-5 porții pe săptămână	Legumele includ fasole, mazăre uscată și năut, care sunt sărace în grăsimi, nu conțin colesterol și sunt o excelentă sursă de proteine. De asemenea, conțin multe substanțe minerale (cum ar fi magneziul și potasiul), fitochimicale și fibre. Deși nucile și semințele conțin grăsimi, majoritatea sunt mononesaturate, care pot ajuta la protecția împotriva bolii arterelor coronare.	• ½ ceașcă (100 g) legume gătite. • ¼ ceașcă (30 g) semințe. • 1/3 ceașcă (30 g) nuci.

* Mărimea porției se bazează pe o dietă de 2000 calorii/zi. Majoritatea americanilor au nevoie de 1600-2400 calorii/zi, în funcție de vârstă și de tipul de activitate. Pentru a vedea câte porții să folosiți, discutați cu un dietetician.

Sursa: adaptat după *National Institutes of Health*, 1997.

Aruncaţi sarea



Iată câteva modalităţi de a reduce sodiul din dieta dumneavoastră:

- *Mâncaţi mai multe alimente proaspete şi mai puţin din cele gătite.* Alimentele proaspete conţin, de obicei, mai puţin sodiu decât cele preparate.
- *Căutaţi produsele cu conţinut scăzut de sodiu.* Unele alimente procesate sunt în mod tipic bogate în sodiu, de exemplu supele, ciorbele, legumele conservate şi condimentele, chiar dacă sunt preparate în versiunea „cu conţinut scăzut de sare".
- *Citiţi etichetele.* Citiţi etichetele cu instrucţiuni nutriţionale de pe alimentele pe care vreţi să le consumaţi sau să le cumpăraţi. Pe fiecare etichetă trebuie să existe conţinutul în sodiu al fiecărei produs.
- *Nu mai adăugaţi sare la alimente.* În cazul în care mai consideraţi că preparatul mai are nevoie de aromă, încercaţi un alt condiment, de exemplu lămâie, piper, cilantro ca şi alte plante sau condimente.
- *Limitaţi utilizarea condimentelor.* Dressing-urile, sosurile, ketchup-ul, muştarul etc. conţin sare. De asemenea, sare conţin şi măslinele şi murăturile.
- *Spălaţi alimentele conservate.* Spălarea legumelor şi a cărnii conservate ajută la îndepărtarea a 1/3 din conţinutul în sare al acestora.

Înainte de a utiliza un înlocuitor de sare, discutaţi cu medicul. Unele dintre aceste substituente, ca şi sare „lite" conţin un amestec de clorură de sodiu (sare) şi alţi compuşi. Pentru a obţine gustul sărat atât de familiar, puteţi să utilizaţi mai mult substituent de sare decât de obicei şi nu să reduceţi aportul de sodiu.

În plus, clorura de potasiu este un ingredient comun al substituenţilor de sare. Prea mult potasiu poate fi dăunător dacă aveţi probleme renale sau dacă luaţi unele medicamente pentru HTA sau pentru insuficienţă cardiacă. Consultaţi-vă cu medicul înainte de a utiliza un substituent de sare.

La sfârşitul studiului, ambele diete, cea cu fructe şi legume şi cea combinată, au scăzut tensiunea arterială. Dar dieta combinată a produs cele mai dramatice rezultate. Persoanele cu hipertensiune arterială care au urmat dieta combinată au avut în medie o scădere a tensiunii arteriale la 11,5 mmHg tensiunea sistolică şi 5,5 mmHg tensiunea diastolică, ceea ce reprezintă aproximativ aceleaşi efecte pe care le-ar fi produs unele medicamente.

Deşi cercetările nu au demonstrat cu certitudine cum acţionează atât de bine dieta combinată, specialiştii sunt de părere că acest lucru se întâmplă deoarece se produce o scădere în greutate, iar legumele şi fructele sunt bogate în potasiu, calciu şi magneziu, minerale legate de scăderea presiunii arteriale.

Un studiu ulterior, numit studiul DASH-sodiu, a arătat că scăderea consumului de sodiu scade presiunea sangvină chiar mai mult.

Reducerea sodiului

Sodiul joacă un rol important în menţinerea echilibrului fluidelor în organism. De asemenea, ajută la transmiterea influxului nervos pentru realizarea contracţiei şi relaxării musculare.

Dacă se acumulează prea mult sodiu în sângele dumneavoastră, volumul sangvin creşte deoarece sodiul atrage şi reţine apa. Inima va munci din greu pentru a mişca acest volum sangvin mărit prin vasele sangvine, crescând presiunea în artere. Unele persoane sunt pur şi simplu mai sensibile la niveluri crescute de sodiu în sânge. Sunteţi mai predispus la a fi sensibil la sodiu dacă sunteţi negru, aveţi vârsta de 65 de ani sau peste sau aveţi diabet zaharat.

Există păreri controversate despre faptul că restricţia de sare poate ajuta la reducerea tensiunii arteriale. Unele studii au găsit dovezi slabe care susţin acest lucru. Alte studii, cum ar fi studiul DASH, publicat în anul 2001, au arătat că scăderea sodiului reduce tensiunea arterială.

The National High Blood Pressure Education Program, sponsorizat de *National Institutes of Health* (SUA), recomandă tuturor americanilor să-şi limiteze consumul de sodiu la nu mai mult de 2400 mg/zi. Toate studiile sugerează că această limitare a sodiului este rezonabilă şi sigură. Mulţi specialişti în sănătate şi multe organizaţii susţin, de asemenea, o dietă cu un aport redus de sodiu.

Dacă aveţi hipertensiune arterială şi aveţi şi o sensibilitate la sodiu, reducerea cantităţii de sodiu consumate vă poate scădea tensiunii arteriale. Limitarea consumului de sodiu în asociere cu modificările stilului de viaţă pot fi suficiente, fără a mai fi nevoie de utilizarea medicamentelor. Chiar dacă luaţi medicamente pentru scăderea tensiunii arteriale, limitarea aportului de sodiu poate face ca medicamentele să fie mai eficiente.

Controlul greutăţii

Dacă suferiţi de hipertensiune arterială sau dacă aveţi un risc crescut de a o face, nu este important să deveniţi „subţire", dar trebuie să încercaţi să căpătaţi şi să vă menţineţi o greutate corporală care controlează tensiunea arterială şi vă scade riscul de a avea alte tulburări. În general, tensiunea arterială creşte o dată cu câştigul în greutate şi scade o dată cu scăderea în greutate.

Dacă aveţi un index de masă corporală (IMC) de 25 sau mai mare, încercaţi să scădeţi în greutate (vezi tabelul IMC la pag. 39). Reducerea greutăţii cu 4,5 kg vă poate reduce semnificativ tensiunea arterială. Pentru unele persoane, scăderea în greutatea este suficientă pentru a evita utilizarea medicamentelor antihipertensive.

Pentru a afla mai multe informaţii despre o greutate sănătoasă, vezi Capitolul 3, „Menţinerea unei greutăţi sănătoase".

Tutunul, alcoolul şi cofeina

Hipertensiunea arterială combinată cu utilizarea tutunului creşte riscul apariţiei de depozite de grăsimi în arterele dumneavoastră (ateroscleroză), un factor major de risc pentru infarctul de miocard.

Reducerea utilizării alcoolului poate scădea tensiunea arterială. În cazul în care consumaţi alcool, limitaţi-vă consumul la un nivel moderat. Pentru cei mai mulţi dintre bărbaţi, în general aceasta înseamnă nu mai mult de 2 pahare/zi. Pentru

femei, consum moderat înseamnă 1 pahar/zi. Pentru bărbații vârstnici, peste 65 ani, un nivel moderat de alcool înseamnă nu mai mult de 1 pahar/zi.

Cofeina vă poate crește tensiunea arterială. Dacă aveți hipertensiune arterială, limitați-vă consumul de cofeină la nu mai mult de 2 cești de cafea, 4 căni de ceai sau 4 căni de băuturi carbogazoase cu cofeină. De asemenea, evitați cofeina înaintea unor activități care în mod natural vă cresc tensiunea arterială, cum ar fi exercițiile fizice sau munca fizică grea.

Stresul

Efectele stresului sunt de obicei temporare. Dar dacă sunteți supus stresului în mod regulat, vă poate crește tensiunea arterială, ceea ce vă poate afecta în mod gradat arterele, inima, creierul, rinichii și ochii. Schimbările în rutina zilnică și utilizarea tehnicilor de relaxare vă pot ajuta să evitați sau să faceți față stresului (vezi Capitolul 5 „Cum să faceți față stresului").

Tratamentul medicamentos

Dacă aveți nevoie de medicamente pentru a controla tensiunea arterială, medicul dumneavoastră poate determina ce medicament sau combinație de medicamente sunt cele mai indicate pentru dumneavoastră.

Doctorul poate lua în considerare ce medicament funcționează în cazul dumneavoastră particular și faptul că unele medicamente acționează mai bine decât altele la persoane de diferite vârste sau rase. În plus, medicul va lua în considerare efectele secundare ale medicamentelor, posibilele interacțiuni cu alte medicamente pe care le luați și costurile.

Diureticele

Prima opțiune medicamentoasă, în special dacă aveți HTA stadiul I, pot fi medicamentele diuretice. Acestea acționează pe rinichi pentru a ajuta organismul să elimine sodiul și apa. Acest lucru va duce la un volum sangvin mai mic care trebuie împins prin artere și, deci, o presiune mai scăzută care se exercită pe pereții vaselor sangvine.

Diureticele au două avantaje distincte: se dovedesc eficiente pe perioade lungi, de ani de zile, și sunt cele mai puțin costisitoare dintre toatele medicamentele antihipertensive. Există trei tipuri de diuretice: diuretice tiazidice, de ansă și economisitoare de potasiu.

Tiazidicele sunt cele mai frecvent utilizate și includ hydrochlorathiazide (Hydrodiuril, Microzide) și chlorathiazide (Diuril). Diureticele de ansă sunt mai puternice și se recomandă atunci când tiazidicele nu sunt eficiente. În această clasă sunt incluse: bumetanide (Bumex), furosemid (Lasix) și torsemide (Demadex).

Diureticele economisitoare de potasiu împiedică organismul să piardă prea mult potasiu, dar nu sunt la fel de puternice ca celelalte tipuri. De aceea, ele sunt utilizate adesea în combinație cu tiazidicele și cu diureticele de ansă. În această clasă de diuretice sunt incluse: amiloride (Midamor), spironolactonă (Aldactone) și eplerenone (Inspra).

Un efect secundar frecvent al diureticelor este urinarea frecventă. Alte efecte secundare pot include: amețelile și deshidratarea. Doze crescute de tiazidice pot duce la creșterea mică a nivelului glucozei în sânge (hiperglicemie) și a colesterolului total.

Dacă suferiți de o afecțiune renală, discutați cu medicul înainte de a lua diuretice economisitoare de potasiu, deoarece acestea pot crește nivelul potasiului, care poate duce la apariția de aritmii cardiace și alte probleme datorate hiperpotasemiei.

Beta-blocantele

Beta-blocantele sunt utilizate de mulți ani și adesea sunt folosite ca medicamente de elecție pentru hipertensiunea arterială. Ele acționează prin blocarea multora dintre efectele adrenalinei (epinefrinei) în organismul dumneavoastră. Rezultatul este că inima va bate mai rar și cu mai puțină forță. În plus, ele pot avea un efect protector împotriva repetării infarctului de miocard.

Sunt utilizate numeroase tipuri de beta-blocante. Cele mai comune sunt atenololul (Tenormin), carvedilolul (Coreg), metoprolul (Lopressor, Toprol) și propranolul (Inderal).

Cele mai frecvent întâlnite efecte secundare sunt letargia și senzația de oboseala. Unele beta blocante pot scădea lent colesterolul-HDL (colesterolul „bun").

Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei (ACEI)

Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei acționează prin prevenirea producției de către rinichi a angiotensinei II (A-II), o substanță care produce constricția vaselor sangvine și, potențial, creșterea tensiunii arteriale. Prin limitarea producției angiotensinei II; ACEI favorizează dilatarea vaselor sangvine și, deci, scăderea presiunii arteriale. ACEI includ: captopril (Capoten), enalapril (Vasotec), lisinopril (Prinivil, Zestril) și quinapril (Accupril). ACEI sunt prescriși frecvent la persoanele care au de asemenea funcția cardiacă afectată deoarece acest tip de medicamente poate reduce riscul de infarct de miocard, accident vascular cerebral, insuficiență cardiacă și deces prin boala cardiovasculară. De asemenea, ACEI pot scădea riscul de diabet zaharat și de complicații ale diabetului.

În general, ACEI au puține efecte secundare, dar un număr mic de persoane pot dezvolta o tuse uscată, persistentă. Alte posibile efecte secundare sunt erupțiile, alterarea gustului, scăderea apetitului și creșterea nivelului potasiului sangvin.

Tumefierea (edemul) țesutului cutanat profund (angioedemul) este un efect secundar rar, dar poate pune viața în pericol dacă afectează fața sau laringele. ACEI nu se recomandă la gravide sau la femeile care planifică să rămână însărcinate deoarece pot produce malformații congenitale.

Blocanții receptorilor angiotensinei II

Blocanții receptorilor angiotensinei II (A-II) ajută la relaxarea și dilatarea vaselor de sânge prin blocarea acțiunii A-II. Aceasta este eficientă în reducerea afectării renale, accident vascular cerebral, hipertrofie ventriculară stângă și alte complicații, precum și în scăderea riscului de diabet zaharat. Uneori, ACEI și blocanții receptorilor angiotensinei II sunt utilizați în combinație. Un beneficiu al

Hipotensiunea arterială

Hipotensiunea arterială reprezintă o tensiune arterială scăzută. Dacă presiunea sangvină scade atât de mult încât sângele nu mai poate circula efectiv spre ţesuturile vitale, apare şocul, o afecţiune care poate pune viaţa în pericol. Şocul poate apărea ca urmare a pierderii semnificative de lichide sau sânge, sau, mai rar, în infecţii grave. Scopul major al tratamentului de urgenţă în hipotensiunea arterială este creşterea valorilor tensionale cât mai aproape de normal.

Scăderea cronică a presiunii sangvine – când aceasta este sub medie, dar nu este simptomatică sau periculoasă – este frecventă. Poate fi o stare normală sau poate fi rezultatul administrării de medicamente antihipertensive. În unele situaţii, cum ar fi sarcina, diabetul zaharat sau arterioscleroza, poate apărea de asemenea hipotensiunea arterială.

Un tip potenţial periculos de hipotensiune arterială este cel numit hipotensiune arterială posturală. Simptomul principal este reprezentat de ameţeală sau senzaţie de leşin la ridicatul brusc din poziţia culcat. În mod caracteristic, acest tip de hipotensiune arterială nu este grav dar poate creşte riscul de căzături sau traumatisme. Câteva măsuri de precauţie vă pot ajuta să evitaţi pericolul: ridicaţi-vă încet din poziţia culcat şi aşteptaţi câteva secunde înainte de a merge. Dacă aceste manifestări tind să apară după ce aţi stat la soare o perioadă sau după o perioadă de post, evitaţi aceste situaţii.

acestor tipuri de medicamente este că, spre deosebire de ACEI, nu produc tuse uscată.

În această categorie sunt incluse: candesartan (Atacand), irbesartan (Avapro), losartan (Cozaar) şi valsartan (Diovan).

Efectele secundare sunt rare, dar uneori pot produce ameţeli, congestie nazală, dureri lombare şi în membrele inferioare, diaree, indigestie sau insomnie. Ca şi în cazul ACEI, nu trebuie să luaţi aceste medicamente dacă sunteţi gravidă, dacă vreţi să rămâneţi gravidă sau dacă aveţi o boală renală gravă.

Blocanţii canalelor de calciu

Aceste medicamente acţionează prin blocarea intrării calciului în celulele dumneavoastră, ceea ce duce la scăderea tendinţei arterelor mici de a se contracta. De asemenea, unele dintre aceste medicamente scad frecvenţa cardiacă.

Există două tipuri de blocanţi ai canalelor de calciu: cu acţiune scurtă şi cu acţiune lungă. Blocanţii canalelor de calciu cu acţiune scurtă nu sunt recomandaţi în tratarea hipertensiunii arteriale deoarece ei, în general, nu controlează presiunea sangvină la fel de bine ca alte medicamente, fiind prescrişi în alte afecţiuni.

Blocanţii canalelor de calciu cu acţiune lungă pot să nu fie la fel de eficienţi ca alte medicamente, şi sunt în curs de desfăşurare studii pentru a stabili siguranţa şi eficacitatea. În această grupă sunt incluse: amlodipine (Norvasc), felodipine (Plendil), nifedipine (Adalat, Procardia), diltiazem (Cardizem, Dilacor), şi verapamil (Calan, Isoptin).

Posibilele efecte secundare includ: constipaţie, dureri de cap, tahicardie, erupţii şi umflarea mâinilor, a picioarelor şi a gingiilor. Nu beţi suc de grapefruit în cazul în care luaţi blocanţi ai canalelor de calciu. O substanţă conţinută de acest suc interferează cu capacitatea ficatului dumneavoastră de a elimina aceste medicamente din organismul dumneavoastră, ceea ce face să se acumuleze până la niveluri toxice.

Alfa-blocantele

Aceste medicamente previn contracţia musculară în arterele mici şi reduc efectele substanţelor chimice care apar în mod natural în organism care îngustează vasele sangvine. Utilizarea acestor medicamente trebuie reevaluată deoarece cercetările au arătat că alfa-blocantul doxazosin (Cardura) are mai puţine benefici decât diureticele tradiţionale, şi un procent mare dintre persoanele care au luat acest medicament au prezentat insuficienţă cardiacă congestivă.

Se recomandă ca alfa-blocantele să fie administrate în combinaţie cu alte medicamente hipotensoare. Alte alfa-blocante sunt: prazosin (Minipres) şi terazosin (Hytrin). Efectele secundare ale alfa-blocantelor includ: ameţeli, dureri de cap, greţuri şi senzaţia de slăbiciune.

Medicamente cu acţiune centrală

Medicamentele cu acţiune centrală protejează creierul prin semnalizarea sistemului nervos să crească frecvenţa cardiacă şi să contracte vasele sangvine.

Dar aceste medicamente nu sunt utilizate atât de frecvent deoarece ele pot produce efecte secundare grave. Totuşi, medicul dumneavoastră vă poate recomanda un medicament cu acţiune centrală dacă sunteţi predispus la apariţia atacurilor de panică sau dacă sunteţi în perioada de abstinenţă la alcool sau droguri. Aceste medicamente pot ajuta la reducerea simptomelor acestor afecţiuni.

În această clasă de medicamente sunt incluse: clonidina (Catapres), guanfacine (Tenex) şi metildopa (Aldomet). Ca efecte secundare pot apărea: stare de oboseală extremă, impotenţă, senzaţie de uscăciune a gurii, dureri de cap, creştere ponderală, tulburări de gândire şi depresie.

Vasodilatatoare directe

Aceste medicamente acţionează direct asupra muşchilor din pereţii arterelor, împiedicându-i să se contracte, iar arterele să se îngusteze. Sunt utilizate în special în tratamentul hipertensiunii arteriale severe care nu răspund corespunzător la alte tratamente. În această grupă intră hidralazina şi minoxidilul (Loniten).

Efectele secundare frecvent întâlnite ale acestor medicamente includ tahicardie şi retenţie de

lichide. Deoarece aceste efecte sunt neplăcute dacă aveţi hipertensiune arterială, medicul vă prescrie frecvent un vasodilatator direct în combinaţie cu un alt medicament, de exemplu un betablocant sau un diuretic, care poate scădea simptomele.

Măsurarea tensiunii arteriale la domiciliu

Dacă aveţi hipertensiune arterială, măsurarea tensiunii arteriale acasă reprezintă o parte esenţială a tratamentului. Astăzi sunt disponibile o largă varietate de aparate pentru măsurarea tensiunii arterială (sfigmomanometre). Puteţi cumpăra un astfel de aparat de la un magazin de aparatură medicală sau, cel mai frecvent, de la o farmacie.

Când vă măsuraţi tensiunea arterială, este important să procedaţi corect. Pentru a avea o măsurarea corectă cu un aparat care se fixează pe braţ, asiguraţi-vă că manşeta este fixată corespunzător.

Înainte de a cumpăra un sfigmomanometru, rugaţi-l pe medic sau pe asistenta medicală să vă măsoare grosimea braţului pentru a determina mărimea manşetei. După ce aţi cumpărat un astfel de aparat, luaţi-l cu dumneavoastră la următoarea vizită şi rugaţi-l pe medic sau pe asistenta medicală să vă arate cum se utilizează aparatul pentru a vă asigura că îl veţi folosi corect. Unele centre de îngrijire oferă ore de instruire pentru monitorizarea tensiunii arteriale la domiciliu.

Dacă utilizaţi un aparat pentru măsurarea tensiunii arteriale la domiciliu, verificaţi-l frecvent. Pentru aceasta, duceţi-l la cabinetul medicului dumneavoastră. Dacă citirea diferă cu mai mult de 3 unităţi, înlocuiţi-l.

Beneficii

Există numeroase beneficii ale monitorizării tensiunii arteriale la domiciliu. Iată câteva:

- *Urmărirea tratamentului.* Deoarece hipertensiunea arterială nu are simptome, singura cale de a vedea dacă modificările stilului de viaţă sau medicamentele acţionează eficient, este măsurarea cu regularitate a tensiunii arteriale.
- *Asigură un control mai bun.* Când luaţi iniţiativa să vă măsuraţi singur tensiunea arterială, acest act ce implică responsabilitate tinde să influenţeze şi alte zone. Vă poate influenţa să mâncaţi mai sănătos, să vă intensificaţi nivelul de activitate şi să vă luaţi medicamentele corect.
- *Identificarea hipertensiunii arteriale „de halat alb".* Simpla vizită la cabinetul medicului poate produce stres anumitor persoane, crescându-le tensiunea arterială (hipertensiune arterială „de halat alb"). Măsurarea tensiunii arteriale la domiciliu poate arăta dacă aveţi cu adevărat hipertensiune arterială sau este o hipertensiune arterială „de halat alb".
- *Faceţi economii.* Măsurarea acasă a tensiunii arteriale vă poate salva de costurile pe care le implică o vizită la cabinetul medical pentru acest scop. Acest lucru este în special important când începeţi să luaţi medicamentele sau medicul vă ajustează medicaţia. În aceste cazuri, măsurarea frecventă ajută la menţinerea unui control mai bun.

Tipuri de aparate

Nu toate aparatele de măsurare a tensiunii arteriale sunt la fel. Unele sunt mai uşor de utilizat. Altele sunt mai de încredere, iar altele nu sunt exacte şi reprezintă un mod de irosire a banilor.

Modelul cu valvă cu arc

Acest tip de tensiometru (manometru aneroid) se potriveşte pe braţul dumneavoastră, citirea făcându-se pe un cadran rotund activat de o valvă cu arc. Fiecare grad cu care se mişcă acul în cadranul de măsurare este echivalentul cu un milimetru coloană de mercur (mmHg).

Aceste tipuri de aparate nu sunt scumpe, în general, şi sunt uşor de transportat. Unele au scală foarte mare pentru a fi uşor de citit, iar altele au stetoscopul fixat la ele pentru o utilizare mai uşoară.

Aparatele standard nu sunt recomandate dacă aveţi tulburări de auz sau o dexteritate proastă a mâinilor, deoarece trebuie ca în acelaşi timp să ascultaţi la stetoscop şi să manevraţi pompa aparatului.

Aparatele electronice

Aparatele electronice (digitale) sunt cele mai populare şi cel mai uşor de utilizat. Sunt şi mai scumpe, deşi preţul lor este în scădere.



Un tensiometru electronic vă ajută să vă măsuraţi singur tensiunea arterială fără a fi nevoie să utilizaţi stetoscopul. Valorile tensionale apar înscrise pe un ecran digital.

Măsurându-vă singur TA

Nu este greu să învăţaţi să vă măsuraţi singur TA, trebuie doar puţin antrenament şi puţină pregătire. Aici veţi găsi câteva sfaturi pentru a îmbunătăţi corectitudinea măsurărilor dumneavoastră:

• Nu vă măsuraţi tensiunea arterială imediat ce v-aţi trezit dimineaţa. Aşteptaţi să treacă o oră sau mai mult. Dacă faceţi exerciţii fizice după ce v-aţi trezit, măsuraţi-vă tensiunea înainte de a începe exerciţiile.

• Măsuraţi-vă tensiunea arterială la 30 de minute după masă, după ce aţi fumat sau aţi consumat alcool sau băuturi cu cofeină. Toţi aceşti factori vă pot creşte tensiunea arterială.

• Urinaţi înainte. O vezică urinară plină creşte puţin tensiunea arterială.

• Rămâneţi liniştit timp de aproximativ 5 minute înainte de a vă măsura tensiunea arterială. Repetaţi măsurătoarea după câteva minute.

• Amintiţi-vă că valorile tensionale variază în timpul zilei. Sunt puţin mai ridicate dimineaţa. De asemenea, starea dumneavoastră sufletească vă poate influenţa tensiunea arterială. Dacă aţi avut o zi dificilă, nu vă alarmaţi dacă tensiunea arterială va reflecta acest lucru.

• Măsuraţi-vă tensiunea arterială atât la locul de muncă, cât şi acasă, pentru a vă asigura că rămâne la valorile stabilite. Reţineţi, totuşi, că valorile găsite la serviciu pot fi uşor crescute faţă de cele măsurate acasă.



Tensiometrele electronice, în general, implică efectuarea a două lucruri: puneţi manşeta în jurul braţului şi apăsaţi pe buton. Manşeta se umflă automat cu aer, apoi se dezumflă lent. Spre deosebire de celălalt tip, tensiometrul electronic detectează mişcarea arterelor, nu sunetul. Valorile tensionale sunt vizualizate pe un ecran.

Dacă aveţi un ritm cardiac neregulat, vorbiţi cu medicul înainte de a cumpăra un tensiometru electronic, deoarece vă poate da informaţii eronate.

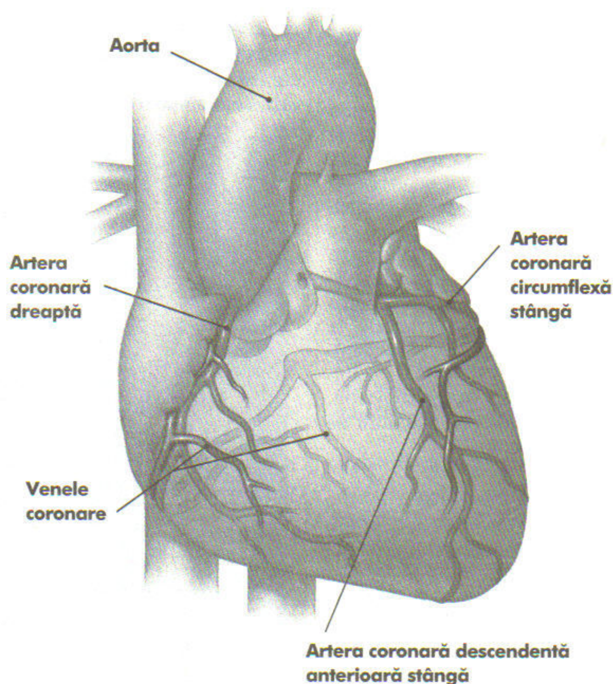
Tensiometre pentru deget sau încheieturii mâinii

Sunt disponibile unele modele care măsoară tensiunea arterială la nivelul degetelor sau încheieturii mâinii. Acestea sunt mai compacte şi mai uşor de utilizat, dar sunt mult mai puţin precise. Evitaţi tensiometrele pentru degete deoarece rezultatele nu sunt prea exacte. Cele pentru încheietura mâinii dau valori mai corecte atât timp cât vă ţineţi încheietura la care măsuraţi la nivelul cordului. Este mai dificil să validaţi acurateţea tensiometrelor pentru încheietura mâinii.

Boala arterelor coronare

Boala arterelor coronare produce mai multe decese, dizabilităţi şi pierderi economice decât oricare altă formă de boală de cord şi a vaselor de sânge (boala cardiovasculară).

Frecvent, afecţiunea se dezvoltă gradual şi silenţios, de obicei timp de mai mulţi ani. De fapt, poate să treacă neobservată, până când, brusc, se produce un infarct de miocard. În fiecare an, aproximativ un milion de americani fac



Arterele coronare se desprind din aortă şi se extind pe suprafaţa inimii dumneavoastră. Ramurile lor pătrund în peretele cardiac pentru a aproviziona celulele cu oxigen şi principii nutritive. Sângele se întoarce la inimă prin venele coronare.

Glosarul inimii

Angina pectorală. Durere sau presiune în piept ca rezultat al ischemiei miocardice.

Boala cardiovasculară. Orice afecţiune care afectează inima sau vasele de sânge.

Boala arterelor coronare. Afecţiune a arterelor coronare, care duc sângele la muşchiul cardiac.

Atacul de cord (infarctul miocardic). Ischemie a miocardului care durează destul de mult pentru a produce moartea celulară în zona de muşchi cardiac irigată de artera coronară blocată.

Ischemie miocardică. Aport insuficient de sânge şi oxigen la muşchiul cardiac datorat unui blocaj al arterelor coronare.

Ischemie silenţioasă. Ischemie miocardică în care nu apare nici un simptom.

infarct de miocard, din care la 40% este fatal.

Arterele coronare fac parte din sistemul circulator propriu al cordului. Ele aprovizionează muşchiul cardiac cu un flux sangvin care transportă oxigen şi principii nutritive. Arterele coronare înconjoară inima ca o coroană şi trimit ramuri în jos spre vârful inimii. Când se dezvoltă boala sau apar afectări ale arterelor, acest lucru se numeşte boala arterelor coronare.

Diagnosticul şi tratamentul bolii arterelor coronare au cunoscut multiple inovaţii în ultimul timp. Teste mai noi şi mai bune de identificare a acestei boli – în special în stadiile incipiente – sunt în mod continuu dezvoltate.

De asemenea, tratamentele s-au îmbunătăţit. Proceduri speciale pot deschide arterele coronare îngustate. Operaţiile de bypass pentru a direcţiona sângele din zona îngustată sau blocată, de asemenea continuă să se perfecţioneze. În plus, introducerea de noi medicamente pentru a îmbunătăţi circulaţia sângelui la muşchiul cardiac s-au dovedit folositoare în micşorarea simptomelor şi prelungirea vieţii la persoanele afectate de boala arterelor coronare.

În ciuda acestor progrese, trebuie totuşi să jucaţi un rol critic. Conştientizarea şi controlul mai bun al factorilor de risc ai acestei boli se pare că au dus la scăderea ratei de deces prin boala arterelor coronare.

Cauze frecvente

Boala arterelor coronare apare de obicei ca rezultat al acumulării de depozite de grăsimi (plăci ateromatoase) la nivelul arterelor coronare. Aceste plăci conţin substanţe cum ar fi colesterolul, ţesut cicatriceal şi calciu; ele îngustează lumenul atrial rezultând o afecţiune numită ateroscleroză. Pe măsură ce plăcile se măresc brusc în interiorul arterelor, fluxul de sânge este blocat progresiv. Frecvent, ele apar în mod neregulat, producând blocaje mai mari în unele puncte faţă de altele.

De asemenea, plăcile aterosclerotice cresc şansa să se dezvolte cheagurile de sânge. Când un astfel de cheag blochează fluxul sangvin într-o arteră coronară, miocardul nu mai primeşte cantitatea necesară de sânge, deci de oxigen şi nutrienţi. Această boală se numeşte ischemie miocardică. Dacă se produce moartea ţesutului cardiac atunci apare atacul de cord (infarctul de miocard).

Simptome ca durerea de piept (angina pectorală) şi oboseala se produc mai frecvent în timpul efortului fizic în perioadele de repaus, cel puţin la început. Dacă vă opriţi şi vă odihniţi, disconfortul dispare de obicei în câteva minute. Totuşi, blocajul poate fi atât de sever încât nici repausul muscular nu poate îmbunătăţi fluxul sangvin, şi dumneavoastră veţi prezenta simptome ca angina pectorală sau claudicaţia la cel mai mic efort. Pe de altă parte, multe persoane nu prezintă nici un simptom până la apariţia complicaţiilor serioase.

Factorii care contribuie la apariţia şi dezvoltarea aterosclerozei includ hipercolesterolemia, hipertensiunea arterială, diabetul zaharat şi fumatul.

Diagnosticul şi identificarea

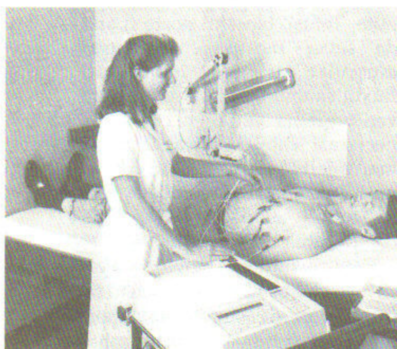
Una dintre cele mai importante provocări pentru medici este detectarea bolii arterelor coronare înaintea apariţiei semnelor şi simptomelor sau a complicaţiilor. Doctorul nu poate depista o arteră blocată doar prin simpla ascultare cu stetoscopul. Pentru a diagnostica boala arterelor coronare, sunt necesare teste mai specializate.

Electrocardiograma (ECG)

Activitatea electrică a cordului dumneavoastră este caracterizată printr-un patern al modificărilor impulsurilor. Acestea pot fi înregistrate cu ajutorul unor electrozi plasaţi pe suprafaţa corpului dumneavoastră. Activitatea electrică a cordului – reprezentată prin unde caracteristice – poate fi evaluată instantaneu pe un monitor sau poate fi studiată mai târziu pe o înregistrare pe hârtie.

Această procedură este sigură şi nedureroasă. În timp ce staţi relaxat pe un pat sau pe o masă de examinare, vi se ataşează la picioare, braţe, gât şi trunchi 12-15 electrozi. Procesul de înregistrare nu durează decât câteva minute.

Analizarea unui ECG presupune căutarea unor indicaţii despre anormalităţi ale ritmului cardiac, despre un infarct miocardic în antecedente sau despre un infarct miocardic în desfăşurare. Dacă aveţi arterele îngustate, dar nu aţi suferit un infarct miocardic, un ECG de efort (testul de stres cardiac) poate fi de ajutor. Medicul dumneavoastră vă poate face un ECG la vârsta de



Electrocardiograma (ECG) înregistrează activitatea electrică a inimii dumneavoastră. Electrozii transmit impulsurile electrice către un dispozitiv care va produce o înregistrare grafică a activității cordului dumneavoastră. Această înregistrare poate fi studiată pentru a descoperi eventualele tulburări.

30-40 de ani în plină stare de sănătate pentru a avea o bază de comparație dacă mai târziu în viață veți avea probleme cardiace.

Electrocardiograma înregistrată pe o perioadă de 24 de ore sau mai mult poate fi utilă în detectarea unor tulburări, cum ar fi tulburările de ritm sau flux sangvin inadecvat la miocard (ischemia miocardică). Această tehnică, numită monitorizare Holter (monitorizare electrocardiografică ambulatorie), implică utilizarea unui monitor portabil care este puțin mai mare decât un pachet de cărți de joc.

Electrozii atașați la toracele dumneavoastră sunt conectați la monitor, care este agățat de cureaua de la pantaloni sau este pus pe șold. Veți purta acest monitor tip de 24 de ore, desfășurându-vă activitatea în mod normal. Informațiile despre activitatea dumneavoastră cardiacă sunt stocate în monitor și recuperată mai târziu de către personalul medical.

Testele sangvine

Vă poate fi luată o probă de sânge pentru analize. Medicul dumneavoastră poate dori să vă măsoare nivelul colesterolului sangvin.

Un nivel prea crescut de LDL-colesterol („colesterolul rău") sau un nivel scăzut de HDL-colesterol („colesterolul bun") vă expune la un risc crescut de ateroscleroză, acumularea de depozite de grăsimi în vasele dumneavoastră sangvine.

Alte teste includ: măsurarea glucozei sangvine (glicemia), care arată existența diabetului zaharat, și a hormonilor tiroidieni – niveluri anormale ale acestor substanțe vă pot crește riscul de boală cardiovasculară. Niveluri ridicate ale anumitor enzime din circuitul sangvin pot apărea din lezarea sau moartea țesutului muscular cardiac, de exemplu creatinkinaza și troponina, și pot arăta lezarea cardiacă în timpul unui infarct de miocard.

Testul de stres cardiac

Acest test ajută la măsurarea modului în care funcționează inima dumneavoastră și dacă primește o cantitate suficientă de sânge. Testul de stres poate fi utilizat pentru evaluarea simptomelor cum ar fi durerea de piept sau dispneea din timpul efortului fizic. La unele persoane cu factori crescuți de risc pentru boala coronariană, testul de stres cardiac este utilizat ca test screening.

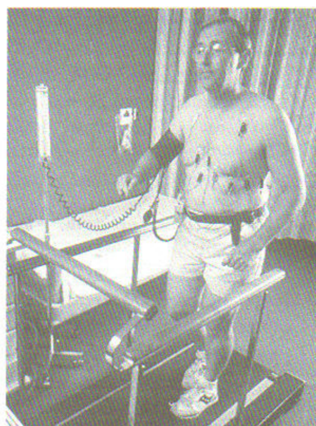
Un test de stres cardiac corect identifică prezența unei boli coronariene semnificative și, de asemenea, ajută la identificarea persoanelor care nu au o boală coronariană semnificativă.

Dacă ați suferit un infarct miocardic, doctorul dumneavoastră vă poate recomanda să faceți un test de stres cardiac pentru a determina extinderea bolii dumneavoastră coronariene. De asemenea, acest test este recomandat înainte să începeți un program viguros de exerciții fizice, în special dacă aveți vreun factor de risc cardiovascular. Înainte de a intra într-un program de reabilitare cardiacă ar trebui să faceți un test de stres cardiac.

Cele două tipuri principale de teste de stres cardiac sunt cel de efort și cel fără efort (testul farmacologic). Un test farmacologic poate fi combinat cu un test imagistic făcut înainte și după, pentru a vizualiza cordul sub influența efortului.

Testul de stres la efort

Pentru acest test, electrozii sunt plasați în diferite zone ale pieptului, iar pe braț vă este pusă manșeta unui tensiometru. Veți merge pe o bandă rulantă, în timp ECG-ul înregistrează răspunsul inimii dumneavoastră la creșterea efortului. În cazul în care viteza și panta benzii rulante sunt crescute gradual, frecvența cardiacă începe să crească.



Testul cu bandă rulantă măsoară activitatea cordului dumneavoastră în timpul efortului fizic.

În timpul acestui test, rar pot apărea probleme deoarece medicii îl recomandă doar persoanelor la care acest test poate fi făcut în siguranță. În plus, cei care vă fac testul vă vor supraveghea frecvența cardiacă, tensiunea arterială și traseul electrocardiografic.

Dacă poate apărea vreo problemă, cel mai indicat ar fi ca testul să se producă într-un spital pentru ca aceasta să fie diagnosticată și tratată corespunzător și rapid. Pentru persoanele care nu pot merge pe bandă rulantă, există alte modalități de efectuare a testului de efort cum ar fi pedalatul pe o bicicletă staționară sau efectuarea de exerciții cu brațele.

Testul de stres fără efort

Acest test, numit și test farmacologic, este utilizat la persoanele care nu pot face un efort fizic, cum ar fi cele care au artroză de șold sau genunchi. Se injectează în circuitul sangvin o substanță care mimează efectele efortului fizic. Efectele medicației sunt observate cu teste de imagistică.

Dacă testul arată că activitatea inimii nu este afectată de efort,

şansele sunt excelente când inima dumneavoastră funcţionează în mod corect. Dacă testul arată semnele unor probleme, rezultatele testului pot fi utilizate în stabilirea limitelor efortului fizic şi în dezvoltarea unui program specializat de antrenament.

Dacă testul produce modificări ale traseului electrocardiografic sau apar imagini speciale, medicul dumneavoastră vă poate recomanda să faceţi o evaluare suplimentară.

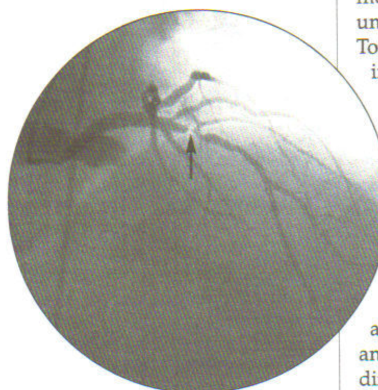
Radiografia de torace

Examenul radiografic al toracelui produce o imagine care conţine inima şi vasele de sânge. Aceasta poate fi utilă în identificarea prezenţei unui cord mărit, ce poate apărea după un infarct de miocard sau în timpul insuficienţei cardiace. De asemenea, poate vizualiza prezenţa depozitelor de calciu în unele artere mari. Tot acest examen poate detecta modificări la nivelul plămânilor care pot fi corelate cu o funcţionare anormală a cordului dumneavoastră.

Angiografia coronariană

Angiografia coronariană a fost considerată mult timp testul definitoriu pentru boala arterelor coronariene. Acest test arată locurile specifice ale îngustărilor arterelor. Se inserează un tub flexibil (cateter) într-o arteră la nivelul plicii inghinale sau încheieturii mâinii care ajunge în principala arteră a corpului (aorta) şi apoi în inima dumneavoastră. Apoi vârful cateterului este ghidat în interiorul arterei coronare. Apoi se injectează o substanţă de contrast prin cateter. În timp ce substanţa de contrast circulă prin arterele coronare, medicul poate vedea segmentul îngustat sau blocat cu ajutorul imaginilor radiologice (angiograma).

Angiografia poate fi efectuată pentru majoritatea arterelor din organism. Când este efectuată pe arterele coronare se numeşte angiografie coronariană. De asemenea, o varietate a acestei proceduri este utilizată pentru a trata arterele coronare îngustate (vezi pag. 754).



Angiograma coronariană vizualizează arterele mari din inimă. Poate arăta un blocaj într-o arteră (vezi săgeata) datorat acumulării de depozite de grăsimi (plăci aterosclerotice).

Scanarea nucleară

Acest test este neinvaziv şi ajută la identificarea problemelor de flux sangvin în cordul dumneavoastră. Procedura presupune injectarea de cantităţi mici dintr-o substanţă radioactivă, de exemplu thaliu, în fluxul sangvin, adesea în timpul unui test de efort. Un aparat de scanare special înregistrează imagini localizând substanţa radioactivă în muşchiul cardiac. Zonele întunecate de pe imagini indică porţiunile din miocard unde fluxul sangvin este scăzut. Totuşi, acest test nu furnizează imagini ale arterei blocate actual.

Ecocardiografia

Ecocardiografia, un alt test neinvaziv, utilizează ultrasunetele care sunt reflectate de structurile cardiace (vezi ilustraţia de la pag. 777). Un computer va construi imaginea cordului dumneavoastră sau va analiza fluxul sangvin. Prin analizarea modului în care se mişcă diferitele zone în timpul activităţii cardiace, se identifică dacă muşchiul cardiac a fost afectat.

Combinată cu un test de stres, ecocardiografia poate ajuta la identificarea ariilor cardiace în care fluxul sangvin a fost diminuat. De exemplu, când o porţiune din muşchiul cardiac nu primeşte suficient sânge în timpul efortului fizic, apare un model de contracţie anormală slăbită, care poate fi recunoscută prin comparaţie cu imaginile contracţiilor dinainte sau imediat după efort.

Tomografia computerizată cu fascicul de electroni

Tomografia computerizată cu fascicul de electroni (EBCT) poate detecta depozitele de calciu din interiorul arterelor coronare. Aceste depozite de calciu (calcificări) sunt indicatori ai aterosclerozei, cauza principală a bolii arterelor coronare. Dacă este descoperită o cantitate mare de calciu, boala arterelor coronare este probabilă. Depozitele de calciu apar ca spoturi luminoase când sunt scanate şi pot fi măsurate. Totuşi, prezenţa calciului în arterele coronare nu înseamnă neapărat că veţi avea un infarct miocardic, cum nici absenţa depozitelor de calciu nu exclude boala de artere coronare.

Rolul EBCT în diagnosticul bolii arterelor coronare nu este încă bine definit.

Tratament

Tratamentul bolii arterelor coronare presupune tratarea cauzelor subiacente – în majoritatea cazurilor aceasta fiind ateroscleroza.

Modificarea obiceiurilor dumneavoastră zilnice poate fi singura modalitate eficientă de tratare a aterosclerozei şi de prevenire a progresiei bolii arterelor coronare.

Cele mai eficiente modificări pe care le puteţi face includ:

- *Dieta.* O dietă săracă în grăsimi – în special în grăsimi saturate – şi colesterol ajută la scăderea colesterolului din sânge, cauza primară a aterosclerozei. De fapt, menţinerea unor niveluri sănătoase de colesterol după un infarct de miocard ajută la scăderea riscului de repetare a acestuia. De asemenea, consumul de grăsimi în cantitate redusă vă ajută să scădeţi în greutate. Dacă sunteţi supraponderal, scăderea în greutate poate ajuta la scăderea colesterolului

sangvin. Pentru mai multe informaţii pentru scăderea colesterolului sangvin, vezi pag. 754.

- *Exerciţiile fizice*. Un program regulat de mers pe jos poate ajuta la formarea unei circulaţii colaterale în jurul arterei blocate, ceea ce duce la şuntarea blocajului şi îmbunătăţirea circulaţiei. Deşi vasele colaterale nu readuc circulaţia la normal, pot reduce simptomele suficient de bine pentru a elimina necesitatea aplicării unui tratament mai agresiv.
- *Stoparea fumatului*. Fumatul creşte tendinţa de formare a cheagurilor sangvine care pot bloca fluxul de sânge. De asemenea, reduce colesterolul-HDL (colesterolul „bun") şi lipseşte cordul de oxigenul de care acesta are nevoie pentru a funcţiona normal. Încetarea fumatului vă scade dramatic riscul de apariţie a complicaţiilor aterosclerozei.

Tratamentul medicamentos

Medicamentele hipocolesterolemiante pot ajuta în tratamentul aterosclerozei. Dacă modificările stilului de viaţă singure nu sunt suficiente pentru a ameliora ateroscleroza, medicul dumneavoastră vă poate sfătui să luaţi unul sau mai multe medicamente (vezi pag. 737).

Proceduri de revascularizare

În unele cazuri, medicamentele nu produc ameliorarea necesară şi artera blocată trebuie dilatată pentru a trece prin ea cantitatea adecvată de sânge. Aceasta se face printr-o procedură numită angioplastie coronariană, care cel mai frecvent utilizează un cateter cu balon care se umflă în zona obstruată a arterei.

Tratament chirurgical

Blocajele severe sau cele greu accesibile cateterului pot beneficia de tratament chirurgical. În aceste cazuri, medicul vă poate recomanda o intervenţie chirurgicală de bypass arterial, în felul acesta creându-se o rută alternativă pentru fluxul sangvin (vezi pag. 759).

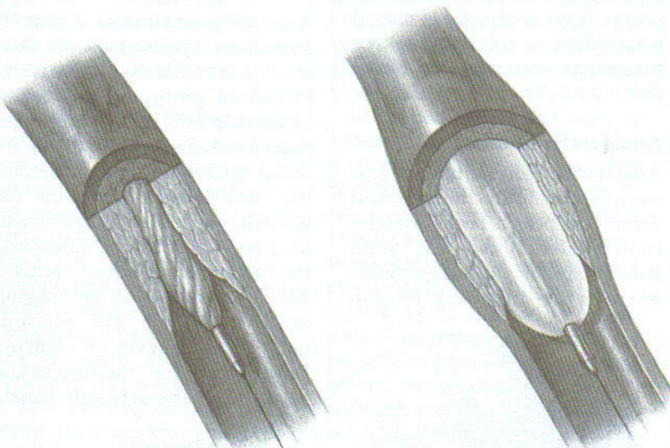
Angina pectorală

Semne şi simptome

- Durere – senzaţie de încordare „de sufocare", durere în bandă sau sfâşietoare – cel mai adesea localizată sub stern şi care se poate extinde către gât, mandibulă sau braţ.
- Senzaţie de greutate sau de presiune în torace, care este mai mică decât durerea.
- Durere toracică intensificată de efortul fizic sau de stresul emoţional.

Angioplastia coronariană

Arterele coronare blocate sau îngustate pot produce un infarct miocardic, angină sau alte probleme cardiace. În unele cazuri, un procedeu de deschidere a arterelor obstruate, numit angioplastie coronariană, poate fi tratamentul de elecţie. Numele complet pentru angioplastia coronariană este angioplastia coronariană transluminală percutanată (PTCA). De asemenea, se referă fie la intervenţia coronariană percutanată (PCI), fie la angioplastia cu balon.



În timpul angioplastiei coronariene, un tub prevăzut la capăt cu un balon, este inserat printr-un cateter şi direcţionat către zona îngustată a arterei (stânga). Balonul este umflat, apăsând depozitele şi dilatând artera (dreapta).

Procedura

După injectarea unui anestezic local la nivelul regiunii inghinale sau a braţului, medicul inserează un tub flexibil (cateter) de ghidaj într-o arteră de la nivelul piciorului sau braţului.

Ajutat de imaginile de pe un monitor, medicul ghidează cateterul către artera blocată din inimă. Poate fi injectată o substanţă de contrast prin cateter pentru a îmbunătăţi claritatea imaginii şi a confirma localizarea exactă a blocajului.

Apoi, cateterul cu balonul la vârf este tras prin cateterul de ghidaj. Când vârful ajunge în zona obstrucţionată a arterei coronare, este umflat balonaşul timp de aproximativ 30 de secunde pentru a dilata porţiunea îngustată a arterei. În timp ce balonaşul este umflat puteţi să simţiţi o durere în piept. Pe măsură ce balonaşul se dezumflă, durerea se estompează. De obicei, sunt necesare câteva umflări şi dezumflări. Apoi cateterul cu balon este retras şi sunt urmărite mai multe imagini pentru a vedea cum fluxul sangvin se ameliorează.

Angioplastia a fost revoluţionată de un dispozitiv numit stent – un tub metalic de dimensiuni mici – care este plasat în arteră după ce aria obstrucţionată a fost dilatată. Aproximativ 90% dintre persoanele care au fost supuse unei angioplastii coronariene

Angina pectoris, termenul medical pentru angină, şi-a luat numele de la natura durerii. Latinescul „anger" pentru sufocare, descrie senzaţia caracteristică de sufocare, iar termenul „pectoralis", pentru piept, indică localizarea.

Angina pectorală este un simptom, nu o boală. Ea poate rezulta dintr-un spasm al arterelor coronare. Mai precis, este rezultatul aterosclerozei, în care arterele sunt îngustate prin depozite de grăsimi (plăci aterosclerotice). Astfel, angina pectorală este unul dintre semnele de alarmă ale bolii artreelor coronare. Când crizele apar frecvent şi în afara efortului fizic, pot fi un semnal de alarmă al unui infarct miocardic iminent şi necesită tratament de urgenţă.

Senzaţia de disconfort durează 2 până la 15 minute. Durerea poate fi severă şi însoţită de senzaţia de constricţie în spatele sternului şi care se extinde în gât, mandibulă sau braţ. Unele persoane o descriu adeseori ca o senzaţie de arsură, presiune sau greutate. Durerea anginoasă poate fi reflexă, ceea ce înseamnă că creierul dumneavoastră confundă impulsul dureros determinându-vă să simţiţi durerea în gât, mandibulă sau braţ în loc de piept.

Angina pectorală este, în general, intensificată de efortul fizic cum ar fi urcatul scărilor, activitatea sexuală sau exerciţii extenuante. În general, se ameliorează prin repaus. Temperaturile scăzute extreme sau emoţiile cum ar fi teama, furia, mâhnirea sau frustrarea pot produce durerea, ca şi ingestia unui prânz copios.

Criza de angină este rezultatul direct al aportului insuficient de sânge la muşchiul cardiac (ischemie miocardică). Când faceţi efort fizic, cordul dumneavoastră primeşte mai mult oxigen pentru a face munca în plus. Dacă arterele coronare care aduc sânge oxigenat la inimă sunt îngustate sau obstruate şi incapabile să crească fluxul sangvin cerut de efort, nervii cardiaci transmit mesajul dureros la creier.

Angina pectorală datorată blocării arterelor coronare poate fi subîmpărţită în angină stabilă (de-a lungul timpului se manifestă la fel) şi angină instabilă. Angina pectorală instabilă – în particular când apare în repaus – poate fi semnal de alarmă pentru un infarct miocardic iminent. Trebuie să fiţi supravegheat şi consultat de medic de urgenţă. Al treilea tip de angină pectorală, numit angină variantă, este produsă de un

transluminale percutanate sunt candidate pentru plasarea unui stent.

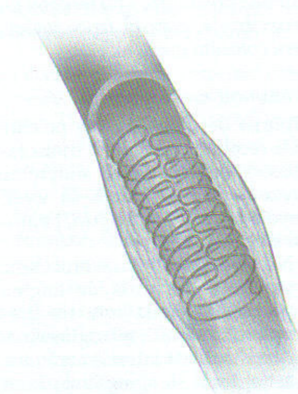
Stentul acţionează ca o manşetă care ţine deschisă artera. Se intenţionează să fie permanent şi reduce riscul ca artera să se obstrueze din nou. Această condiţie se numeşte restenozare şi este o problemă ce apare frecvent după angioplastie. Stenturile sunt de obicei însoţite de medicamente care le ajută să se menţină deschise.

Unele persoane cu stenturi primesc medicaţie 4-8 săptămâni după procedură pentru a reduce riscul de apariţie a cheagurilor sangvine la nivelul lor. Mulţi indivizi iau aspirină zilnic pe timp nedefinit, ca formă de profilaxie.

Întreaga procedură durează, de obicei, 30 minute până la 2 ore şi necesită o zi de spitalizare. De asemenea, acest procedeu poate fi folosit pentru tratarea arterelor blocate în orice zonă a organismului inclusiv la nivelul membrelor inferioare.

Rezultate

Rezultatele de succes sunt îmbunătăţirea fluxului sangvin, creşterea presiunii sangvine în artera afectată, compresia sau fisurarea blocajului arterial şi



După angioplastie, se plasează frecvent în arteră, pentru a preveni reobstruarea (restenozare), un tub fin din metal (stent).

dilatarea porţiunii afectate din peretele arterial. Într-un procent foarte mic de cazuri, procedura nu are succes, fiind necesar bypass-ul chirurgical. De obicei, o echipă chirurgicală este pregătită să intervină imediat. Când angioplastia reuşeşte, costurile sunt considerabil scăzute, iar perioada de spitalizare este redusă.

Timp de 24 de ore după angioplastie, frecvenţa şi ritmul cardiac, precum şi alte semne vitale trebuie monitorizate cu multă atenţie. Majoritatea pacienţilor se întorc la serviciu la o săptămână după procedură.

Cine are indicaţii?

Decizia de a recomanda angioplastia în favoarea bypass-ului se bazează, în general, pe localizarea, numărul şi gravitatea blocajelor, precum şi pe modul de funcţionare a cordului. Acest procedeu nu vindecă boala subiacentă şi poate fi repetat pentru a redeschide aceeaşi sau alte artere coronariene care se blochează. Utilizarea medicamentelor este importantă pentru a ajuta prevenirea progresiei bolii.

Variaţii

Pentru a trata arterele îngustate pot fi utilizate şi alte tehnici. Totuşi, acest lucru se face mai rar.

Utilizarea unei lame rotative asemănătoare unui sfredel este una dintre aceste proceduri. Poate fi utilizat în cazul în care blocajul arterial este foarte dur datorită calcificării. Placa aterosclerotică este pulverizată în fragmente care sunt îndepărtate prin cateter. Microparticule din această placă pot pătrunde în circulaţie.

spasm al muşchilor din pereţii arterelor coronare.

Diagnostic

Diagnosticul de angină pectorală se pune la o persoană pe baza existenţei în antecedente a unui disconfort toracic şi pe localizarea acestuia. Nu există nici un test de laborator specific pentru diagnosticarea acestei afecţiuni. Medicul poate solicita efectuarea unei electrocardiograme pentru a vedea dacă există un infarct de miocard. De asemenea, acesta poate solicita unele teste sangvine pentru a elimina existenţa afectării cardiace, a tulburărilor tiroidiene sau a anemiei. Aceste afecţiuni pot determina inima dumneavoastră să bată mai repede, să utilizeze mai mult oxigen şi, astfel, să precipite apariţia anginei pectorale. Un test de stres poate măsura modul în care cordul şi vasele sangvine pot face faţă efortului, ceea ce indică dacă durerea este legată de inimă (vezi pag. 752).

Cât de gravă este o angină pectorală?

Scăderea fluxului sangvin către inimă produsă de angina pectorală este parţială şi temporară, astfel încât nu apar leziuni ale muşchiului cardiac. Acest lucru este în opoziţie cu blocajul complet al unei artere cardiace care poate produce lezarea permanentă a unei părţi din miocard. În unele cazuri, angina pectorală poate fi un semnal de alarmă pentru un viitor sau pentru un iminent infarct miocardic. Dacă aveţi o criză de angină pectorală, adresaţi-vă imediat medicului dumneavoastră.

Tratament

Dacă prezentaţi durere anginoasă, încercaţi să vă opriţi din activitatea care a precipitat atacul. Aceasta scade povara asupra inimii şi reduce nevoile sale crescute de oxigen. Durerea şi alte simptome se vor ameliora în câteva minute probabil. Dacă disconfortul nu dispare în câteva minute sau frecvenţa sau severitatea crizelor creşte, solicitaţi de urgenţă un consult medical.

Unul dintre primii paşi în tratarea anginei pectorale este modificarea factorilor care pot declanşa sau agrava afecţiunea. Dacă sunteţi fumător, renunţaţi. Dacă sunteţi supraponderal, încercaţi să scădeţi în greutate. Eliminarea obezităţii sau a fumatului poate ameliora sau chiar elimina simptomele. De asemenea, exerciţiile fizice şi o dietă săracă în grăsimi pot preîntâmpina îngustarea sau blocarea arterelor dumneavoastră.

Exerciţiile fizice

Dacă aveţi o angină pectorală, asta nu înseamnă că veţi deveni un sedentar. De fapt, exerciţiile fizice sunt un element cheie al tratamentului acestei boli. Activitatea fizică trebuie să fie compatibilă cu limitele impuse de durere şi adesea vă este recomandată după ce angina se află sub control cu medicamente. Simptomele şi medicul dumneavoastră vor determina cât de mult efort fizic este indicat pentru dumneavoastră.

Dacă aveţi angină instabilă – durere care apare mai frecvent, este mai uşor provocată, mai intensă sau mai prelungită – nu începeţi un program de exerciţii fizice înainte de a consulta medicul.

Tratament medicamentos

Tipurile de medicamente pe care vi le recomandă medicul dumneavoastră depind de ce simptome prezentaţi. S-ar putea să aveţi nevoie de mai multe tipuri, pentru un efect mai bun.

- *Nitroglicerina*. Tratamentul clasic pentru criza acută de angină pectorală stabilă este medicamentul numit nitroglicerină. Aceasta dilată arterele coronare, astfel încât să ajungă mai mult sânge la muşchiul cardiac. De obicei, se administrează sublingual o tabletă. De asemenea, există sub formă de spray care se pulverizează sub limbă. Frecvent după 2 minute, disconfortul dispare.

  Dacă medicul vă recomandă nitroglicerină, aveţi grijă să fie în termen deoarece tabletele îşi pierde efectul după câteva luni. În plus, păstraţi tabletele la loc întunecos, deoarece se degradează.

  Ca efecte secundare, nitroglicerina poate produce cefalee şi ameţeli. De obicei, cefaleea este de scurtă durată şi uşoară. Pentru a preveni ameţelile, aşezaţi-vă înainte de a lua nitroglicerina.

  Nitraţii cu acţiune prelungită, medicamente ce sunt similare nitroglicerinei, pot fi de asemenea de ajutor în scăderea frecvenţei crizelor de angină pectorală.
- *Aspirina*. Medicul vă poate recomanda să luaţi o doză scăzută de aspirină pe zi. Aspirina scade tendinţa de coagulare a sângelui, reducând astfel riscul de producere de cheaguri de sânge în arterele coronare şi, deci, de producere a infarctului de miocard.
- *Beta-blocante*. Blocantele beta-adrenergice scad frecvenţa cardiacă şi tensiunea sangvină. Ambele efecte sunt utile în scăderea travaliului cardiac şi, astfel, în reducerea simptomelor anginei pectorale.
- *Blocante ale canalelor de calciu*. Aceste medicamente întrerup fluxul normal al calciului prin canale în celule. Aceasta produce dilatarea arterelor coronare şi a altor artere din organism, crescând fluxul sangvin către muşchiul cardiac. Travaliul cardiac este, de asemenea, scăzut ceea ce duce la diminuarea cererii de oxigen. De asemenea, blocantele canalelor de calciu scad presiunea sangvină, iar unele dintre ele scad şi frecvenţa cardiacă.
- *Medicamente hipocolesterolemiante*. De obicei, persoanele cu angină pectorală au ateroscleroză, afecţiune în care arterele sunt îngustate datorită plăcilor ateromatoase care conţin colesterol, ţesut cicatriceal şi calciu. Datorită acestui lucru, persoanelor cu angină pectorală li se recomandă scăderea colesterolului LDL (colesterolul „rău") la mai puţin de 100 mg/dl.

  Unele persoane pot realiza acest lucru printr-o dietă săracă în grăsimi şi colesterol, dar frecvent este nevoie şi de administrarea unor medicamente care scad colesterolul (vezi pag. 737).

Tratament chirurgical şi alte proceduri

Dacă angina pectorală persistă în ciuda tratamentului sau crizele apar mai des sau cu intensitate crescută (angina instabilă), medicul vă poate recomanda o angiografie coronariană pentru a vedea anatomia vaselor dumneavoastră

coronariene. Acest test îl ajută pe medic să evalueze dacă sunteți candidat pentru o angioplastie coronariană (vezi pag. 754) sau pentru un bypass al arterelor coronare (vezi pag. 759).

Infarctul miocardic

Semne și simptome de urgență

- Durere toracică prelungită, intensă (presiune intensă)
- Durere care se extinde dincolo de torace, către umărul stâng și braț, către spate și, uneori, către dinți și mandibulă
- Durere prelungită în abdomenul superior
- Dispnee
- Pierderea stării de conștiență
- Grețuri și vărsături
- Transpirații
- Crize frecvente de angină pectorală care nu se datorează efortului fizic

Un infarct miocardic produce leziuni ale miocardului prin stoparea fluxului sangvin. De obicei, apare când un cheag de sânge blochează fluxul sangvin într-o arteră coronară. Stoparea fluxului sangvin la miocard poate produce afectarea sau moartea zonei respective. De asemenea, poate fi fatal.

„Infarctul de miocard este termenul medical pentru atac de cord. „Myo" înseamnă mușchi, „kardia" înseamnă „inimă" și „infarct" se referă la aria de țesut mort produsă de lipsa de oxigen.

Cel mai frecvent, cheagul care produce infarctul se formează într-o arteră coronară îngustată prin acumularea de colesterol și a altor depozite de grăsimi în plăcile aterosclerotice.

O placă de aterom constă dintr-un înveliș ferm care conține calciu cu zone de material grăsos. Centrul este format din colesterol moale. Învelișul se poate fisura sau sparge, expunând conținutul. Când se întâmplă acest lucru, tinde să se dezvolte un cheag de sânge la acest nivel. Când cheagurile de sânge blochează fluxul sangvin în artera coronară între 20 de minute și 2 ore, se produce un infarct miocardic.

Mai rar, infarctul de miocard poate apărea când cheagul de sânge se formează în altă parte și se oprește în artera coronară. O altă cauză, mai rar întâlnită, este un spasm al arterei coronare care oprește fluxul sangvin către inimă. Unele droguri ilicite, cum este cocaina, pot produce un asemenea spasm care pune în pericol viața.



Durerea din infarctul miocardic variază de la persoană la persoană, dar în mod tipic, prezentați o senzație de strivire însoțită de o transpirație profuză. Durerea poate radia către brațul și umărul stâng, către spate și chiar către mandibulă și dinți.

Infarctul de miocard nu este un eveniment static. Este un proces dinamic, care evoluează de obicei în 4-6 ore. Cu fiecare minut care trece, mai mult țesut cardiac este deprivat de oxigen și deteriorat sau mort, formând țesut cicatriceal și cauzând durere și senzație de presiune. Dacă fluxul sangvin se restabilește rapid, leziunile cordului pot fi prevenite sau limitate.

Astfel, infarctul de miocard este o urgență medicală: dacă bănuiți că dumneavoastră sau altcineva aveți un infarct de miocard sunați la serviciul de ambulanță sau duceți persoana bolnavă la camera de gardă a celui mai apropiat spital. Nu întârziați să cereți ajutorul medical. În această situație, timpul este egal cu mușchiul cardiac integru. Întârzierea este o greșeală care duce la pierderea a mii de vieți în fiecare an. Unele persoane cred că durerea va dispărea de la sine. Pe de altă parte, un infarct miocardic poate fi confundat cu o indigestie.

O puternică senzație de presiune în piept poate fi simptomul predominant. Unele persoane o descriu ca senzația că o mână enormă le strânge și le strivește inima. Unii au senzația de moarte iminentă. Durerea poate fi similară celei din angina pectorală, dar este persistentă și răspunde foarte puțin sau chiar deloc la administrarea de nitroglicerină. Durerea poate fi un disconfort sau o senzație de strângere și zdrobire, ca și cum un elefant ar păși pe toracele dumneavoastră.

Un infarct miocardic poate fi precedat de o serie de crize de angină pectorală sau poate apărea brusc, fără nici un semnal de avertizare. Spre deosebire de angină pectorală, durerea nu dispare când activitatea fizică sau stresul care au cauzat-o este oprit.

Durerea poate fi constantă sau poate dispărea pentru a reapărea din nou. Orice durere prelungită sau severă localizată la nivelul toracelui sau abdomenului superior trebuie să constituie o cauză de îngrijorare. Mergeți imediat la camera de gardă a celui mai apropiat spital.

Uneori, durerea nu reflectă nici un model. Acest lucru se întâmplă, de obicei, la adulții vârstnici sau la persoanele cu diabet zaharat. La acești indivizi nu este neobișnuit ca infarctul de miocard să se producă fără nici un simptom. Aceste atacuri cardiace silențioase pot fi detectate doar când o electrocardiogramă efectuată de rutină relevează modificări în transmiterea impulsului electric prin inimă.

La unele persoane, simptomul de bază al unui infarct miocardic este dispneea (respirație scurtă, dificilă), care poate fi sau nu asociată cu durerea toracică.

La aproximativ 10% dintre persoanele care suferă un infarct de miocard singurul simptom poate fi o sincopă apărută brusc.

Diagnostic

În mașina Salvării sau când vă prezentați la spital vi se va măsura tensiunea arterială și vi se va face o electrocardiogramă (ECG). La spital, vi se vor recomanda alte teste, care includ testele sangvine pentru enzimele care sunt eliberate la nivelul țesutului cardiac necrozat, teste imagistice

Ce faceţi în cazul unui infarct de miocard

În cazul în care credeţi că dumneavoastră sau cineva cu care sunteţi aveţi un atac de cord, faceţi de urgenţă următorii paşi:

1. *Obţineţi atenţie medicală imediat.* Sunaţi la Salvare sau duceţi persoana bolnavă la camera de gardă a celui mai apropiat spital. În fiecare an mor mii de persoane deoarece nu au primit ajutor medical în timp util. Nu vă îngrijoraţi în cazul în care confundaţi un atac de cord cu o indigestie sau cu orice altceva. Dacă sunteţi în dubiu, nu aşteptaţi pentru a cere ajutor medical.
2. *Daţi-i persoanei bolnave să mestece o aspirină.* Aceasta previne coagularea sângelui şi poate ajuta la reluarea fluxului sangvin prin artera îngustat, îmbunătăţind semnificativ şansele de supravieţuire. Mestecarea aspirinei în loc să o înghiţiţi măreşte viteza de absorbţie a acesteia.
3. *Utilizaţi resuscitarea cardio-pulmonară (CPR).* Dacă vă aflaţi cu cineva care se opreşte din respirat începeţi imediat resuscitarea cardio-pulmonară. După ce o persoană nu mai respiră, el sau ea poate trăi numai câteva minute fără CPR.



pentru a vizualiza miocardul lezat, şi angiografie pentru a verifica arterele coronare îngustate.

Cât de grav este un infarct miocardic?

Un infarct miocardic poate duce imediat la deces, fie din cauza faptului că este afectată o parte atât de mare din inimă încât nu mai poate funcţiona sau pentru că apare o tulburare de ritm fatală. Cele mai multe persoane care mor din cauza unui atac de cord au obstrucţii severe ale mai multor artere coronare. Dar aproximativ 60% dintre acestea supravieţuiesc atacului de cord.

Dacă aria de muşchi cardiac deteriorat este mică şi sistemul electric care controlează inima nu este afectat, şansele dumneavoastră de supravieţuire în cazul atacului de cord sunt bune. Cu cât ajungeţi mai devreme la spital cu atât se pot face mai multe pentru a limita cantitatea din muşchiul cardiac afectată.

În general, afectarea doar a unei porţiuni mici din muşchiul ventricular poate duce la o scădere a cantităţii de sânge pe care inima o pompează la fiecare contracţie. Totuşi, reducerea funcţiei cardiace este uşoară, astfel că se poate anticipa de obicei întoarcerea la un stil de viaţă aproape de normal.

Dacă este afectată o zonă moderată din muşchiul cardiac, poate apărea insuficienţa cardiacă congestivă. Dacă este deteriorată o porţiune importantă din muşchiul cardiac – aproape 50% sau mai mult – pot apărea şocul cardiogen sau decesul.

Complicaţii

Orice infarct miocardic poate duce la complicaţii ulterioare, cum ar fi:

Tulburări de ritm

Sistemul care controlează bătăile cardiace este electric. La unele persoane, deteriorarea ţesutului cardiac în infarctul miocardic poate duce la scurtcircuitarea electrică, ce are ca rezultat un ritm cardiac anormal (aritmia cardiacă), cum este fibrilaţia ventriculară. În această afecţiune, contracţiile necoordonate ale ventriculilor duc rapid la scăderea dramatică a fluxului sangvin către organele vitale.

La alte persoane, aritmia poate fi caracterizată prin bătăi cardiace lente. Aceasta poate duce la plasarea temporară sau permanentă a unui pacemaker.

Insuficienţa cardiacă congestivă

Uneori, zona de ţesut cardiac este atât de mare încât inima dumneavoastră s-ar putea să nu mai pompeze la fel de eficient sângele în organism. Fluxul sangvin către ţesuturile şi organele corpului va scădea, ceea ce duce la apariţia dispneei, senzaţie de oboseală şi edem al mâinilor şi picioarelor.

Dacă muşchiul cardiac se reface, insuficienţa cardiacă congestivă poate apărea doar imediat după producerea infarctului miocardic. Dacă o porţiune semnificativă din muşchiul cardiac este afectată permanent sau distrusă, insuficienţa cardiacă congestivă poate persista.

Tratament

În primele minute ale unui infarct miocardic poate apărea fibrilaţie ventriculară. Acest ritm cardiac instabil produce bătăi cardiace neeficiente, muşchiul cardiac contractându-se fără efect.

În lipsa unui tratament imediat, fibrilaţia ventriculară poate duce la deces subit. Utilizarea unui defibrilator automat extern care poate duce la apariţia unui ritm cardiac normal poate constitui tratamentul de urgenţă înainte de a ajunge la spital.

Aceste aparate portabile care salvează viaţa există în maşinile Salvării, ale poliţiei, în avioanele comerciale şi în unele locaţii publice. Ele sunt livrate cu instrucţiunile complete de folosire şi necesită puţină experienţă pentru a le utiliza.

La spital sunt iniţiate testele diagnostice. De asemenea, se administrează oxigen. În unele cazuri, trebuie administrat tratament medicamentos pentru a restabili fluxul sangvin la nivelul inimii. În alte cazuri se poate efectua de urgenţă o angiogramă, iar fluxul sangvin este restabilit utilizând tehnici de angioplastie.

Tratament medicamentos

Tratamentul iniţial al infarctului de miocard presupune administrarea de medicamente cum ar fi:

Chirurgia de bypass

Infarctul de miocard, angina pectorală şi alte probleme cardiace pot apărea ca rezultat al îngustării sau blocării arterelor coronare, care irigă muşchiul cardiac. În anumite situaţii, chirurgia de bypass coronarian creează o rută de ocolire pentru fluxul sangvin pentru ca sângele să meargă în zona afectată. Acest tip de chirurgie se practică mai ales atunci când simptomele nu răspund la tratamentul medicamentos sau când există blocaje multiple pe arterele coronare.

Procedura

Pentru a crea un bypass, chirurgul prelevează un vas de sânge din altă parte a corpului şi o plasează în locul arterei coronare obstruate. Acesta poate utiliza unul din următoarele vase de sânge: artera mamară internă de la nivelul toracelui, vena safenă de la nivelul membrului inferior sau artera radială, de la nivelul antebraţului. Acestea sunt vase de sânge care nu sunt absolut indispensabile organismului dumneavoastră. Unii chirurgii pot utiliza o combinaţie a acestor grefe.

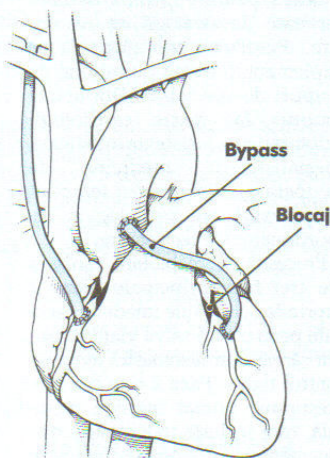
În majoritatea cazurilor, pentru bypass este utilizată artera mamară internă. Această arteră se găseşte pe faţa internă a peretelui anterior al toracelui, de fiecare parte a sternului. Chirurgul deconectează capătul din aval al arterei din partea internă a peretelui toracic şi reconectează acel capăt la artera coronară în aval de blocaj. Avantajul major al acestei proceduri este tendinţa acestei grefe de a rezista la formarea ulterioară de depozite de grăsime (plăci de aterom).

Pentru a crea un bypass cu vena safenă sau cu artera radială, se prelevează un segment din venă sau din arteră, conectând un capăt al venei sau arterei la aortă în apropierea originii normale a arterelor cornare şi celălalt capăt la artera coronară în aval de blocaj. Astfel, partea bolnavă a arterei este şuntată.

Pe timpul acestei intervenţii chirurgicale, funcţiile inimii şi ale plămânilor sunt preluate de un aparat cord-pulmon.

Rezultate

Scopul chirurgiei de bypass este de a obţine un flux sangvin adecvat pentru inimă. Îmbunătăţirea fluxului sangvin ameliorează frecvent angina pectorală sau alte probleme ale arterelor coronare.



Bypass-ul coronarian poate fi efectuat cu ajutorul unor fragmente de vase prelevate de la nivelul membrului inferior (vena safenă) sau antebraţului (artera radială) sau de la artere din vecinătatea sternului (arterele mamare interne).

Operaţia de bypass este efectuată frecvent de o echipă chirurgicală cu experienţă. Dar, oricum, ca şi alte intervenţii, şi aceasta are riscuri. În general, dacă aveţi sub 65 de ani, aveţi un ventricul stâng normal – camera cardiacă cea mai importantă pentru pompat – şi aveţi o stare de sănătate generală bun, şansele dumneavoastră de supravieţuire şi de recuperare după operaţie sunt de 99%.

Recuperare şi reabilitare

Pentru operaţia de bypass, perioada de spitalizare este de 5-7 zile. Imediat după intervenţie, veţi rămâne în secţia specială pentru coronarieni sau în secţia de terapie intensivă timp de 24-36 de ore. În acest timp, frecvenţa şi ritmul cardiac, precum şi alte semne vitale sunt monitorizate cu atenţie.

Medicul sau chirurgul dumneavoastră vă vor da indicaţii asupra gradului de efort fizic pe care aveţi voie să-l faceţi în următoarele câteva săptămâni şi asupra modului gradual în care veţi reveni la activităţile obişnuite.

Cine are indicaţii de bypass?

Dacă aveţi angină pectorală de efort formă uşoară sau v-aţi recuperat după un infarct miocardic fără a prezenta simptome, cel mai bine veţi fi tratat cu medicamente sau alte mijloace.

Chirurgia de bypass este în general considerată potrivită pentru următoarele persoane:

- Indivizii care au artera coronariană stângă blocată.
- Indivizii cu mai multe artere afectate şi cu o funcţie ventriculară stângă scăzută.
- Indivizii cu angină incapacitantă.

Pentru aceste persoane, operaţia de bypass are o valoare clară şi în majoritatea cazurilor viaţa este prelungită.

- *Trombolitice.* Acestea sunt cele mai frecvente medicamente utilizate în tratamentul infarctului de miocard. Ele ajută la dizolvarea cheagului sangvin care blochează artera şi fluxul sangvin către inimă. Cu cât primiţi mai repede tratament trombolitic după un infarct miocardic, cu atât sunt mai mari şansele de supravieţuire şi cu atât mai puţin va fi afectat ţesutul cardiac.
- *Inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei* (ACEI). Aceste medicamente dilată arterele şi scad rezistenţa la fluxul sangvin pompat de inimă. Rezultatul este scăderea presiunii sangvine.
- *Anticoagulante.* Medicamente cum ar fi aspirina sau heparina împiedică formarea adiţională de cheaguri sangvine periculoase.

- *Analgezice*. Dacă starea dumneavoastră este stabilă, dar durerea este puternică, puteţi primi un analgezic pentru ameliorarea acesteia.
- *Nitriţi*. Aceste medicamente acţionează prin scăderea necesităţilor în oxigen ale muşchiului cardiac. Cel mai cunoscut dintre ele, nitroglicerina, se plasează sub limbă, la debutul durerii de angină pectorală. De asemenea, poate fi administrată intravenos în timpul sau după un infarct de miocard pentru a scădea cererea de oxigen a muşchiului cardiac şi pentru a îmbunătăţi fluxul sangvin în arterele coronare.
- *Statinele*. Statinele scad nivelurile de colesterol-LDL (colesterolul „rău") la persoanele la care nu s-au obţinut rezultate doar prin modificarea dietei şi a activităţii fizice. În plus, ele pot ajuta la prevenirea unor eventuale îngustări ale arterelor dumneavoastră şi reduc riscul unui alt infarct miocardic.
- *Blocante beta-adrenergice*. Aceste medicamente blochează efectele adrenalinei (epinefrina) asupra inimii dumneavoastră. Rezultatul constă în încetinirea bătăilor cardiace şi a forţei acestora, ceea ce duce la scăderea necesităţilor de oxigen ale cordului.

Proceduri invazive

În plus faţă de medicaţie, puteţi beneficia de următoarele proceduri:

- *Angioplastie*. În timpul acestei proceduri, medicul vă inserează un cateter subţire într-o arteră la nivelul zonei inghinale sau umărului şi care va ajunge la nivelul arterei blocate din inimă. Un alt tub prevăzut cu un balonaş la vârf este trecut prin cateter şi ghidat până la blocaj. O dată ajuns, balonul este umflat, uneori de mai multe ori, pentru a deschide artera coronariană blocată şi a restabili fluxul sangvin către inimă (vezi pag. 754). De asemenea, poate fi inserat un dispozitiv metalic (stent) pentru a ajuta la menţinerea deschisă a arterei.
- *Chirurgia de bypass*. În cazuri rare, chirurgia de bypass de urgenţă poate fi practicată în timpul unui infarct miocardic. Aceasta presupune ataşarea unei vene sau a unei artere pentru a şunta zona blocată, redirecţionând fluxul sangvin (vezi pag. 759).

Recuperare şi reabilitare

Tratamentul de urgenţă al unui infarct de miocard are scopul de a restabili fluxul sangvin şi de a salva muşchiul cardiac. Tratamentul ulterior trebuie să promoveze vindecarea miocardului şi să prevină un alt infarct. Reţineţi că după un infarct miocardic nu neapărat veţi deveni invalid. De fapt, exerciţiile fizice regulate – sub supravegherea medicului dumneavoastră – pot contribui la restabilirea unei stări bune de sănătate. Programele de reabilitare cardiacă pot ajuta la recuperare. Majoritatea programelor încep în perioada de spitalizare şi continuă după ce vă reîntoarceţi acasă.

Recuperarea după un infarct de miocard poate cuprinde o mare varietate de strategii de reabilitare. Pentru a vă ajuta să le implementaţi există o mulţime de grupuri de specialişti. Din aceste grupuri fac parte cardiologi, fizioterapeuţi, asistente medicale, specialişti în medicina de recuperare, dietetician, terapeut ocupaţional, un psiholog şi un coordonator de recuperare.

Procesul de reabilitare cardiacă are trei faze principale. Faza 1 cuprinde activităţile imediate esenţiale pentru a vă salva viaţa şi asupra căreia dumneavoastră aveţi un control redus. Faza 2 este cea care presupune numai îngrijire medicală, care include tratamentul medicamentos şi, uneori, tratament chirurgical. Dumneavoastră şi medicul dumneavoastră veţi lua majoritatea deciziilor în legătură cu această parte a procesului.

În faza a 3-a, care include modificări ale stilului de viaţă, sunteţi singurul răspunzător. Acest stadiu începe de obicei cu modificări mentale şi emoţionale ale situaţiei dumneavoastră, cu modificări ale dietei şi în activitatea fizică. De asemenea, poate include evitarea alcoolului şi stoparea fumatului.

În orice caz, nu trebuie să fiţi singur. Echipa de reabilitare vă poate asista, în special dacă dumneavoastră începeţi să învăţaţi şi să introduceţi obiceiuri noi.

Stresul

Aspectele psihologice ale bolii cardiovasculare sunt oarecum învăluite în mister, dar există un consens general că majoritatea persoanelor sunt supuse unui stres inutil. După un infarct de miocard, cel mai bine pentru dumneavoastră este să încercaţi să minimalizaţi acest stres.

Recuperarea după un infarct de miocard nu înseamnă neapărat că trebuie să vă schimbaţi locul de muncă, să evitaţi toate provocările vieţii sau să faceţi alte schimbări radicale. Scăderea stresului în activităţile dumneavoastră zilnice poate presupune doar simpla regândire a obiceiurilor de muncă, evitarea activităţilor frustrante şi a termenelor de execuţie sub presiune precum şi efortul de a minimiza evenimentele stresante din viaţa dumneavoastră.

Multe persoane trăiesc sentimente temporare de nesiguranţă şi chiar depresie după un infarct de miocard sau după o intervenţie chirurgicală de bypass coronarian. Echipa de reabilitare cardiacă are experienţă în aceste probleme şi vă poate ajuta să treceţi prin aceste emoţii.

Exerciţiile fizice

Pe măsură ce vă recuperaţi, inima dumneavoastră devine din ce în ce mai puternică. Exerciţiile fizice pot intensifica acest proces. La început, puteţi să faceţi un test de stres la efort (vezi pag. 752) pentru a vedea care este răspunsul cordului dumneavoastră la activitatea fizică. Membrii echipei de reabilitare cardiacă vă vor spune cât de mult şi ce tipuri de exerciţii fizice puteţi face.

Nu puteţi face toate activităţile într-o singură zi, dar înscrierea la un curs de reabilitare cardiacă vă poate ajuta să începeţi.

Dacă eraţi un sedentar înainte de infarctul de miocard este foarte importantă planificarea cu grijă a unui program de exerciţii. Cereţi ajutor în planificarea şi stabilirea de noi tipuri de exerciţii adecvate stilului dumneavoastră de viaţă şi afecţiune.

Dieta şi controlul greutăţii

Dacă era adevărat înainte de producerea infarctului de miocard, este de asemenea adevărat şi acum.

Activitatea sexuală după un infarct miocardic

Faptul că aţi suferit un infarct miocardic nu înseamnă că nu veţi mai fi niciodată capabil să faceţi sex. De obicei, tot ce este necesar este un repaus ceva mai lung, probabil câteva săptămâni după infarctul pe care l-aţi suferit.

Solicitările la care este supusă inima dumneavoastră atunci când întreţineţi raporturi sexuale sunt în mare asemănătoare cu acelea când mergeţi în pas vioi sau urcaţi un rând sau două de scări. Frecvenţa cardiacă, respiratorie şi presiunea arterială a sângelui cresc. Aşa că activitatea sexuală trebuie să fie abordată ca oricare dintre activităţile fizice, cu atenţie şi cu precauţie, dar fără frică.

Luaţi-o uşor

Pentru a minimaliza stresul la nivelul inimii poate fi de ajutor să vă reduceţi activitatea sexuală cu partenerul dumneavoastră, în condiţiile cu care sunteţi deja obişnuit. Vă veţi simţi probabil mai relaxat făcând dragoste într-un cadru familial. Dacă găsiţi anumite poziţii mai puţin solicitante decât altele, alegeţi calea mai uşoară.

Comunicaţi

Comunicaţi cu partenerul dumneavoastră înainte şi după activitatea sexuală pentru a vă îmbărbăta atât pe dumneavoastră cât şi pe partenerul dumneavoastră. Împărtăşirea temerilor şi a nedumeririlor poate fi o uşurare dacă între dumneavoastră există o comunicare deschisă. Vorbiţi cu medicul dumneavoastră dacă aveţi alte nelămuriri. Este foarte normal ca nevoile dumneavoastră să se schimbe cel puţin temporar. Puteţi să experimentaţi fie creşteri, fie reduceri ale libidoului dumneavoastră.

Atenţie

Dacă resimţiţi dureri în piept, dispnee sau ritm cardiac neregulat în timpul activităţii sexuale, opriţi-vă. Bărbaţii ar trebui să evite utilizarea de sildenafil (Viagra), un medicament pentru disfuncţia erectilă, până când medicul lor aprobă folosirea lui. Folosind Viagra în timp ce luaţi nitraţi, ca nitroglicerină sau izosorbid (Imdur, Isordil) poate creşte şansa unui eveniment cardiovascular şi poate duce la o scădere severă a tensiunii arteriale.

Menţinerea greutăţii în limite normale şi evitarea alimentelor bogate în acizi graşi saturaţi şi colesterol sunt foarte importante. Eliminaţi excesul ponderal şi reduceţi stresul la nivelul inimii. O schimbare a modului de alimentaţie, referitoare la aportul de grăsimi, vă ajută de asemenea să preveniţi alte boli ale arterelor dumneavoastră.

Discutaţi obiceiurile dumneavoastră alimentare cu un medic dietetician. Un dietetician vă poate ajuta să puneţi la punct un plan pentru a reduce consumul de grăsimi şi care să vă ajute să vă alimentaţi ca un nutriţionist (vezi, de asemenea, cap. 2 şi cap. 3).

Fumatul

Fiecare ţigară pe care o fumaţi vă afectează presiunea sângelui şi frecvenţa cardiacă. De asemenea, fumatul poate accelera procesul de ateroscleroză. Folosiţi experienţa pe care tocmai aţi trăit-o ca pe un moment pentru a vă lăsa de fumat.

Insuficienţa cardiacă

Insuficienţa cardiacă este o problemă serioasă, însă nu este echivalentă cu situaţia în care inima nu funcţionează de loc. Insuficienţa cardiacă are grade variate de severitate, în funcţie de etiologie şi de intervalul scurs între instalarea bolii şi momentul prezent.

Insuficienţa cardiacă congestivă

Semne şi simptome

- Slăbiciune şi fatigabilitate
- Dispnee
- Umflarea gleznelor

În insuficienţa cardiacă congestivă (ICC), inima încă lucrează, însă nu poate vehicula suficient sânge astfel încât să acopere nevoile organismului.

Insuficienţa cardiacă congestivă afectează mai ales adulţii vârstnici. De obicei, reprezintă rezultatul evoluţiei unei boli cardiovasculare cronice. De asemenea, poate fi cauzată de un infarct sau de hipertensiune arterială necontrolată.

Dacă insuficienţa se produce la nivelul inimii stângi, sângele se va acumula în plămâni, fapt ce va determina congestia acestora. Această congestie este responsabilă pentru senzaţia de dispnee care este comună în insuficienţa cardiacă congestivă.

Dacă cedează inima dreaptă, sângele se acumulează la nivelul membrelor inferioare şi la nivelul ficatului, determinând congestie hepatică. Se produc edeme, evidente cel mai frecvent la nivelul gambelor şi gleznelor.

Adeseori, atât inima stângă cât şi inima dreaptă cedează simultan. Lipsa unui debit adecvat de sânge la nivel renal determină acumularea în exces a lichidelor în organism, acesta fiind un factor agravant al edemului.

Fluxul sangvin inadecvat la nivel muscular determină scăderea capacităţii de efort. De aceea, oamenii cu insuficienţă cardiacă congestivă acuză adeseori fatigabilitate atunci când depun efort fizic.

Pierderea funcţiei de pompă a inimii poate fi cauzată de:

- artere coronare îngustate (boală a arterelor coronare);
- ţesut muscular cardiac slăbit în urma unui infarct;
- boli care afectează direct miocardul (precum cardiomiopatiile);
- hipertensiune arterială îndelungată;
- rigidizarea şi constricţia pericardului (sacul care înconjoară inima), care se poate produce după inflamaţia acestuia (pericardită).

Diagnostic

La început, ICC determină slăbiciune, fatigabilitate şi dispnee. Activităţile fizice obişnuite devin din ce în ce mai dificil de efectuat. Iniţial, dispneea apare numai după

eforturi mari. Pe măsură ce boala progresează, dificultățile respiratorii (dispnee) pot apărea în repaus sau chiar în timpul somnului. Respirația poate fi mai dificilă atunci când bolnavul stă întins, acesta fiind nevoit să își ridice capul pe mai multe perne pentru a putea dormi.

Dacă medicul suspectează insuficiența cardiacă, cu siguranță va ausculta inima și plămânii cu stetoscopul pentru a detecta zgomote asociate cu insuficiența cardiacă. De asemenea, va cerceta dacă pacientul are venele gâtului umflate sau destinse, dacă are ficatul mărit și picioarele umflate, toate acestea fiind semne de ICC. Testele sangvine și urinare arată dacă rinichii funcționează normal sau nu.

Doctorul poate recomanda o electrocardiogramă (ECG) pentru a evalua ritmul cardiac și pentru a căuta sechele ale unui infarct produs în trecut. O radiografie toracică poate fi necesară pentru a observa mărirea inimii și excesul lichidian în plămâni. Ecocardiografia poate fi efectuată pentru a depista eventualele probleme valvulare și pentru a evalua funcția miocardului.

Cât de gravă este ICC?

ICC netratată poate fi fatală. Totuși, modificările stilului de viață și tratamentul medicamentos corect pot îmbunătăți funcția cardiacă, pot atenua simptomele și pot prelungi viața. Deși medicamentele nu pot vindeca această boală, utilizarea lor pe termen lung poate permite păstrarea unui stil de viața aproape normal.

Tratament

În unele cazuri, insuficiența cardiacă congestivă poate fi corectată tratând cauza subiacentă. De exemplu, păstrarea sub control a ritmurilor cardiace rapide poate conduce la ameliorarea insuficienței cardiace și la restaurarea forței miocardului. Însă de multe ori cauza nu poate fi înlăturată. În acest caz, scopul tratamentului este să prevină deteriorarea progresivă a funcției cardiace și să ajute inima să își îndeplinească funcția de pompă cât mai bine. Autoîngrijirea este importantă pentru oricine cu insuficiență cardiacă congestivă. Alte metode de tratament sunt medicația, dispozitivele de asistare a funcției cardiace și tratamentul chirurgical.

Autoîngrijire

Medicul poate recomanda pacientului să se odihnească cât mai mult pentru a-și conserva energia. Asta însă nu înseamnă ca pacientul va trebui să stea tot timpul în pat. Din contră, efectuarea mișcării și a unui regim de exerciții poate fi o componentă cheie a tratamentului. Mișcarea îmbunătățește circulația.

Doctorul poate de asemenea să ofere pacientului indicații privitoare la nutriție. În general, trebuie restricționat aportul de sodiu pentru a reduce acumularea lichidelor în organism. Un dietetician poate să recomande anumite alimente care nu conțin sare sau care au doar un conținut redus de sodiu. De asemenea, poate fi necesară evitarea băuturilor alcoolice, iar în cazul persoanelor supraponderale este recomandată reducerea greutății.

Tratament medicamentos

Medicamentele utilizate pentru a trata ICC sunt:

- *Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei (ACEI).* La pacienții cu ICC utilizarea ACEI poate reduce numărul zilelor de spitalizare pentru tratamentul decompensărilor bolii și poate prelungi viața. ACEI reduc tensiunea arterială, reducând astfel travaliul cardiac. De asemenea, această medicație atenuează unele efecte ale excesului de adrenalină (epinefrină).

  Medicamente din această clasă sunt enalaprilul (Vasotec), lizinoprilul (Prinivil, Zestril) și captoprilul (Capoten). Un efect secundar comun al acestei medicații este tusea persistentă. În plus, în timpul administrării acestei medicații, funcția renală și potasiul sangvin pot necesita monitorizare regulată. Deși în general aceste medicamente protejează rinichii, în unele situații ele pot agrava insuficiența renală la pacienții cu boli renale preexistente și pot determina creșterea potasiului sangvin.
- *Blocanții receptorilor pentru angiotensina II (A-II).* Medicamentele din această clasă pot fi o alternativă pentru acei pacienți care nu tolerează ACEI. Ele au multe din efectele ACEI, dar cauzează tuse într-un număr mult mai mic de cazuri. Totuși, aceste medicamente nu au fost studiate la fel de mult ca ACEI privitor la eficiența lor în cazul bolnavilor cu insuficiență cardiacă. Exemple de medicamente din această clasă sunt losartanul (Cozaar), valsartanul (Diovan) și candesartanul (Atacand).
- *Diureticele.* Numite adeseori pilule „apoase", aceste medicamente cresc rata la care organismul elimină urina și sodiul. Acest lucru poate contribui la reducerea congestiei pulmonare și a acumulării de lichide la nivelul membrelor inferioare. Diureticele au puține efecte secundare, deși pacientul poate urina mai frecvent (mai ales dacă a consumat lichide). Pe lângă sodiu, se elimină potasiu și magneziu. Poate fi recomandată monitorizarea nivelului sangvin al acestor minerale, iar în unele cazuri medicul poate prescrie un supliment de potasiu sau magneziu.

  Deși este un diuretic slab, spironolactona (Aldactone) s-a dovedit a crește supraviețuirea în cazul pacienților cu insuficiență cardiacă gravă, însă determină creșterea potasiului sangvin astfel încât doctorul va dori să monitorizeze nivelul acestuia. Uneori poate determina mărirea sânilor și creșterea sensibilității acestora la bărbați (ginecomastie).
- *Digitala.* Acest medicament crește contractilitatea cardiacă, îmbunătățind astfel funcția de pompă a inimii și se pare că efectul este mai pronunțat în cazul pacienților cu insuficiență cardiacă severă. Este de asemenea utilă dacă insuficiența cardiacă se datorează anumitor tulburări de ritm cardiac, deoarece poate micșora un ritm cardiac rapid asociat cu unele dereglări locale.
- *Beta-blocantele.* Aceste medicamente au fost inițial considerate

Sindromul Kawasaki

Sindromul Kawasaki a fost denumit după medicul japonez Tomisaku Kawasaki, cel care a descris primul această maladie care apare la copii. Boala poate determina afectarea arterelor coronare la copii, rareori putând cauza infarct miocardic şi moarte.

Numărul copiilor afectaţi de această boală a crescut, maladia fiind în prezent cea mai frecventă cauză de boală cardiacă dobândită în copilărie – poziţie ocupată în trecut de reumatismul articular acut.

Patru din cinci oameni care fac boala au vârsta sub 4 ani. Asiaticii, chiar dacă au trăit în SUA mai multe generaţii, sunt mult mai susceptibili să facă boala comparativ cu cei aparţinând altor etnii.

Semnele şi simptomele includ:

- febră mare, oscilantă, pentru mai mult de 5 zile;
- edem ocular, lăcrimare;
- buzele, limba, mucoasa bucală şi faringiană roşii, crăpate, edemaţiate;
- erupţie cutanată asemănătoare rujeolei;
- hipertrofia ganglionilor limfatici cervicali.

Nu se cunoaşte sigur cauza sindromului. Nici un agent infecţios nu a fost asociat cu acesta, deşi sindromul are tendinţa să apară mai ales iarna şi primăvara. Unii experţi suspectează că un virus neobişnuit sau alţi germeni ar putea fi cauza, sau ca anumiţi agenţi toxici ar putea fi implicaţi. Majoritatea particularităţilor sindromului Kawasaki sunt legate de inflamaţie, iar distrugerea care se produce uneori la nivelul arterelor coronare sau la nivelul miocardului poate fi cauzată de un răspuns imun.

Probleme cardiace apar la aproximativ un copil din cinci cu sindromul Kawasaki care nu sunt trataţi. Cea mai comună problemă o constituie anevrismele de artere coronare (mărirea localizată a dimensiunilor coronarelor). În unele cazuri, anevrismul poate fi obstruat de un tromb, determinând astfel producerea unui infarct. Totuşi, acest lucru se întâmplă rar, cu atât mai mult cu cât boala este tratată.

Cu toate că afecţiunea poate fi invalidantă şi în ciuda efectelor sale asupra coronarelor, sindromul Kawasaki este o boala autolimitantă. Mortalitatea printre copiii trataţi este mult sub 1%. Chiar şi în cazurile în care apar probleme cardiace se produc ameliorări substanţiale odată cu trecerea timpului.

Scopul tratamentului este să reducă inflamaţia şi să prevină afectarea inimii şi a arterelor coronare. Acest lucru poate fi obţinut prin utilizarea medicaţiei antiinflamatorii şi a injecţiilor cu anticorpi umani purificaţi (imunoglobuline).

nepotrivite pentru pacienţii cu insuficienţă cardiacă congestivă. Totuşi, studii ample sugerează că aceste medicamente sunt sigure şi aduc beneficii. Contracarând reacţiile adverse ale adrenalinei asupra sistemului cardiovascular, beta-blocantele pot preveni dilatarea progresivă a inimii şi declinul funcţiei sale de pompă. Uneori, funcţia cardiacă se poate chiar îmbunătăţi.

Precum ACEI, aceste medicamente pot reduce simptomele şi pot prelungi viaţa. Beta-blocantele nu ar trebui prescrise în anumite situaţii, de exemplu în cazul în care tensiunea sangvină sau alura ventriculară sunt prea reduse. Utilizarea acestor medicamente necesită recomandare medicală.

- *Nesiritide.* Nesiritide (Natrecor) reprezintă versiunea sintetică a peptidului natriuretic atrial de tip B (PNA-B). PNA-B este secretat în cantităţi mari de către inimă în caz de supraîncărcare cardiacă de presiune şi volum. PNA-B determină eliminarea lichidului în exces, combătând astfel efectele insuficienţei cardiace congestive. Nesiritide poate fi benefic în cazul pacienţilor cu insuficienţă cardiacă foarte severă.

Orice medicaţie ar prescrie doctorul, este foarte important ca pacient să iei dozele recomandate cu regularitate.

Dispozitive de asistare a funcţiei cardiace

O serie de dispozitive mecanice speciale au fost proiectate pentru a-i ajuta pe oamenii cu ICC.

- *Sisteme de pacing biventricular.* În 2001, Food and Drug Administration (FDA) a aprobat un tip de pacemaker proiectat pentru pacienţii cu ICC moderat-severă. Acest dispozitiv, numit sistem de pacing biventricular, stimulează simultan atât ventriculul stâng cât şi ventriculul drept, trimiţând impulsuri electrice sincronizate special către aceştia. Prin coordonarea semnalelor electrice cardiace, inima bate mai eficient. Un astfel de dispozitiv poate fi recomandat indivizilor care nu au fost ajutaţi de tratamentul medicamentos şi ai căror ventriculi nu sunt sincronizaţi corect.

  În mai 2002, FDA a aprobat un dispozitiv care îndeplineşte 2 sarcini – porneşte inima atunci când este necesar şi resincronizează ventriculii. Dispozitivul combină un defibrilator implantabil cu terapia de resincronizare. Este recomandat oamenilor cu insuficienţă cardiacă avansată ale căror simptome nu se îmbunătăţesc în urma tratamentului medicamentos.
- *Pompe cardiace.* Aceste dispozitive, denumite dispozitive de asistare ventriculară (DAV), sunt ataşate unei inimi slăbite pentru a o ajuta să pompeze. Pompele cardiace sunt utilizate pentru a menţine în viaţă candidaţii pentru transplant cardiac în timp ce aceştia aşteaptă un

donator. Sunt în desfăşurare studii care să evalueze rolul acestor dispozitive ca o alternativă la transplantul cardiac.

Tratament chirurgical

Ocazional, tratamentul chirurgical poate fi necesar. De exemplu, în caz de valvulopatie sau în cazul unei zone miocardice distruse, reparaţia chirurgicală poate fi soluţia optimă. Pentru indivizii care nu pot fi ajutaţi cu medicamente sau cu alte metode de tratament, transplantul cardiac ar putea fi o opţiune (vezi pag. 782).

Edemul pulmonar

Semne şi simptome de urgenţă

- Dispnee
- Agitaţie, anxietate şi senzaţia de sufocare
- Eliminarea de spută rozacee spumoasă
- Transpiraţii
- Paloare

Edemul pulmonar se produce atunci când presiunea crescută la nivelul venelor şi capilarelor pulmonare forţează lichidul să iasă din capilare şi să pătrundă în sacii aeriferi pulmonari (în alveole). Drept urmare, plămânii se umplu cu lichid, fiind dificil pentru ei să aprovizioneze corpul cu oxigen şi să elimine dioxidul de carbon. Aceasta este o situaţie de urgenţă care necesită îngrijiri imediate.

Edemul pulmonar este produs de obicei de probleme cardiace precum un infarct extensiv sau o afecţiune valvulară. Rareori, poate fi produs de o cauză non-cardiacă precum expunerea la altitudine sau o criză hipertensivă.

Diagnostic

Dispneea severă este simptomul principal al edemului pulmonar. Pacientul se simte ca şi cum s-ar sufoca sau s-ar îneca. Această senzaţie de sufocare este adeseori însoţită de anxietate şi nelinişte.

Alte semne şi simptome includ transpiraţii, paloare şi tuse însoţită de spută spumoasă rozacee. La unii pacienţi lichidul pulmonar determină apariţia wheezing-ului (a astmului cardiac).

Radiografia toracică evidenţiază accentuarea desenului vascular pulmonar. Razele X nu traversează lichidul la fel de uşor cum traversează aerul, astfel încât lichidul care a extravazat în plămâni este vizibil pe imaginea radiografică.

Cât de grav este edemul pulmonar?

Edemul pulmonar este o condiţie ameninţătoare de viaţă, care necesită spitalizare imediată şi tratament de urgenţă. Tratamentul tipic constă în suplimentarea aportului de oxigen. Dacă respiraţia este foarte dificilă, poate fi necesară intubaţia traheală şi asigurarea ventilaţiei mecanice temporare.

Tratament

Tratamentul obişnuit constă în administrarea de oxigen suplimentar. Dacă aveţi dificultăţi mari în respiraţie, poate fi necesară introducerea la nivelul traheii a unui tub care să asigure ventilaţia mecanică temporară.

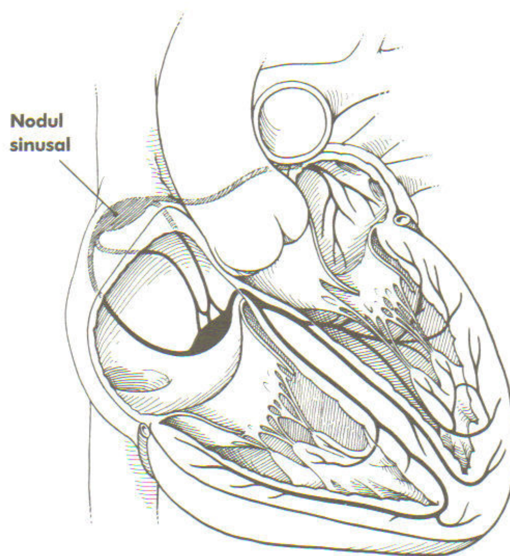
Tratament medicamentos

Se administrează uzual un diuretic pentru a favoriza resorbţia lichidului din plămâni. Sulfatul de morfină poate de asemenea să reducă congestia pulmonară. Dacă edemul pulmonar se datorează unei reduceri a forţei de pompă a inimii, pot fi administrate intravenos medicamente care cresc contractilitatea cardiacă. La pacienţii cu hipertensiune arterială medicul poate prescrie un vasodilatator intravenos, care determină relaxarea peretelui vascular şi reduce astfel presiunea sangvină.

Pulsul şi tulburările de ritm

Inima trebuie să pompeze continuu. Dacă procesul devine dezordonat sau întrerupt, este posibil ca inima să nu poată pompa volumul de sânge necesar pentru desfăşurarea activităţii tisulare normale.

Inima este alcătuită din patru camere – două superioare (atriile) şi două inferioare (ventriculii). În interiorul camerei d·epte superioare (atriul drept) se găseşte un grup de celule numit nodul



Nodul sinusal, localizat în atriul drept, se comportă ca pacemaker-ul inimii, controlându-i contracţiile prin generarea unui impuls nervos care se propagă prin căile electrice de-a lungul inimii.

sinusal. Nodul sinusal este pacemaker-ul cardiac natural, el producând impulsurile electrice care determină contracţiile muşchiului cardiac şi pomparea sângelui. Aceste contracţii sunt auzite sub forma unor bătăi.

Frecvenţa cu care inima pompează sângele variază în funcţie de nivelul activităţii la un moment dat.

În repaus, inima pompează mai încet, în ritm regulat, de aproximativ 60 – 80 de ori pe minut. În timpul alergării, urcării scărilor sau al altor eforturi, nodul sinusal eliberează stimuli electrici care determină creşterea ritmului cardiac pentru a furniza astfel muşchilor şi celorlalte ţesuturi un exces de sânge şi oxigen. În funcţie de vârstă şi nivelul de antrenament inima poate să bată de până la 200 de ori pe minut, dacă efortul depus este foarte intens.

Dacă se întâmplă ceva cu nodul sinusal, dereglându-se astfel ritmul normal al inimii, se pot produce numeroase dereglări de ritm cardiac. Un ritm cardiac prea rapid se numeşte tahicardie, iar un ritm prea lent se numeşte bradicardie.

Aritmiile

Semne şi simptome

- Adeseori asimptomatice
- Palpitaţii
- Bătăi cardiace accelerate
- Bătăi cardiace rare
- Durere toracică
- Dispnee
- Ameţeli
- Sincopă

Aritmia cardiacă, deseori denumită şi disritmie, reprezintă un ritm cardiac anormal. Inima bate neregulat, prea repede sau prea încet.

Impulsul electric trimis de nodul sinusal cardiac pentru a declanşa fiecare bătaie cardiacă se deplasează de-a lungul atriilor iar apoi circulă de-a lungul unei căi electrice situate între camerele superioare şi camerele inferioare ale inimii, cale denumită nodul atrio-ventricular (NAV).

Pe măsură ce semnalul circulă de-a lungul atriilor, acestea se contractă pompând sânge către ventriculi. O fracţiune de secundă mai târziu, pe măsură ce impulsul electric circulă de-a lungul nodului atrio-ventricular către ventriculi, ventriculii se contractă pompând sânge către plămâni şi către restul corpului.

Fiecare contracţie reprezintă o bătaie cardiacă. În repaus, inima bate de obicei de 60 – 100 de ori pe minut, acest lucru fiind decelabil în momentul în care o persoană îşi ia pulsul. Orice dereglare la nivelul sistemului de conducere poate determina un ritm cardiac anormal.

Aproape oricine şi-a simţit inima sărind o bătaie, bătând rapid sau pulsându-i în piept. Palpitaţiile cardiace ocazionale sunt obişnuite şi inofensive, în ciuda faptului că sunt şi ele considerate aritmii. Totuşi, mai mult de 4 milioane de americani, în principal adulţi vârstnici, percep aritmii cardiace recurente sau care determină apariţia unor simptome, aritmii care pot necesita tratament. Aritmiile cardiace recurente pot cauza palpitaţii cardiace dese, durere toracică şi vertij. Unele sunt asimptomatice, dar sunt detectate în timpul unui examen clinic general sau a unui examen cardiac.

Cauze

Aritmiile se pot produce fără nici un motiv sau pot fi cauzate de ceva care stimulează inima, precum stresul, tutunul, alcoolul, substanţele care inhibă apetitul sau medicamentele pentru răceală şi tuse care conţin cofeină sau alţi stimulanţi. Dacă cineva are o inimă sănătoasă, palpitaţiile cardiace ocazionale sunt rareori motiv de îngrijorare şi majoritatea nu necesită tratament medical. Dacă sunt deranjante, poate fi utilă eliminarea problemei prin limitarea sau evitarea cauzei care a determinat apariţia palpitaţiei.

Unii oameni sunt născuţi cu un scurtcircuit la nivelul inimii, scurtcircuit care poate deveni manifest după mai mulţi ani. În afara acestuia, inima este normală.

Mulţi factori pot afecta activitatea electrică a inimii şi sistemul de conducere, determinând astfel apariţia problemelor electrice. Afectarea arterelor coronare, hipertensiunea arterială şi insuficienţele valvulare cardiace pot slăbi miocardul afectându-i funcţia de pompă. Cu vârsta, se produce slăbirea naturală a inimii, fapt care poate conduce de asemenea la apariţia aritmiilor.

O aritmie se poate produce după un infarct datorită cicatricei care se formează şi care tulbură circulaţia impulsului electric de-a lungul inimii. Mai mult, anumite medicamente utile în tratamentul afecţiunilor cardiace pot produce aritmii ca efect secundar.

Alte probleme de sănătate nespecifice legate de inimă pot cauza de asemenea aritmii. Acestea pot include o glandă tiroidă hiperactivă sau un dezechilibru sangvin. Utilizarea anumitor droguri precum cocaina poate de asemenea să tulbure activitatea sistemului electric cardiac şi să producă aritmii potenţial fatale.

Tipuri

Aritmiile sunt împărţite pe categorii în funcţie de viteza cu care bate inima şi de ritm. Bradicardia se referă la un ritm cardiac redus. Tahicardia se referă la un ritm cardiac accelerat. Fibrilaţia se referă la bătăi cardiace rapide necoordonate.

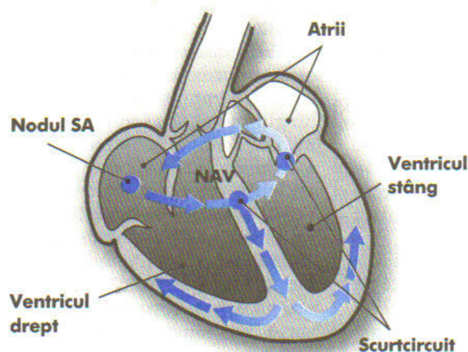
Aritmiile sunt de asemenea împărţite pe categorii în funcţie de locul unde apare problema electrică la nivelul inimii. Aritmiile cu originea la nivelul camerelor cardiace superioare (adică la nivelul atriilor) sunt denumite aritmii atriale sau supraventriculare. Acelea cu originea la nivelul camerelor inferioare ale inimii (la nivelul ventriculilor) şi au tendinţa să fie mai serioase.

Tipurile de aritmii includ:

- *Tahicardia supraventriculară* – acest tip de aritmie este caracterizată prin rafale de bătăi cardiace rapide cu originea la nivelul camerelor cardiace superioare. Aceste rafale debutează şi se sfârşesc brusc. Episoadele pot dura de la câteva secunde până la zile.

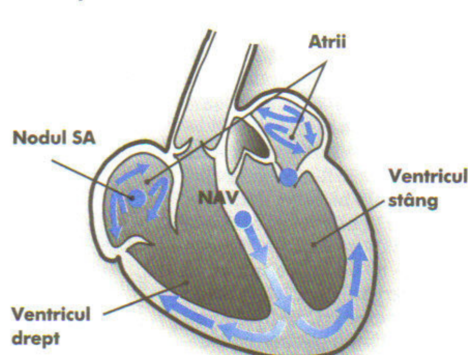
  O afecţiune denumită sindromul Wolff Parkinson White este o formă obişnuită de tahicardie supraventriculară, care tinde să aibă agregare familială. Sindromul Wolff Parkinson White se asociază cu o cale electrică adiţională care se dezvoltă între camerele superioare şi inferioare ale inimii. Această cale permite prea multor impulsuri electrice să ajungă de la nivelul atriilor la

Tahicardia supraventriculară



În unele tahicardii supraventriculare, un scurtcircuit oprește unele dintre semnalele electrice înainte ca acestea să ajungă la nivelul ventriculilor.

Fibrilaţia atrială



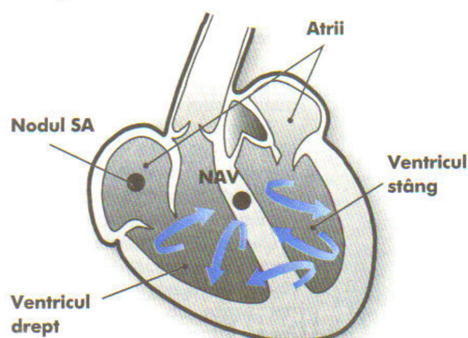
În fibrilaţia atrială, camerele superioare ale inimii (atriile) palpită datorită activităţii electrice haotice şi necoordonate

nivelul ventriculilor, astfel accelerând ritmul cardiac.

- *Flutterul atrial* – după cum arata şi numele, în acest caz camerele superioare ale inimii palpită, determinând apariţia unor bătăi rapide regulate, cu frecvenţa de până la 300 de bătăi pe minut. Unele dintre aceste bătăi se transmit şi la nivelul camerelor inferioare, determinând apariţia unui puls regulat cu frecvenţa de 100 – 150 de bătăi pe minut.
- *Fibrilaţia atrială* – aceasta este o aritmie frecventă care afectează mai ales adulţii vârstnici. În cazul fibrilaţiei atriale, camerele cardiace superioare se contractă foarte repede, cu o frecvenţă de 300 – 600 de ori pe minut şi haotic. Ventriculii se contractă de asemenea mai repede, apărând astfel un ritm cardiac rapid şi neregulat.
- *Tahicardia ventriculară* – în cazul acestui tip de aritmie semnalele electrice aberante care se produc la nivelul camerelor cardiace inferioare determină ventriculii să bată prea repede. Tahicardia ventriculară este aproape întotdeauna asociată cu boli cardiace sau cu infarct miocardic recent şi poate să evolueze către aritmii mult mai severe, cu este fibrilaţia ventriculară. Rareori această aritmie apare la nivelul unei inimi normale, caz în care prognosticul este mult mai bun.
- *Fibrilaţia ventriculară* – această aritmie este o urgenţă medicală. Semnale electrice haotice, cu originea la nivelul camerelor cardiace inferioare, fac ca inima să cedeze şi să nu mai pompeze. Datorită faptului că sângele nu mai ajunge la creier, majoritatea oamenilor îşi pierd cunoştinţa în câteva secunde şi necesită asistenţă medicală de urgenţă, de exemplu resuscitare cardiorespiratorie (CPR). Cu excepţia cazurilor în care inima porneşte din nou în urma unui şoc aplicat de către un dispozitiv denumit defibrilator, fibrilaţia ventriculară duce la moarte subită.
- *Sindromul de QT lung* – această boală este cauzată de un defect la nivelul ventriculilor. Se asociază cu un risc crescut de aritmii, aritmia cea mai frecvent produsă fiind fibrilaţia ventriculară. QT se referă la un aspect observat pe electrocardiogramă. Diferitele vârfuri şi depresiuni care apar pe ECG sunt denumite prin litere – P,Q,R,S,T. Intervalul QT reprezinta producerea impulsului electric, conducerea acestuia prin inimă şi repaosul ventriculilor în timpul fiecărei bătăi cardiace. Doctorul măsoară acest interval şi poate spune dacă durata lui este normală sau este prea lungă, determinând în acest caz apariţia bătăilor cardiace rapide.
- *Boala nodului sinusal* – dacă nodul sinusal cardiac nu declanşează impulsuri electrice în mod normal, ritmul cardiac descreşte sau încetineşte şi după aceea se accelerează. Boala nodului sinusal, care este frecventă la adulţii vârstnici, este considerată un tip de bradicardie. Această aritmie este adeseori însoţită de fibrilaţie atrială.
- *Blocul cardiac* – această aritmie se produce atunci când căile electrice care merg între camerele superioare şi camerele inferioare ale inimii sunt blocate, determinând încetinirea transmiterii impulsurilor electrice de-a lungul inimii. Consecinţa este un ritm cardiac încetinit (bradicardie).

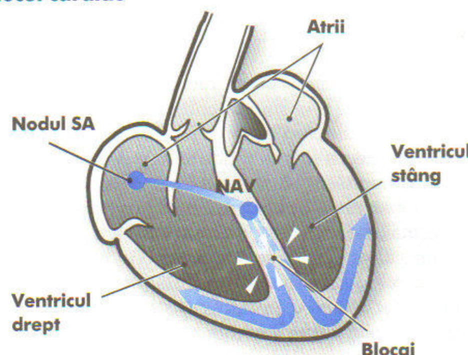
Palpitaţiile cardiace minore (prin aceasta înţelegându-se acea senzaţie că inima a sărit o bătaie) sunt cunoscute ca şi contracţii atriale premature sau contracţii ventriculare premature. În realitate inima nu sare o bătaie. În loc de aceasta, o extrabătaie se produce mai curând decât normal. Contracţiile atriale premature şi contracţiile ventriculare premature rareori se datorează unei probleme serioase şi rareori pot conduce la apariţia unei afecţiuni cardiace grave. De cele mai multe ori sunt produse de ceva care vă stimulează inima, precum stresul, tutunul, alcoolul, cofeina, inhibitorii apetitului, medicamentele luate pentru răceală şi tuse (acestea conţinând cofeină sau alţi stimulanţi). O glandă tiroidă hiperactivă poate uneori să cauzeze bătăi cardiace premature. Rareori contracţiile atriale premature şi contracţiile ventriculare premature pot indica

Fibrilaţia ventriculară



Fibrilaţia ventriculară este asociată cu activitate haotică a ventriculilor, care necesită tratament imediat.

Blocul cardiac



Frecvenţa cardiacă redusă poate fi datorată unor defecte ale sistemului de conducere intracardiac, care împiedică impulsul electric să ajungă la ventriculi. Acesta se numeşte bloc cardiac.

existenţa unei boli cardiace structurale grave.

Diagnosticul

Medicul poate utiliza mai multe metode pentru a diagnostica aritmiile. O electrocardiogramă este adeseori pasul esenţial pentru stabilirea diagnosticului. Alte metode mai sunt:

Monitorizarea Holter

Un dispozitiv Holter este o versiune portabilă de ECG continuu. Este în mod deosebit folositor pentru diagnosticul tulburărilor de ritm cardiac care apar la momente variabile, neputând fi astfel prezise. Dispozitivul de monitorizare se poartă pe sub haine. El înregistrează informaţii importante despre activitatea electrică a inimii dumneavoastră în timp ce vă desfăşuraţi activităţile zilnice normale timp de o zi sau două.

Monitorul de evenimente

Pentru aritmiile care se produc sporadic medicul vă poate ruga să purtaţi un dispozitiv portabil denumit monitor de evenimente. Sunt două tipuri de astfel de dispozitive. Un tip, denumit înregistrator cu buclă, este ca un monitor Holter numai că trebuie purtat o perioadă mai mare de timp. În momentul în care simţiţi simptomele unei aritmii, apăsaţi un buton de la nivelul dispozitivului, care în acel moment va începe să înregistreze ritmul inimii dumneavoastră.

Celălalt tip de monitor de evenimente are formă de carte de credit şi este un dispozitiv pe care îl plasaţi pe piele deasupra inimii dumneavoastră de fiecare dată când simţiţi prezenţa simptomelor. Dispozitivul vă va înregistra ritmul cardiac. Ambele dispozitive îl ajută pe medic să determine dacă ritmuri cardiace anormale sunt cauza simptomelor pe care le aveţi.

Testul cardiac de stres

Inima bate în mod normal mai repede în timpul efortului fizic sau al emoţiilor, aceşti factori putând declanşa o aritmie. Testele de stres, care există în multe variante, sunt utilizate pentru a ajuta la identificarea aritmiilor declanşate de efort. În cazul unui tip de test de stres puteţi fi rugat să mergeţi pe o bandă rulantă în timp ce sunteţi conectat la un aparat de ECG. În alt tip de test puteţi fi conectat la un ECG şi apoi vi se va da un medicament care vă stimulează inima să bată mai repede, într-o manieră asemănătoare cu exerciţiul (vezi pag. 752).

Testele electrofiziologice

În cadrul unei proceduri denumită testare electrofiziologică electrozii sunt ataşaţi unui tub lung şi subţire denumit cateter şi sunt introduşi într-o venă situată la mână sau la picior până la nivelul inimii. O dată ajunşi în inimă, electrozii pot monitoriza răspândirea impulsurilor electrice în inimă. Aceşti electrozi pot de asemenea să genereze ei înşişi impulsuri şi să observe cum reacţionează inima dumneavoastră la acestea.

Acest tip de testare este util pentru a determina ce tip de aritmie aţi putea avea şi la ce nivel se produce afecţiunea în inimă. În timpul procedurii multe aritmii pot fi tratate prin ablaţie cu radiofrecvenţă prin cateterism, această procedură distrugând celulele cardiace responsabile de producerea semnalelor electrice aberante care determină apariţia aritmiei (vezi pag. 771).

Masa înclinată

Examenul cu masa înclinată este o modalitate de testare pentru depistarea altor cauze de sincopă care ar putea să mimeze aritmiile. Vă sunt monitorizate ritmul cardiac şi tensiunea arterială atunci când staţi întins pe o masă. Masa este apoi înclinată. Modificarea unghiului produce un stres pentru acea parte a sistemului nervos al dumneavoastră care reglează ritmul cardiac şi presiunea sangvină. Doctorii pot observa modul în care inima răspunde la modificarea unghiului, situaţia fiind asemănătoare cu cea în care treceţi de la poziţia întins pe spate la poziţia de stând în picioare.

Cât de grave sunt aritmiile?

Multe aritmii rareori determină apariţia complicaţiilor. Totuşi, unele pot fi grave, mai ales dacă nu sunt tratate. O inimă care nu bate normal poate fi incapabilă să pompeze sânge în mod eficient.

Sindromul de nod sinusal bolnav

Funcția nodului sinusal este să regleze bătăile cardiace. Uneori nodul sinusal nu reușește să-și îndeplinească în mod adecvat rolul său de pacemaker. Când acest lucru se întâmplă boala este denumită sindromul de nod sinusal bolnav. În cadrul acestei boli, nodul sinusal inițiază bătăile cardiace prea rar și face pauze prea lungi între bătăi sau chiar încetează să mai producă impulsuri electrice.

Dacă încetează să mai genereze bătăi cardiace, o altă parte a inimii trebuie să preia conducerea și să funcționeze ca pacemaker, însă acest pacemaker secundar generează un ritm cardiac cu mult sub normal. Pentru a complica și mai mult situația, nodul sinusal bolnav poate avea din când în când tendința să bată prea repede iar ocazional poate bate neregulat (cum se întâmplă de exemplu în fibrilația atrială). Astfel, simptomele acestui sindrom pot fi asociate cu bătăi cardiace prea lente (în acest caz simptomele fiind oboseală, vertij, leșin) care alternează cu simptome cauzate de bătăi cardiace prea rapide (precum palpitațiile). Atât ritmul lent cât și ritmul rapid pot cauza dispnee, vertij și oboseală.

Terapia pentru sindromul de nod sinusal bolnav poate fi complexă, deoarece afecțiunea poate avea atât componente lente cât și componente rapide. Pot fi administrate medicamente pentru a încetini bătăile cardiace rapide. În plus, poate fi necesar un pacemaker pentru a preveni bătăile cardiace prea rare. Administrarea medicației fără pacemaker poate încetini inima chiar mai mult decât este aceasta încetinită în cadrul bolii și poate înrăutăți simptomele.

Dacă fluxul sangvin la nivel cerebral este insuficient, puteți să leșinați. O inimă care bate foarte repede pentru o perioadă lungă de timp poate deveni slăbită, lucru ce poate conduce la apariția insuficienței cardiace congestive.

Anumite aritmii, precum fibrilația atrială, pot determina formarea unor cheaguri sangvine de dimensiuni reduse la nivelul camerelor cardiace.

Dacă unul sau mai multe cheaguri devin libere și sunt transportate de către fluxul sangvin la nivel cerebral, pot cauza un accident vascular. Riscul dumneavoastră de a face accident vascular cerebral depinde de vârsta pe care o aveți, de tipul de aritmie și de existența altor factori de risc cardiovascular pentru accidentul vascular cerebral, cum ar fi de exemplu hipertensiunea arterială.

Aritmiile ventriculare pot fi fatale la oamenii cu boală cardiacă structurală, de exemplu în cazul unui mușchi cardiac slăbit în urma unui infarct în antecedente.

Pacemakerele cardiace artificiale

Dacă inima dumneavoastră nu este capabilă să mențină un ritm suficient de rapid sau dacă se oprește din când în când, soluția poate fi un pacemaker artificial. Acesta poate fi un tratament pe termen scurt sau o soluție permanentă. Simptomele care pot sugera o problemă care necesită pacemaker includ – pierderi tranzitorii ale cunoștinței, stări aproape de leșin, dispnee (mai ales în timpul activității fizice) și fatigabilitate.

Un ritm cardiac prea lent sau pauze în activitatea cardiacă pot să apară asociate cu multe tipuri de boli cardiace sau chiar în cazul în care inima este în aparență normală. Un pacemaker artificial este un dispozitiv electric care face inima să bată prin generarea unor impulsuri electrice seriate. El înlocuiește funcția sistemului de control al inimii dumneavoastră, adică funcția nodului sinusal și a sistemului de conducere. Un pacemaker implantat simulează impulsurile electrice ale unei inimi sănătoase și restaurează bătăile cardiace la un ritm suficient de rapid. Din când în când inima poate să bată suficient de repede ea însăși – când acest lucru se întâmplă pacemaker-ul trece automat în modul standby (repaus), încetându-și funcționarea.

Echipament

Pacemaker-ul în sine este mic, cântărind 45 g și este alimentat de o baterie cu litiu care durează până la 10 ani. Alte modele care sunt utilizate pentru o perioadă scurtă de timp nu sunt implantate, ci în schimb sunt purtate în afara corpului, fiind pacemakere externe.

Procedură

Pacemaker-ul este de obicei implantat sub piele, chiar sub claviculă. Dispozitivul este conectat la unul sau două fire flexibile izolate. Aceste sunt ghidate până la nivelul inimii drepte pe calea unei vene mari care se găsește sub claviculă. La acest nivel un electrod descarcă impulsuri chiar sub suprafața cardiacă internă, pentru a stimula contracțiile cardiace atunci când ritmul cardiac descrește.

Aplicații

Un pacemaker artificial nu este o soluție pentru toate problemele cardiace, dar poate fi utilizat pentru a trata o multitudine de disfuncții cardiace. Este cel mai util atunci când este utilizat pentru a controla sau preveni aritmiile cardiace lente ale ventriculilor. Multe pacemakere sunt proiectate pentru a crește ritmul cardiac automat în timpul activității sau al stresului, exact ca în cazul unei inimi normale.

Pacemakerele cu două fire au un fir localizat la nivelul camerei cardiace drepte superioare (în atriul drept) și celălalt fir localizat la nivelul camerei cardiace drepte inferioare (în ventriculul drept) sunt denumite dispozitive pentru două camere. Ele fac în așa fel încât inima se va contracta într-o secvență normală. Când medicamentele nu sunt eficiente, unele dispozitive specializate pot trata aritmii rapide. Unele pacemakere au trei fire și sunt utilizate în special pentru a trata insuficiența cardiacă.

Viața cu un pacemaker

Pacemakerele moderne pot fi afectate de interferențele electrice exterioare în unele circumstanțe. Dacă aveți un pacemaker, discutați cu medicul înainte de a suda sau de

În cazul oamenilor cu inimi sănătoase, aritmiile amenințătoare de viață sunt foarte rare. În general aritmiile sunt mai grave dacă aveți alte boli cardiace.

Tratament

Odată ce o aritmie a fost diagnosticată, doctorul va încerca să determine despre ce tip de aritmie este vorba și la ce nivel în inimă se produc tulburările de ritm.

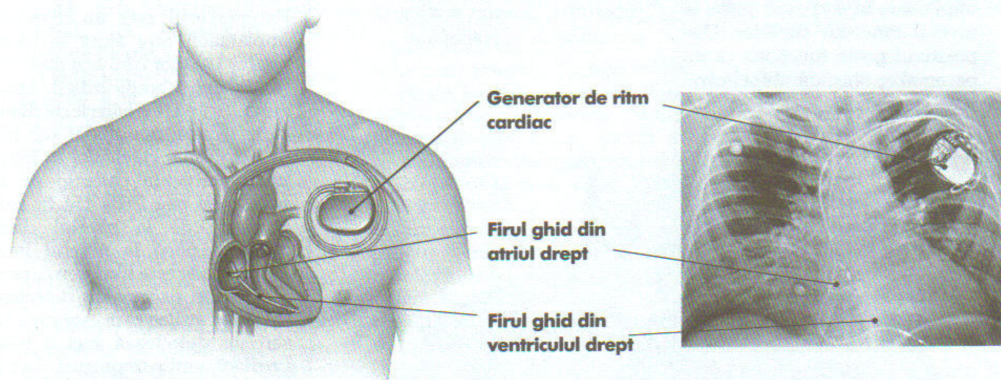
Unele aritmii nu necesită tratament. Totuși, dacă o aritmie cauzează simptome sau poate fi un factor de risc pentru apariția unor aritmii mai severe, tratamentul este de obicei necesar.

Sunt mai multe tratamente pentru aritmii. Acestea includ medicamentele, dispozitivele implantabile, defibrilatoarele externe, tehnicile de cateterism și chirurgia.

Tratament medicamentos

Sunt utilizate mai multe tipuri de medicamente pentru a trata aritmiile. Doctorul vă poate prescrie unul sau mai multe din următoarele medicamente, denumite medicamente antiaritmice. Ele sunt de obicei luate în fiecare zi pentru tot restul vieții.

- *Digitala* încetinește transmisia impulsurilor electrice la nivelul inimii, reducând un ritm cardiac rapid. Este de asemenea utilizată pentru a crește eficiența de pompă a inimii.
- *Blocanții canalelor de calciu* scad frecvența și forța contracțiilor cardiace, reducând probabilitatea de apariție a anumitor tipuri de aritmii. La fel ca digitala, și ele încetinesc conducerea impulsului electric la nivel cardiac. Două blocante de calciu prescrise frecvent sunt diltiazemul (Cardizem, Dilacor) și verapamilul (Calan, Isoptin).
- *Beta-blocantele* încetinesc viteza cu care impulsul electric circulă de la nivelul nodului sinusal către restul inimii, reducând probabilitatea de apariție a anumitor tipuri de aritmii. Aceste medicamente blochează efectul stimulator al hormonului adrenalină (epinefrină) asupra inimii. Dintre beta-blocantele prescrise uzual sunt carvedilolul (Coreg), metoprololul (Lopressor, Toprol), nadolol (Corgard) și propranolol (Inderal).
- *Adenozina* încetinește conducerea la nivelul nodului atrio-ventricular și este utilizat pentru a stopa tahicardiile atriale paroxistice. Se administrează intravenos.
- *Anticoagulantele.* În cazul persoanelor cu fibrilație atrială, un anticoagulant precum Warfarina (Coumadin) sau aspirina pot fi administrate pentru a reduce riscul formării cheagurilor



Dacă ritmul intrinsec al inimii dumneavoastră nu reușește să asigure un ritm corespunzător, un pacemaker artificial poate fi introdus pe cale chirurgicală. Dispozitivul alimentat cu o baterie este introdus sub pielea toracelui. Fire ghid flexibile sunt introduse în partea dreaptă a inimii pentru a emite impulsuri electrice.

a desfășura diferite manevra asupra unei mașini cu motorul în funcțiune, deoarece câmpurile electromagnetice pot interfera cu funcția pacemakerului dumneavoastră. Deși telefoanele celulare rareori cauzează probleme, cel mai bine ar fi în cazul în care utilizați un astfel de dispozitiv să îl țineți la nivelul urechii aflate mai departe de pacemaker și să nu îl purtați în buzunar deasupra pacemakerului dumneavoastră. În plus, evitați câmpurile electromagnetice de felul acelora găsite lângă liniile electrice de voltaj înalt sau lângă centralele electrice. Nu rămâneți mult timp în preajma ușilor dotate cu dispozitive electromagnetice antifurt sau cu dispozitive de supraveghere.

Pacemakerele pot de asemenea să pună probleme în timpul rezonanței magnetice nucleare sau în timpul unei operații în care este utilizat electrocauterul pentru a controla sângerarea. Dacă este necesar să treceți prin vreuna din aceste proceduri, fiți sigur că îi comunicați medicului faptul că aveți un pacemaker. Evitați loviturile puternice asupra pacemaker-ului, cum sunt de exemplu loviturile pe care le puteți primi atunci când jucați fotbal sau atunci când trageți cu o arma sprijinită la nivelul umărului de partea cu pacemakerul. Pacemakerele moderne nu sunt afectate de microunde.

Defibrilatorul intern

Fibrilaţia ventriculară este o tulburare de ritm ameninţătoare de viaţă. Din nefericire, oamenii care au fibrilaţie ventriculară sunt expuşi riscului recurenţei acesteia. În plus, pacienţii cu tahicardie ventriculară pot avea simptome serioase, cum sunt pierderea cunoştinţei. Mai mult, tahicardia ventriculară se poate agrava şi să progreseze către mult mai periculoasa fibrilaţie ventriculară.

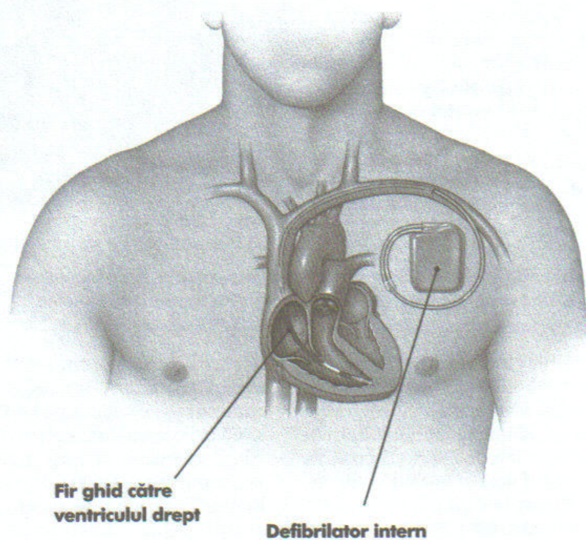
Pentru că nici un tratament medicamentos nu este 100% eficient pentru prevenirea sau tratamentul recurenţelor, măsuri speciale sunt adeseori necesare. Defibrilatorul intern este utilizat din ce în ce mai mult pentru a trata aceste afecţiuni.

Ca şi pacemakerele, defibrilatoarele interne sunt dispozitive alimentate cu baterii care sunt implantate în corp, sub piele, la nivelul toracelui superior. Dispozitivul poate funcţiona ca un pacemaker obişnuit atunci când este necesar.

Electrozi situaţi la nivelul inimii sunt conectaţi cu dispozitivul prin intermediul unor fire. Defibrilatorul intern monitorizează continuu ritmul cardiac şi acţionează astfel încât să convertească un ritm cardiac anormal la un ritm normal.

Unele dintre aceste dispozitive pot detecta momentul în care se produce tahicardia ventriculară şi pot încerca să corecteze ritmul cu ajutorul unui curent electric de mică intensitate. Dacă mai multe încercări de acest gen sunt fără rezultat sau dacă fibrilaţia ventriculară se instalează, atunci defibrilatorul intern administrează inimii un şoc electric.

Şocul poate fi diferit pentru fiecare persoană în fiecare caz. El poate fi perceput ca o lovitură de picior la nivelul pieptului sau ca o lovitură cu un corp dur la nivelul pieptului. Medicul vă va prezenta indicaţiile pentru această procedură, precum şi riscurile şi complicaţiile ei potenţiale.



Defibrilatoarele interne pot atât să genereze un ritm cardiac, cât şi să emită şocuri pentru tratamentul fibrilaţiei ventriculare sau al tahicardiei ventriculare.

sangvine şi producerii accidentului vascular cerebral.

- *Alte medicamente* – medicamentele care pot încetini un ritm cardiac rapid şi pot să normalizeze ritmurile cardiace neregulate (precum ritmurile prezente în cadrul fibrilaţiei atriale) includ chinidina (Quinidex), disopiramida (Norpace), propafenona (Rythmol), sotalolul (Betapace), amiodarona (Cordarone, Pacerone) şi dofetilida (Tikosyn). Alegerea medicamentului depinde de obicei de tipul aritmiei.

Medicamentele antiaritmice pot provoca efecte secundare. Uneori ele pot chiar să înrăutăţească aritmiile, astfel încât utilizarea lor trebuie să fie monitorizată îndeaproape. Pentru a testa eficienţa medicamentelor şi siguranţa lor, doctorul trebuie să vă administreze medicamentul în timp ce sunteţi conectat la un monitor sau ocazional în timpul unei testări electrofiziologice.

Pacemaker-ul

Pacemakerul este un dispozitiv implantabil care ajută la regularizarea bătăilor cardiace prea lente (tratamentul bradicardiei). Dispozitivul, care are o baterie de dimensiuni reduse, este plasat sub piele în apropierea claviculei în timpul unei intervenţii chirurgicale minore (vezi pag. 768). Un fir izolat porneşte de la nivelul dispozitivului până la nivelul inimii drepte unde este fixat permanent.

Dacă un pacemaker detectează un ritm cardiac care este prea lent sau nu detectează nici o bătaie cardiacă, emite impulsuri electrice care vă stimulează inima şi determină accelerarea ritmului cardiac sau repornirea inimii dacă aceasta se oprise. Majoritatea pacemakerelor au un senzor care le opreşte dacă ritmul cardiac este mai mare decât un anumit prag. Ele pornesc din atunci când ritmul cardiac scade prea mult.

Defibrilatoarele implantabile

Un defibrilator implantabil intern este un dispozitiv utilizat pentru a trata tahicardiile ventriculare sau fibrilaţia ventriculară. Dispozitivul este mic, are o baterie şi este implantat sub piele, de obicei în apropierea claviculei stângi. Unul, două sau trei fire subţiri pleacă de

la nivelul dispozitivului şi merg de-a lungul venelor către camerele inimii drepte.

Dispozitivul emite un şoc electric către inimă atunci când simte un ritm accelerat sau haotic. Şocul restabileşte ritmul cardiac normal. Dispozitivul poate de asemenea funcţiona ca pacemaker corectând un ritm cardiac prea lent atunci când este cazul. În plus, poate să furnizeze un ritm rapid pentru a trata anumite tahicardii.

Defibrilatorul extern automat

Un defibrilator automat extern face acelaşi lucru ca un defibrilator intern, singura diferenţă fiind că cel dintâi este situat în exteriorul corpului. Defibrilatoarele automate externe sunt utilizate în principal de către echipele de răspuns la urgenţe şi în spitale pentru a administra un şoc inimii în cazul fibrilaţiei ventriculare, convertind astfel inima la un ritm normal. Dispozitivul, care are dimensiuni aproximativ cât un laptop, trimite un şoc electric de-a lungul peretelui toracic către inimă prin intermediul unor padele de dimensiuni mici aplicate pe piept.

Defibrilatoarele automatice externe sunt plasate şi în multe locuri publice, de exemplu cazinouri, stadioane, aeroporturi, în avioane, supermarket-uri şi în cluburile de sănătate, astfel încât în cazul unor situaţii de urgenţă oamenii să nu fie nevoiţi să aştepte ajutorul medical profesional pentru a primi asistenţă salvatoare. Dispozitivele furnizează instrucţiuni de folosire pe cale auditivă şi pot să determine automat dacă este prezent un ritm cardiac anormal care necesită şoc.

Persoanele care sunt tratate cu defibrilator automatic extern pot necesita ulterior implantarea unui defibrilator intern pentru a preveni recurenţa ritmurilor ameninţătoare de viaţă.

Ablaţia cu radiofrecvenţă prin cateterism

Ablaţia cu radiofrecvenţă prin cateterism este tratamentul de elecţie pentru multe tipuri de aritmii, incluzând majoritatea tahicardiilor supraventriculare. În ablaţia prin cateterism, un doctor ghidează un tub subţire şi lung denumit cateter de-a lungul unei vene situate la nivelul membrului superior sau al membrului inferior către inimă. Cateterul este apoi poziţionat la nivelul zonei cardiace responsabile pentru declanşarea aritmiilor. Electrozii din vârful cateterului emit un puls energetic de radiofrecvenţă, asemănător cu căldura provocată de microunde. Acest puls distruge celulele musculare cardiace responsabile de producerea aritmiei.

Ablaţia cu radiofrecvenţă prin cateterism poate fi eficientă pentru multe aritmii şi are un risc scăzut de complicaţii. Cauzează un disconfort redus sau chiar nici un disconfort şi poate fi în mod obişnuit realizată sub sedare uşoară cu anestezie locală. Majoritatea oamenilor îşi reiau activităţile normale la câteva zile după procedură.

Tratament chirurgical

Când o aritmie nu poate fi controlată prin alte tratamente, medicii pot interveni chirurgical pentru a îndepărta sau pentru a distruge ţesutul cardiac care cauzează aritmia. De exemplu, ritmuri precum tahicardia ventriculară îşi au originea într-o anumită zonă a muşchiului cardiac, zonă care poate fi îndepărtată chirurgical.

La unii oameni cu fibrilaţie atrială chirurgia haotică este eficientă. În cadrul acestei proceduri un chirurg realizează mai multe incizii la nivelul camerei stângi superioare a inimii (adică la nivel atrial). Micile incizii creează o cale (labirint) pentru circulaţia impulsurilor de-a lungul camerelor superioare ale inimii, ajutând la îndepărtarea fibrilaţiei atriale. Coridoarele care rămân sunt prea înguste pentru fibrilaţie, forţând semnalele electrice să urmeze un tipar obişnuit. Chirurgia cardiacă poate fi de asemenea utilizată pentru a trata boli cardiace subiacente (precum blocajul arterelor coronare) care contribuie la apariţia aritmiilor.

Bolile sistemului de conducere

Semne şi simptome

- Adeseori nu există semne şi simptome
- Dispnee sau senzaţie de epuizare

Semne şi simptome de urgenţă

- Dispnee extremă şi slăbiciune
- Pierderea cunoştinţei, convulsii

Ritmul inimii este controlat de impulsuri electrice generate de către nodul sinusal, situat la nivelul atriului drept. Aceste celule pacemaker produc impulsuri electrice care traversează ambele atrii, determinând contracţia pereţilor musculari ai acestora. Impulsurile electrice circulă de la nivelul atriilor către ventriculi printr-un mănunchi mic de ţesut specializat denumit nodul atrioventricular, către o bandă de fibre specializate (fasciculul His) care conduce impulsurile către fibrele musculare ale ventriculilor. Aceste fibre musculare stimulate se vor contracta.

În boala sistemului de conducere (blocul cardiac) impulsul electric traversează nodul atrioventricular şi fasciculul His încet, intermitent sau deloc. Această situaţie poate fi cauzată de mai mulţi factori:

- existenţa unor cicatrice în calea fibrelor specializate în conducere;
- boala arterelor coronare (inclusiv infarctul);
- boală cardiacă congenitală;
- anumite medicamente (inclusiv digitala, beta-blocantele şi blocanţii canalelor de calciu);
- infecţiile, cum sunt boala Lyme şi mononucleoza.

Diagnostic

Mulţi oameni cu bloc cardiac nu au simptome evidente. În cazurile severe poate fi resimţită o pierdere bruscă a cunoştinţei datorită încetinirii dramatice a ritmului cardiac.

Blocurile cardiace sunt clasificate pe grade. Blocul cardiac de gradul întâi nu cauzează nici un simptom (este asimptomatic) şi este evident numai pe electrocardiogramă sub forma unei întârzieri de transmitere a impulsului electric de la nivelul atriilor către ventriculi. Nu necesită tratament.

În blocul cardiac de gradul doi, unele impulsuri nu ajung la nivelul ventriculilor, rezultatul fiind un puls neregulat. În multe cazuri blocul cardiac de gradul doi este rezultatul administrării excesive a unor medicamente şi de multe ori ritmul cardiac revine la normal în momentul în care aceste medicamente nu mai sunt administrate. În unele cazuri poate fi necesară utilizarea unui pacemaker.

În blocul cardiac de gradul trei, nici un impuls nu ajunge la nivelul ventriculilor şi aceştia sunt forţaţi să bată în ritmul lor intrinsec.

Sincopele

O sincopă poate fi înfricoşătoare. Totuşi, adeseori nu este nici un motiv pentru a intra în panică.

O sincopă este un simptom, nu o boală. Când leşinaţi înseamnă că creierul dumneavoastră nu primeşte suficient oxigen pentru a funcţiona corespunzător. Semnele unei sincope iminente pot include greaţă, transpiraţie sau întunecarea vederii. Semnul cheie totuşi este pierderea cunoştinţei.

Care sunt cauzele?

Sincopa este clasificată în general în trei mari categorii:

- *vasodepresivă* – este datorată unui dezechilibru intern temporar la nivelul sistemului nervos (autonom);
- *cardiacă* – este produsă de o problemă electrică sau mecanică a inimii;
- *neurologică* – este determinată de o convulsie sau, mai puţin obişnuit, de un accident vascular cerebral.

În cazul indivizilor sănătoşi, majoritatea sincopelor sunt inofensive şi se datorează adeseori unui dezechilibru autonom temporar, cauzat de exemplu de trecerea prea rapidă de la poziţia stând pe scaun sau întins în pat la poziţii stând în picioare. Sincopele pot fi declanşate de asemenea de vederea sângelui şi de greaţă. În cazul persoanelor cu boală cardiovasculară, cauza poate fi mai gravă şi ar trebui evaluată de un doctor.

Care sunt riscurile?

Odată ce sunteţi întins, fluxul sangvin este rapid reluat şi de obicei vă veţi redobândi cunoştinţa. Redobândirea rapidă a conştienţei după sincopă înseamnă că nu s-a produs nici o afectare cerebrală (sau s-a produs numai o afectare redusă) care ar putea fi cauzată de aportul redus de oxigen. De fapt, cel mai serios risc al sincopei este dat de căderea însăşi. Se pot produce fracturi sau răni la nivelul capului.

Ce ar trebui să faceţi?

Dacă aveţi o sincopă care nu are o cauză aparentă, cum ar fi căldura extremă sau modificarea bruscă a poziţiei din poziţia întins în poziţia în picioare, consultaţi doctorul. Acesta poate efectua câteva analize pentru a încerca să determine o cauză şi să trateze boala corespunzător.

Bătăile cardiace în cazul acestui ritm intrinsec sunt adeseori atât de lente încât fluxul sangvin la nivelul creierului şi la nivelul altor părţi ale corpului este insuficient. Se poate produce pierderea cunoştinţei.

Tratament

Blocul cardiac de gradul întâi şi multe forme de bloc cardiac de gradul doi nu sunt boli grave. Ţinerea sub observaţie a pacientului sau încetarea tratamentului cauzator (sau doar reducerea dozei acestuia) poate fi tot tratamentul care este necesar. Când inima nu mai poate să bată singură, un pacemaker cardiac artificial este necesar (vezi pag. 768).

Moartea cardiacă subită

Semne şi simptome

- Pierderea rapidă a cunoştinţei fără o cauză aparentă
- Absenţa pulsului

Aproximativ 70-80% dintre oamenii care suferă un episod de moarte subită cardiacă au afectare semnificativă a arterelor coronare chiar dacă sunt asimptomatici. Reducerea factorilor de risc pentru boala arterelor coronare vă reduce riscul de a face moarte subită cardiacă.

Ventriculii sunt cele două camere inferioare ale inimii şi sunt principalii responsabili pentru pomparea de sânge către toate părţile corpului. Când sistemul de control al inimii funcţionează necorespunzător şi face ca ventriculii să se contracte foarte repede şi ineficient, fluxul sangvin este oprit şi moartea subită cardiacă se poate produce. Boala arterelor coronare este cea mai frecventă cauză. În unele cazuri, cauza nu poate fi determinată.

Când fibrilaţia ventriculară se produce într-un spital iar tratamentul potrivit şi rapid este disponibil, această tulburare de ritm poate uneori fi corectată. Totuşi, în majoritatea cazurilor de moarte subită cardiacă, evenimentul se produce în afara razei de acordare imediată a îngrijirilor corespunzătoare, iar persoana moare înainte ca tratamentul să-i poată fi administrat.

Tratament

Dacă inima nu mai funcţionează, resuscitarea cardio-pulmonară (CPR) este necesară pentru a menţine un grad de oxigenare a sângelui şi un flux sangvin către creier.

CPR restaurează circulaţia temporar, dar un şoc electric administrat inimii este necesar pentru ca aceasta să-şi reia bătăile spontane. Un defibrilator este utilizat pentru a administra un şoc inimii, oprind fibrilaţia ventriculară şi permiţând reluarea ritmului cardiac normal. După resuscitare medicamentele antiaritmice pot fi utilizate pentru a preveni episoadele recurente.

Majoritatea indivizilor care supravieţuiesc primesc un defibrilator implantabil (vezi pag. 770) care monitorizează ritmul cardiac. Dacă acesta detectează tahicardia ventriculară sau fibrilaţia ventriculară, va administra un şoc pentru a termina aritmia.

Prevenire

Pe măsură ce doctorii învaţă mai multe despre cauzele morţii subite cardiace, se pare că unii oameni cu risc înalt pentru această boală pot fi identificaţi.

Aceştia sunt indivizii care au avut deja un infarct, cei la care muşchiul cardiac este slăbit şi unii indivizi cu boli ereditare specifice. Aceşti indivizi pot fi trataţi cu un defibrilator înainte să se producă aritmii ameninţătoare de viaţă.

Deoarece multe cazuri de fibrilaţie ventriculară se datorează bolii arterelor coronare, unul dintre cei mai importanţi paşi către prevenţie este să vă îngrijiţi inima. Lăsaţi-vă de fumat, slăbiţi dacă sunteţi supraponderal, rămâneţi activ din punct de vedere fizic şi limitaţi-vă aportul alimentar de grăsimi şi colesterol.

Bolile valvelor cardiace

Inima umană este alcătuită din patru camere şi patru valve. Două dintre valve, valvele mitrală şi tricuspidă, reglează fluxul sangvin între camerele superioare (atrii) şi camerele inferioare (ventriculi). Celelalte două valve – valva aortică şi valva pulmonară – reglează fluxul sangvin către exteriorul ventriculilor, către plămâni şi restul corpului.

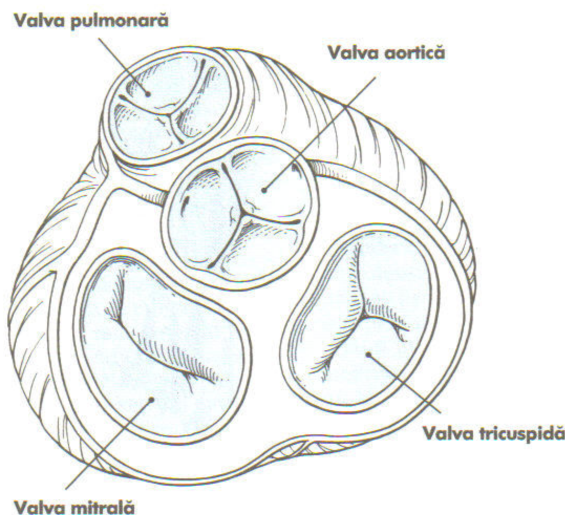
Valva mitrală conectează atriul stâng cu ventriculul stâng. Valva aortică, care este şi ea pe stânga, se deschide pentru a permite sângelui să circule de la inimă (de la ventriculul stâng) către artera principală a corpului (aorta).

Pe dreapta, valva tricuspidă reglează fluxul sangvin între atriul şi ventriculul drept, iar valva pulmonară permite sângelui să părăsească ventriculul drept al inimii mergând către plămâni pe calea arterei pulmonare (vezi ilustraţia color de la pag. 409).

Valvele permit sângelui să curgă numai într-o singură direcţie. Fiecare valvă este alcătuită din două sau trei foiţe subţiri şi puternice, sub forma unor frunzuliţe. Când este închisă, o valvă împiedică sângele să curgă în camera următoare sau să se întoarcă în camera de unde a venit.

Când deschiderea valvei devine îngustă şi fluxul sangvin prin ea este limitat, situaţia care apare este denumită stenoză. Fiecare dintre valvele cardiace poate fi sediul unei stenoze (obstrucţii). În plus, o valvă îşi poate pierde forma şi poate începe să prolabeze sau să nu se închidă complet (să aibă scurgeri), determinând curgerea inversă a sângelui (regurgitaţie).

Problemele valvulare pot să apară ca rezultat al infecţiei, al anomaliilor congenitale, al infarctului, a bolii muşchiului cardiac sau datorită deteriorării cardiace datorată vârstei.



Fiecare valvă a inimii este alcătuită din două sau trei foiţe (cuspide) de ţesut. Când sunt închise, valvele împiedică sângele să curgă camera următoare sau să se întoarcă în camera anterioară. Atunci când sunt deschise, sângele curge liber.

Tulburări ale valvei mitrale

Semne şi simptome

- Adeseori nu există
- Dispnee, în special după efort fizic
- Oboseală
- Accese frecvente de bronşită
- Disconfort toracic sau palpitaţii

La nivelul inimii stângi, valva mitrală conectează camera superioară (atriul) cu camera inferioară (ventriculul). Când deschiderea valvei mitrale devine îngustată şi trecerea sângelui prin ea este împiedicată, boala este denumită stenoză mitrală. Când valva mitrală nu se închide cum trebuie şi sângele se scurge înapoi din ventricul în atriu, boala este denumită regurgitaţie mitrală sau insuficienţă mitrală.

Stenoza mitrală

Când valva mitrală se îngustează şi fluxul sangvin este împiedicat, se acumulează prea mult sânge în atriul stâng. Presiunea creşte în atriul stâng şi acesta se poate mări. Sângele poate să se acumuleze în plămâni, ducând la apariţia congestiei pulmonare (edemul pulmonar). Stenoza mitrală duce frecvent la o tulburare a ritmului cardiac denumită fibrilaţie atrială.

Stenoza mitrală se datorează aproape întotdeauna reumatismului articular acut, o complicaţie a infecţiilor streptococice la nivelul gâtului. Unii copii se nasc cu valvă mitrală gata îngustată şi în cazul lor stenoza mitrală apare devreme în cursul vieţii. Aceşti copii necesită de obicei intervenţie chirurgicală cardiacă pentru a corecta defectul valvular. Alţii sunt născuţi cu o valvă mitrală malformată, malformaţia fiind un factor de risc pentru apariţia stenozei de valvă mitrală atunci când vor fi adulţi.

Prolapsul de valvă mitrală

Localizată la nivelul inimii stângi, valva mitrală (care este alcătuită din două foiţe subţiri şi puternice de ţesut – cuspide) conectează camera superioară (atriul) cu camera inferioară (ventriculul).

Când funcţionează normal, valva mitrală controlează deplasarea sângelui între camere. Totuşi, la unii oameni, una sau ambele foiţe valvulare prolabează în atriul stâng ca o paraşută în timpul contracţiei cardiace. Prolapsul valvular poate determina apariţia unor sunete ca nişte clicuri pe care doctorul le poate detecta atunci când vă ascultă inima cu stetoscopul.

Afecţiunea poate să determine apariţia incapacităţii valvei de a se închide cum trebuie, iar sângele poate să se scurgă înapoi în atriu în timpul sistolei ventriculare. Această curgere a sângelui înapoi în atriu dă naştere unui sunet denumit suflu.

Această afecţiune în general inofensivă poate fi găsită la unul din zece americani, mai frecvent la femei decât la bărbaţi. Este de asemenea mai frecventă la femeile care au scolioză sau alte anomalii scheletale. Se pare că apare mai frecvent în anumite familii decât în altele

Insuficienţa mitrală

În această situaţie regurgitaţia sângelui în atriu determină reducerea fluxului sangvin către restul corpului. Ventriculul stâng – principala cameră cu funcţie de pompă – va pompa mai greu în încercarea de a compensa fluxul sangvin redus. În consecinţă, ventriculul stâng se poate mări şi în final poate ceda.

Insuficienţa mitrală are mai multe cauze posibile. Poate fi rezultatul unei leziuni suferite în timpul unui acces de reumatism articular acut, poate fi prezentă la naştere sau poate să rezulte dintr-o valvă mitrală care prolabează sau în urma afectării cordajelor care ancorează cuspidele de peretele cardiac. Alte cauze includ o infecţie a învelişului interior al inimii (endocardită), degradare datorată vârstei şi rupere, infarct în antecedente.

Diagnostic

Dispneea (mai ales la eforturi medii sau în timpul nopţii) este un simptom obişnuit al afectării valvulare mitrale. În cazurile avansate refluxul sangvin poate duce la acumularea de lichid (edem) la nivelul gleznelor, determinând umflarea acestora.

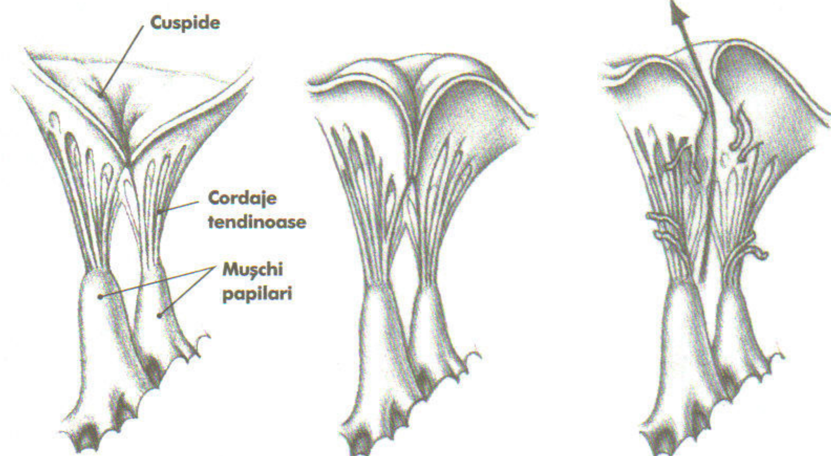
Multe din semnele şi simptomele insuficienţei mitrale sunt asemănătoare cu acelea ale stenozei mitrale. Pentru a confirma diagnosticul, medicul probabil vă va ausculta inima, încercând să detecteze sunetul unui suflu cardiac caracteristic. O radiografie toracică poate fi de asemenea utilă în a-l ajuta pe medic sa vadă dacă ventriculul stâng este mărit. Congestia pulmonară poate fi de asemenea vizibilă pe o radiografie toracică. Adeseori, prolapsul valvei mitrale este descoperit în timpul unei examinări de rutină a inimii cu stetoscopul. Doctorul poate confirma diagnosticul cu ajutorul unei analize denumită ecocardiogramă.

O electrocardiogramă poate ajuta la depistarea tulburărilor de ritm cardiac. O analiză denumită ecocardiogramă poate arăta configuraţia valvei precum şi anomaliile fluxului sangvin la nivelul acesteia (vezi pag. 776). Analize precum ecocardiograma transesofagiană sau cateterismul cardiac pot furniza informaţii şi mai detaliate despre starea valvelor inimii dumneavoastră.

Cât de grave sunt problemele valvei mitrale?

Dacă boala valvulară este uşoară, puteţi să fiţi foarte bine sau să aveţi doar simptome minime timp de zeci de ani.

Boala valvulară severă vă poate slăbi inima până la punctul în care va deveni incapabilă să pompeze suficient sânge pentru a acoperi nevoile organismului, aceasta fiind o situaţie denumită insuficienţă cardiacă congestivă. Este de



O valvă mitrală normală (stânga) se închide etanş pentru a preveni scurgerile sangvine. O valvă mitrală prolabată (centru) determină deplasarea în sus (prolapsul) a cuspidelor care controlează fluxul sangvin. Acest lucru se poate întâmpla datorită faptului că acestea sunt prea mari sau cordajele valvulare sunt prea lungi. Insuficienţa mitrală (dreapta) se poate produce dacă unele cordaje tendinoase se rup, permiţând cuspidelor să plutească liber şi sângelui să se scurgă înapoi în atriu.

Valvuloplastia cu balon

O valvă cardiacă îngustată (stenozată) poate limita fluxul sangvin şi poate determina apariţia unor complicaţii cum este de exemplu insuficienţa cardiacă. Afecţiunea poate fi tratată prin chirurgie cardiacă deschisă sau printr-o procedură denumită valvuloplastie cu balon. Hotărârea de a interveni cu valvuloplastie este bazată pe riscul procedurii comparativ cu riscul chirurgical. Valvele mai puţin deformate şi mai puţin calcificate au un risc foarte redus în cazul valvuloplastiei cu balon.

Valvuloplastia cu balon este utilizată mai frecvent pentru stenoza de valvă mitrală decât pentru stenoza de valvă aortică. În cazul stenozei de valvă aortică, valvuloplastia cu balon este utilizată de obicei doar dacă intervenţia chirurgicală asupra valvei aortice este considerată a fi prea riscantă pentru dumneavoastră sau dacă aveţi alte probleme medicale serioase care necesită tratament înainte de înlocuirea valvei aortice.

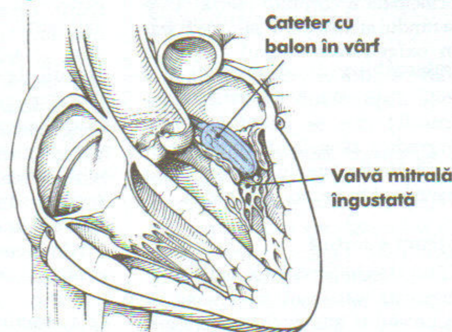
Procedură

În timpul valvuloplastiei cu balon, un cateter este introdus printr-o venă, cel mai frecvent la nivelul regiunii inghinale. Cateterul este ghidat prin vasele dumneavoastră sangvine către partea dreaptă a inimii şi către valva mitrală. Un balon situat în vârful cateterului este umflat cu blândeţe pentru a lărgi deschiderea valvulară, îmbunătăţind astfel fluxul sangvin. Uneori sunt umflate două baloane.

Procedura pentru valvuloplastia aortică este asemănătoare, cu excepţia faptului că un cateter este introdus într-o arteră şi este avansat în sens invers de-a lungul valvei aortice. Când vârful cateterului este la nivelul deschiderii valvei afectate, balonul este umflat.

Recuperare

La fel ca în cazul oricărei proceduri cardiace, sunt şi riscuri, dar rezultatul poate fi o atenuare imediată a simptomelor precum dispneea. Timpul de spitalizare şi timpul de recuperare pentru valvuloplastia cu balon sunt substanţial mai mici decât pentru chirurgia cardiacă deschisă.



Stenoza mitrală poate fi tratată eficace prin introducerea pe cale venoasă şi apoi transseptală a unui cateter cu un balon (care poate fi umflat) în vârf. Balonul este poziţionat în interiorul deschiderii valvei mitrale strâmtate şi apoi este umflat, forţând cuspidele să se îndepărteze una de alta, producând astfel o deschidere mai mare.

asemenea un risc de fibrilaţie atrială, în care inima se contractă rapid şi necoordonat. Aceasta poate să ducă la formarea unor cheaguri sangvine (trombi) periculoase care pot să ajungă în alte părţi ale corpului (embolism) şi să cauzeze leziuni serioase. Problemele valvei mitrale vă cresc de asemenea riscul de infecţie a învelişului interior al inimii (endocardită).

Tratament

Tratamentul depinde de severitatea şi de rata de progresie a bolii. În general este orientat către maximizarea funcţiei inimii, minimizarea semnelor şi simptomelor pe care le aveţi şi evitarea complicaţiilor viitoare.

Majoritatea oamenilor cu prolaps de valvă mitrală au o durată de viaţă normală şi nu este necesar să-şi modifice stilul de viaţă. Pentru majoritatea, afectarea este cel mai bine privită ca nimic mai mult decât o abatere inofensivă faţă de normal.

Tratament medicamentos

Acumularea în exces a lichidelor în plămâni sau la nivelul membrelor inferioare (edeme) poate fi tratată cu medicamente diuretice. Denumite adeseori pilule apoase, aceste medicamente cresc ritmul formării urinei şi volumul acesteia, ajutând la reducerea lichidului în exces din corpul dumneavoastră. Alte medicamente, precum inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei (ACEI) pot fi utilizaţi pentru a vă ajuta inima să pompeze sânge mai eficient.

Dacă aveţi fibrilaţie atrială, un medicament precum digoxinul, un blocant al canalelor de calciu sau un beta-blocant poate fi prescris pentru a reduce un ritm cardiac rapid. Medicamente anticoagulante pot fi prescrise pentru a preveni formarea de trombi sau apariţia embolismului.

Tratament chirurgical

În stenoza valvulară mitrală, când alte tratamente nu au succes, doctorul vă poate recomanda valvuloplastia cu balon. În cadrul acestei proceduri deschiderea valvulară îngustată este mărită utilizând un cateter cu un balon în vârf. Dacă valva este prea dură (calcificată) procedura cu balon poate să nu fie sigură sau fezabilă, iar în acest caz valva va trebui să fie înlocuită chirurgical (vezi pag. 778).

O complicaţie a prolapsului de valvă mitrală (mai ales la adulţii de vârstă medie) este ruperea unuia sau mai multora dintre tendoanele de suport ale cuspidelor, făcând ca o foiţă valvulară să plutească permiţând o regurgitare sangvină masivă dinspre ventriculul stâng către atriul stâng. Aceasta de obicei necesită tratament chirurgical.

În cazul insuficienţei valvulare mitrale, valva poate fi reparată chirurgical. Alteori, valva ar putea fi înlocuită cu o valvă artificială.

Tulburări ale valvei aortice

Semne şi simptome

- Adeseori absente
- Slăbiciune la efort
- Dispnee
- Durere toracică (angină)
- Sincope

Valva aortică controlează fluxul sangvin de la nivelul camerei cardiace cu funcţia de pompă principală (ventriculul stâng) către artera principală a corpului (aorta), care la rândul ei transportă sângele bogat în oxigen către restul corpului. Valva aortică este alcătuită din trei foiţe dispuse sub formă de cupă (cuside) care se unesc pentru a împiedica sângele să curgă retrograd de la nivelul aortei către ventriculi în timpul contracţiei.

Stenoza aortică

Când deschiderea unei valve este îngustată, astfel încât fluxul sangvin la nivelul ei este limitat, afecţiunea este denumită stenoză. O astfel de îngustare a valvei aortice face ca ventriculul stâng să pompeze mai greu pentru a menţine un debit sangvin normal. Aceasta determină adeseori îngroşarea muşchiului ventriculului stâng, o boală denumită hipertrofie ventriculară stângă. În timp, muşchiul ventriculului stâng devine mai puţin eficient, se măreşte şi devine flasc, slăbit.

Insuficienţa aortică

Un alt tip de problemă apare atunci când valva aortică nu se închide bine între contracţii. Denumită şi regurgitaţie aortică, această afecţiune permite sângelui să se scurgă înapoi în ventricul. În consecinţă, fluxul sangvin către restul corpului scade, şi inima trebuie să pompeze mai tare în încercarea de a compensa pentru debitul cardiac redus. Ventriculul stâng devine adeseori mărit de-a lungul timpului şi muşchiul ventriculului stâng poate ceda şi poate deveni flasc. Atât stenoza cât şi insuficienţa aortică pot fi determinate de o anomalie congenitală sau de o afectare a valvei aortice datorată reumatismului articular acut. În SUA stenoza aortică apare cel mai frecvent la adulţii vârstnici şi este produsă cel mai frecvent de degenerarea şi calcificarea valvei aortice.

Diagnostic

Medicul poate suspecta oricare dintre aceste boli atunci când vă auscultă inima cu stetoscopul. El poate cere una sau mai multe analize, incluzând radiografia toracică, electrocardiograma, ecocardiograma şi cateterismul cardiac. Aceste analize îl pot ajuta să determine cât de afectată este valva aortică şi cât de bine pompează inima.

Cât de grave sunt problemele valvei aortice?

Cel mai serios risc cu problemele valvei aortice este pus de suprasarcina ventriculului stâng. Aceasta poate determina angină, insuficienţă cardiacă congestivă sau sincope. Afecţiunile valvei cardiace aortice pot duce de asemenea la anomalii ale ritmului cardiac. Problemele valvei aortice vă cresc riscul de infecţie a învelişului interior al inimii (endocardită). Ca o măsură de precauţie, utilizarea preventivă a antibioticelor înainte de proceduri dentare sau de anumite proceduri chirurgicale este de obicei recomandată.

Problemele valvei aortice pot să apară şi să progreseze fără simptome până când ating un anumit prag. Tratamentul prompt, precum chirurgia valvulară aortică, poate fi în acest caz necesar.

Tratament

În majoritatea cazurilor, nici stenoza şi nici insuficienţa aortică nu înseamnă că trebuie să adoptaţi un stil de viaţă pasiv. În timp ce ar putea fi necesar să evitaţi activităţile fizice epuizante, o activitate fizică rezonabilă este de obicei încurajată. Urmaţi un program de exerciţii recomandat de medic.

Ecocardiograma

Înainte de dezvoltarea ecocardiografiei, un medic trebuia să se bazeze pe istoricul medical, pe examinarea fizică, pe electrocardiogramă şi pe radiografie pentru a vedea cât de bine funcţionează inima unui anumit individ. Acum este posibil să privim direct inima funcţionând, fără a penetra vreodată pielea.

Ecocardiografia este o aplicaţie specială a ultrasonografiei. Conceptul ultrasonografiei este acelaşi utilizat la sonarele instalate pe submarine.

Un dispozitiv sub formă de baton (denumit transductor) emite unde sonore în corpul dumneavoastră şi recepţionează ecourile de la suprafaţa structurilor interne (cum sunt muşchiul inimii şi valvele cardiace). Un aparat numit ecocardiograf analizează undele pentru a determina cât de departe sunt structurile de transductor. Utilizând această informaţie un computer calculează timpul necesar undelor sonore pentru a circula către şi de la inimă, iar apoi reconstruieşte o imagine a inimii. Această imagine (ecocardiograma) este afişată pe un monitor şi poate fi înregistrată pe casetă video sau printată pe hârtie.

Ecocardiografia permite vizualizarea inimii la lucru şi poate fi utilizată pentru a diagnostica mai multe tulburări cardiace. Pe ecran doctorul poate observa camera cu funcţie de pompă principală, mişcarea acesteia, contractilitatea, forma şi grosimea pereţilor camerei, valvele, învelişul extern al inimii (pericardul) şi venele mari şi arterele care duc la şi pleacă de la inimă. Viteza şi direcţia fluxului sangvin prin valvele şi camerele cardiace pot fi de asemenea înregistrate printr-o tehnică denumită ultrasonografie Doppler pentru a determina îngustarea şi eventualele scurgeri la nivelul valvelor.

Procedură

Când vi se face o ecocardiografie sunteţi întins pe spate şi probabil întors uşor către stânga. Un gel

Tratamentul medicamentos

Deoarece boala valvulară aortică poate reduce eficienţa de pompă a inimii dumneavoastră şi poate conduce la insuficienţă cardiacă, poate fi necesar să luaţi medicamente care să crească contracţia ventriculilor, să controleze retenţia de lichid sau să reducă sarcina inimii dumneavoastră. Boala valvulară aortică poate de asemenea să conducă la tulburări de ritm, necesitând medicaţie antiaritmică pentru a controla ritmul cardiac.

Dacă boala este complicată de fibrilaţia atrială, insuficienţa cardiacă sau formarea unor cheaguri sangvine, puteţi avea nevoie de tratament anticoagulant pentru a reduce riscul formării trombilor.

Tratamentul chirurgical

Dacă afectarea valvei aortice este severă, singura soluţie pe termen lung poate fi repararea ei chirurgicală sau înlocuirea valvulară (vezi pag. 778).

Tulburări ale valvelor tricuspidă şi pulmonară

Semne şi simptome

- Adeseori lipsesc
- Oboseală
- Dispnee
- Vertij
- Leşin
- Retenţie de fluide
- Umflarea membrelor superioare, a membrelor inferioare şi a ficatului
- Disconfort în abdomenul superior drept
- Greaţă şi vomă

Valvele de pe partea dreaptă a inimii sunt mult mai rar afectate de boli decât acelea din partea stângă, iar atunci când sunt problema este de obicei mai bine tolerată.

Sângele care se întoarce din corp curge în atriul drept şi apoi prin valva tricuspidă către ventriculul drept situat dedesubt, apoi iese din ventriculul drept prin valva pulmonară către artera pulmonară, care cară sângele către plămâni pentru oxigenare.

Valvele tricuspidă şi pulmonară, precum valvele aortică şi mitrală, pot avea probleme în cazul în care deschiderea valvulară se îngustează, restricţionând fluxul sangvin (stenoză tricuspidiană şi stenoză pulmonară). În alte cazuri valva nu se închide cum trebuie permiţând sângelui să curgă înapoi prin valvă atunci când aceasta ar trebui să fie închisă (regurgitaţie).

Problemele valvelor tricuspidă şi pulmonară sunt de obicei cauzate de reumatismul articular acut sau de anomalii congenitale.

Diagnostic

Adeseori aceste afecţiuni sunt descoperite de medic în timpul examinărilor de rutină. Acesta poate recomanda analize precum radiografia toracică, electrocardiograma şi ecocardiograma pentru a determina starea fluxului sangvin şi capacitatea de pompă a inimii dumneavoastră.

Cât de grave sunt problemele valvulare pulmonare şi tricuspidiene?

Afecţiunile valvelor tricuspidă şi pulmonară sunt de obicei asociate cu alte probleme valvulare mitrale sau aortice care vor determina cât de serioasă ar putea fi afecţiunea. În unele cazuri insuficienţa cardiacă dreaptă poate să apară. În stenoza pulmonară, care este aproape întotdeauna o problemă congenitală, insuficienţa ventriculului drept poate duce la moarte înainte de vârsta de 30 de ani. De aceea, majoritatea oamenilor cu stenoză pulmonară necesită tratament pentru a corecta problema.

Aceste probleme valvulare pot de asemenea să vă crească riscul de endocardită, care este o infecţie a învelişului interior cardiac. Ca o

special este aplicat pe pieptul dumneavoastră pentru a creşte conductivitatea ultrasunetelor. Transductorul este manevrat în diferite locaţii şi în diferite poziţii pe pieptul dumneavoastră pentru ca doctorul să vă poată vedea inima din unghiuri diferite.

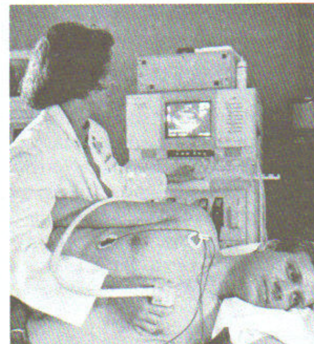
Deşi testul este non-invaziv şi de obicei lipsit de durere, puteţi simţi o presiune când transductorul este ţinut ferm către pieptul dumneavoastră. O examinare amănunţită poate duraa 15 – 60 de minute, în funcţie de complexitatea problemei.

Avantaje

Procedura nu necesită expunere la radiaţii, echipamentul este portabil, astfel încât analiza poate fi efectuată în salonul spitalului, în cabinetul doctorului sau chiar în sala de operaţii.

Variaţie

Dacă doctorul are nevoie de o imagine mai clară, poate cere o variaţie a analizei denumită ecocardiografie transesofagiană. În acest caz un transductor este introdus pe gâtul dumneavoastră în jos până la nivelul esofagului. Apropierea esofagului de inimă şi de cel mai mare vas sangvin din pieptul dumneavoastră (aorta) poate contribui la înlăturarea unor limitări, precum forma corpului şi greutatea, care însoţesc ecocardiografia tradiţională şi pot furniza o imagine şi mai bună a inimii dumneavoastră.



În timpul unei ecocardiograme, un tehnician sau un doctor poziţionează la nivelul peretelui toracic un dispozitiv sub formă de baghetă (transductor). Transductorul furnizează imagini ale inimii, care pot fi observate pe un monitor.

măsură de precauţie, utilizarea preventivă a antibioticelor înainte de proceduri dentare sau de anumite proceduri chirurgicale este indicată.

Tratament

Tratamentul poate să nu fie necesar. Totuşi, dacă valva este sever deteriorată, înlocuirea sau repararea ei poate fi necesară. În anumite situaţii, valvele pot fi deschise prin întinderea cu un balon introdus prin cateterism printr-o venă de la nivelul membrului inferior şi avansat până la nivelul inimii.

Reumatismul articular acut

Semne şi simptome

Majore

Două din următoarele trebuie să fie prezente

- Inflamaţia inimii, câteodată manifestată prin dispnee şi slăbiciune
- Artrită, care are tendinţa să migreze de la o articulaţie la alta
- Mişcări necontrolate ale membrelor şi ale feţei
- Pete roşii şi în relief ale pielii
- Umflături sub piele

Minore

Pentru ca diagnosticul să fie pozitiv este necesară prezenţa unui semn major şi a două minore şi evidenţierea unei infecţii în gât.

- Dureri articulare fără inflamaţie
- Febră
- Reumatism articular în antecedente sau dovezi ale unei boli reumatice a inimii
- Bătăi anormale ale inimii, vizibile pe electrocardiogramă
- Un test de sânge care indică prezenţa inflamaţiei

Reumatismul articular acut (RAA) este o boală inflamatorie gravă care pare să fie rezultatul unei reacţii imune a organismului la o anumită familie de bacterii streptococice. La 1-2 săptămâni după infecţia în gât cu streptococ (angină), pot să apară simptomele RAA.

Tratamentul corect şi prompt cu antibiotice al infecţiei din gât va preveni într-o mare măsură apariţia RAA. De fapt, prezenţa RAA este motivul principal pentru care antibioticele sunt prescrise atunci când există durere în gât.

Totuşi, una dintre probleme în prevenirea RAA este că unele infecţii în gât care provin de la infecţii virale banale sunt frecvent greu de diferenţiat de cele cauzate de streptococi. Pentru a fi siguri că infecţiile de la nivelul gâtului sunt tratate corespunzător, trebuie realizate culturi de la locul infecţiei în scopul identificării microorganismului. Când cultura este pozitivă, doctorul va prescrie un antibiotic.

RAA este relativ rar. Nu mai este atât de frecvent în SUA astăzi faţă acum 40 de ani, când antibioticele (ca penicilina) nu erau răspândite, dar câteva răbufniri au fost raportate în SUA, mai ales la sfârşitul anilor '80. RAA este încă răspândit în ţările în curs de dezvoltare.

Majoritatea infecţiilor din gât nu duc la RAA. Când apare, el se întâlneşte mai ales la copii.

Chirurgia valvelor cardiace

În unele cazuri chirurgia pe cord deschis poate fi cea mai bună opţiune pentru pacienţii cu probleme ale valvelor cardiace. Termenul de chirurgie pe cord deschis implică deschiderea pieptului utilizând o maşină inimă-plămân pentru a susţine respiraţia pacientului şi fluxul sangvin în timp ce anomaliile cardiace sunt reparate. Procedura pe cord deschis include bypass-ul arterelor coronare, corecţia anomaliilor congenitale ale inimii şi chirurgia valvelor cardiace, precum şi extirparea unora dintre tumorile inimii.

Reparaţia valvelor

Dacă aveţi nevoie de o operaţie pe valve, doctorul va repara (dacă este posibil) valva naturală mai degrabă decât să pună o valvă artificială (proteză) pentru că rezultatele pe valvele naturale reparate sunt în general mai bune şi durează mai mult decât celelalte. De asemenea, cu acest tip de operaţie dumneavoastră nu veţi fi nevoit să luaţi tratament anticoagulant, aşa cum ar fi necesar la înlocuirea cu valve artificiale. Un chirurg poate repara valva prin reconectarea cuspidelor cu tendoanele care ancorează valva de muşchiul inimii sau prin extirparea ţesutului în exces datorită căruia cuspidele nu se pot închide cum trebuie. Uneori, operaţia include strângerea suplimentară a inelului valvular, pentru a asigura o închidere corespunzătoare a cuspidelor.

Înlocuirea valvelor

Înlocuirea valvei mitrale cu o valvă artificială este necesară în cazul în care fie reparaţia fie valvuloplastia cu balon nu pot asigura un rezultat satisfăcător. Înlocuirea valvulară este de asemenea tratamentul de elecţie pentru boala valvulară aortică, care necesită tratament în afară de medicaţie. Pentru a înlocui valva alterată, chirurgul o va scoate şi va plasa o valvă artificială în locul ei.

Medicul dumneavoastră vă va explica ce tip de proteză valvulară vi se potriveşte cel mai bine. Fiecare tip are unele avantaje şi unele dezavantaje. Valvele prostetice mecanice sunt construite din metal şi materiale sintetice. Acestea sunt extrem de durabile, dar dacă aveţi implantată o astfel de valvă, veţi fi nevoit să luaţi anticoagulante ca warfarina (Coumadin) pentru tot restul vieţii dumneavoastră, pentru că sângele are tendinţa să se coaguleze la nivelul valvei.

Protezele biologice sunt făcute din ţesut uman sau animal. O bioproteză din ţesut animal este în general făcută din valve cardiace de porc sau sunt confecţionate din pericard sau alte învelişuri ale inimii de vacă. O bioproteză din ţesut uman (homogrefă) constă dintr-o valvă cardiacă obţinută de la cineva care a murit. Avantajele valvelor biologice (bioprotezelor) sunt acelea că necesită rar medicaţie anticoagulantă. Totuşi, nu sunt atât de durabile ca valvele mecanice.

Diagnostic

Nici un test de laborator nu poate confirma că sigur copilul dumneavoastră are RAA. Diagnosticul este în general bazat pe simptome, clasificate în majore sau minore, ca în lista de mai sus.

Cel mai frecvent criteriu major este durerea, dar şi umflăturile care migrează de la o articulaţie la alta şi inflamaţia inimii. În unele cazuri doctorul îi poate recolta copilului sânge pentru a testa prezenţa de anticorpi contra streptococilor. Doctorul va recomanda de asemenea o electrocardiogramă pentru a verifica existenţa anomaliilor de ritm cardiac.

Cât de grav este RAA?

RAA poate rezulta din inflamarea unuia sau a mai multor organe. Cel mai frecvent câteva articulaţii prezintă umflături, roşeaţă şi senzaţia de căldură.

40 – 60% dintre oamenii care au primul atac de RAA au inflamaţii ale inimii care se pot rezolva fără urmări permanente. Totuşi, în unele cazuri pot apărea afectări ale uneia sau mai multor valve care pot cauza obstrucţii ale fluxului sangvin (stenoze) sau scurgerea retrogradă a sângelui (insuficienţe).

Pe o perioadă de ani sau luni funcţia valvelor poate fi compromisă serios şi chirurgia poate rămâne singura soluţie pentru repararea sau înlocuirea valvei sau valvelor stricate. În cazuri rare, muşchiul inimii poate fi afectat de inflamaţie (miocardită) şi se poate produce moartea prin insuficienţa cardiacă.

Dacă RAA afectează creierul, apar mişcări necontrolate şi necoordonate ale membrelor sau ale muşchilor faciali (coree). RAA poate produce de asemenea proeminenţe rotunde şi zone roşii pe piele (erythema marginatum). Umflături şi noduli se pot forma sub pielea aparent normală.

Tratament

Antibioticele se administrează pentru a elimina ultimele resturi ale streptococilor. Administrarea de doze scăzute de penicilină oral sau prin injecţii lunare previne eficient recurenţa RAA.

Antiinflamatoarele nesteroidiene pot ajuta la reducerea inflamaţiei la nivelul inimii şi al articulaţiilor. În cazul inflamaţiei severe a inimii, medicaţia corticosteroidă (ca prednisonul) poate ajuta la reducerea inflamaţiei.

Endocardita

Semne şi simptome

- Febră
- Suflu cardiac
- Oboseală neobişnuită şi pierderea apetitului
- Transpiraţii nocturne şi senzaţia de frig

Endocardita este o infecţie a învelişului interior al inimii dumneavoastră (endocardul). În mod normal infecţia implică una dintre

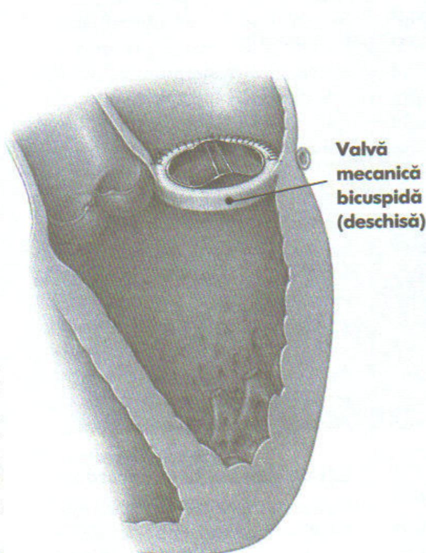
Procedură

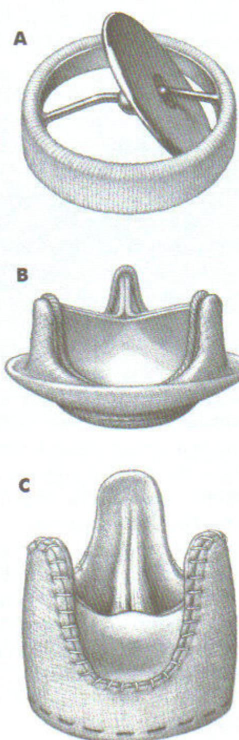
Când suferiţi o operaţie pe valve, vi se va face o anestezie generală. Se va face o incizie longitudinală la nivelul sternului, este expusă inima şi aceasta va fi conectată la maşina inimă-plămân care va prelua funcţia de respiraţie şi va menţine circulaţia sangvină în timpul procedurii. Valva cardiacă stricată este reparată sau înlocuită.

Recuperare

După operaţie veţi petrece una sau mai multe zile într-o unitate de terapie intensivă. În timpul recuperării anestezişti, dieteticieni, îndrumători pentru pacienţi şi doctorul dumneavoastră vă vor supraveghea recuperarea şi întoarcerea la o viaţă activă.

Toate protezele valvulare sunt predispuse la infecţii, care o dată instalate sunt dificil de tratat cu antibiotice. Dacă aveţi o proteză valvulară, este foarte important să vă luaţi măsurile de precauţie, care includ administrarea de antibiotice înaintea oricărui tratament stomatologic sau înaintea oricărei proceduri chirurgicale.





O valvă artificială este cusută de un chirurg după îndepărtarea valvei bolnave. Tipurile obişnuite de valve artificiale sunt : (A) valvă mecanică cu disc înclinat; (B) valvă din ţesut porcin, fără inel; (C) valvă din ţesut pericardic, cu inel.

valvele dumneavoastră. Ea apare când germenii pătrund în curentul sangvin şi circulă către inima dumneavoastră, unde aderă la eventualele ţesuturi anormale care se găsesc la nivelul inimii, atacându-le. Această infecţie poate fi cauzată de bacterii şi fungi. Majoritatea infecţiilor sunt determinate de bacterii, şi atunci este vorba de o endocardită bacteriană.

Dacă aveţi o inimă normală şi sănătoasă, este puţin probabil să faceţi o endocardită. În mod normal, sistemul dumneavoastră imun distruge bacteriile care intră în curentul sangvin. În consecinţă, bacteriile pot trece printr-o inimă normală fără a cauza vreodată o infecţie.

Totuşi, aveţi riscul să faceţi această boală dacă aveţi o boală sau o afectare a valvelor cardiace pentru că aveţi o suprafaţă rugoasă şi anormală la nivelul inimii, unde microorganismele infectante se pot agrega, multiplica şi eventual împrăştia către alte părţi ale corpului.

Unele bacterii, care în mod normal trăiesc în gură şi la nivelul tractului respirator superior, pot cauza endocardită. Ele pot pătrunde în curentul sangvin în timpul unei intervenţii stomatologice sau în timpul unei proceduri chirurgicale (de exemplu o extracţie dentară, o amigdalectomie sau alte intervenţii care implică sângerare la nivelul gurii sau al gâtului).

Bacteriile intestinale, numite enterococi, pot pătrunde în curentul sangvin în timpul unor manevre instrumentale sau în timpul unei operaţii în arii ca prostata, vezica urinară, rectul sau organele pelvine feminine. Un cateter (adică un tub subţire introdus în organism pentru tratament medical) poate servi ca o poartă de intrare pentru bacterii.

Persoanele care îşi injectează în venă droguri cu ace nesterile sunt predispuse la endocardită chiar dacă au valve normale.

Diagnostic

Endocardita se poate dezvolta rapid, frecvent cu febră şi senzaţie de frig (frisoane), dar aceste simptome nu este neapărat necesar să fie prezente la adulţii vârstnici. Pacientul se poate prezenta cu oricare dintre simptomele de mai sus, incluzând transpiraţii nocturne, stări de rău, stări de oboseală şi scăderea apetitului, scădere în greutate şi inflamaţii articulare.

Când infecţia se dezvoltă mai încet, doctorul va căuta semne ca bătăi cardiace rapide (tahicardia), splină mărită, paloare şi coloraţie galben-maronie a pielii, pete mici şi roşii pe piele şi pe mucoase, şi sufluri cardiace. Medicul va cere de asemenea o serie de culturi sangvine pentru a determina care microorganisme au cauzat infecţia.

SFATURI PENTRU PREVENIRE

RAA poate fi prevenit. Aveţi mare grijă de fiecare dată când copilul dumneavoastră dezvoltă o infecţie în gât. Consultaţi medicul de fiecare dată când copilul are gâtul inflamat şi această inflamaţie persistă mai mult de 24 de ore şi este însoţită de febră. Dacă doctorul suspectează o infecţie streptococică în gât, probabil că va cere efectuarea unei culturi din gât pentru copilul dumneavoastră. Dacă rezultatele culturilor sunt pozitive, medicul va prescrie probabil un tratament antibiotic care să distrugă streptococul şi să prevină complicaţiile precum RAA. Dacă infecţia din gâtul copilului se va ameliora după câteva zile, asiguraţi-vă că acesta continuă să îşi ia medicamentele aşa cum au fost prescrise de medic.

Cât de gravă este endocardita?

Fără tratament şi eliminarea infecţiei din organism, endocardita este de obicei fatală. Pentru că boala apare de obicei la persoane care deja au afectare cardiacă, prognosticul depinde foarte mult de complicaţiile care se instalează.

Chiar dacă sunteţi vindecat de infecţia bacteriană, se pot instala simptome cardiace continue datorate alterării adiţionale a valvelor de către infecţie. Complicaţii precum insuficienţa cardiacă sau insuficienţa renală pot de asemenea să apară.

Un pericol comun în endocardită este acumularea resturilor bacteriene şi celulare (vegetaţii) care se pot forma la nivelul inimii la locul infecţiei. Aceste acumulări pot produce blocarea vaselor de sânge la alt nivel în organism, determinând o serie de probleme incluzând accidentul vascular cerebral şi afectarea altor organe.

Tratament

Chiar şi dispunând de antibiotice moderne şi puternice, tratamentul endocarditei poate fi dificil şi rezultatele nesigure. Mai mult, numeroase tipuri de bacterii au devenit rezistente la antibiotice. Deci, prevenţia este cea mai bună abordare.

Tratament medicamentos

Terapia antibiotică depinde de tipul microorganismului care a cauzat boala. Culturile sangvine sunt utilizate pentru a determina ce antibiotic este cel mai bun. Cel mai frecvent este folosită o combinaţie de antibiotice, unul dintre ele fiind penicilina. Medicaţia este frecvent administrată intravenos continuu, pe o perioadă de câteva săptămâni pentru a eradica infecţia.

Tratament chirurgical

Dacă infecţia determină alterarea majoră a valvelor cardiace, înlocuirea acestora poate fi necesară.

Bolile miocardului şi pericardului

Peretele inimi are trei straturi:

- epicardul (un muşchi neted, subţire, care acoperă pe dinafară inima)
- miocardul (muşchiul propriu-zis al inimii)
- endocardul (învelişul neted al inimii, care este în contact cu sângele).

Endocardita – protecţie şi prevenire

Antibioticele protejează de endocardită, distrugând sau controlând proliferarea bacteriilor. Folosirea acestor medicamente poate fi recomandată înainte sau după unele proceduri medicale stomatologice în urma cărora bacteriile pot pătrunde în curentul sangvin, pot călători către inima dumneavoastră şi pot cauza infecţii.

Cine sunt pacienţii cu risc?

Următoarele condiţii vă încadrează în categoria de risc crescut de endocardită:

- valve cardiace afectate de RAA;
- defecte valvulare cardiace sau defecte cardiace congenitale;
- alte probleme ale valvelor cardiace (ca de exemplu prolapsul valvei mitrale);
- aveţi o valvă artificială cardiacă;
- îngroşarea muşchiului inimii (cardiomiopatia hipertrofică);
- antecedente de endocardită.

Care dintre proceduri au cel mai mare risc

Procedurile care încadrează indivizii în grupa de risc pentru endocardită includ:

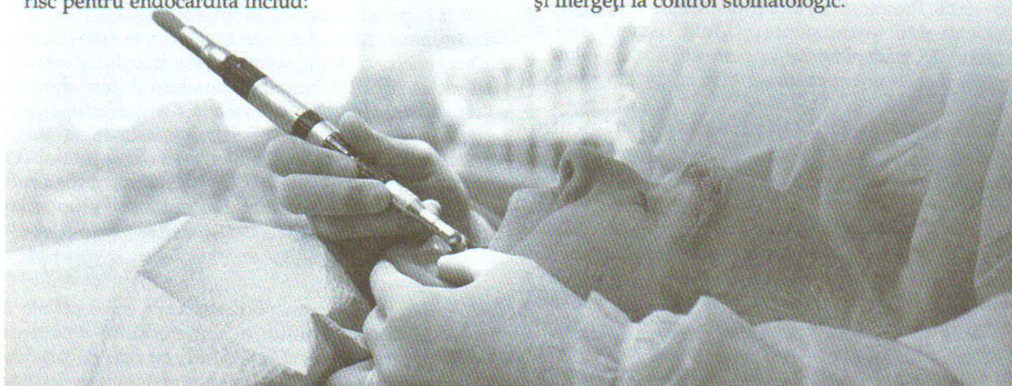
- orice procedură la nivelul gurii sau gâtului care poate cauza sângerare;
- curăţarea profesională a dinţilor (detartrarea);
- operaţii pe vezica urinară;
- extirparea prostatei;
- proceduri ginecologice;
- proceduri gastro-intestinale (incluzând extirparea vezicii biliare, a hemoroizilor, a polipilor sau operaţii pe colon).

Antibioticele pot fi recomandate înaintea altor tipuri de proceduri, chiar unele dintre ele non-medicale, precum body pierceing şi tatuajul. Doctorul vă poate de asemenea prescrie antibiotice dacă faceţi o infecţie pulmonară sau cutanată.

Ce trebuie să faceţi?

Dacă sunteţi în grupa de risc pentru endocardită, este esenţial să anunţaţi cadrele medicale care vă tratează şi stomatologul de riscul la care sunteţi expus. Mulţi oameni poartă un card făcut de AHA (American Heart Association) în acest scop. Pentru a obţine o copie contactaţi agentul local sau vizitaţi site-ul web al asociaţiei (vezi pag. 1380).

Puteţi de asemenea preveni endocardita având grijă de dumneavoastră şi evitând infecţiile în general. În particular aveţi grijă de dinţii şi gingiile dumneavoastră, pentru că gura poate fi un rezervor de germeni. Periaţi-vă dinţii şi gingiile în mod regulat, şi mergeţi la control stomatologic.



Înconjurând inima la exterior, se află pericardul, care este un sac fibros.

Ca şi restul corpului, muşchiul inimii şi învelişurile lui asociate pot fi afectate de boli. Deşi relativ rare, bolile care pot afecta muşchiul inimii şi învelişurile inimii se produc totuşi. Aceste boli se pot dezvolta ca probleme izolate sau pot fi cauzate de afecţiuni ale altor organe.

Cardiomiopatia

Semne şi simptome

- Episoade de bătăi cardiace rapide (palpitaţii)
- Dispnee
- Slăbiciune
- Durere în piept şi senzaţie de apăsare toracică (angină)
- Leşin
- Retenţie de fluide (edeme)

Când muşchiul inimii este afectat sau este slab, afecţiunea se numeşte cardiomiopatie. Numele vine de la rădăcina greacă a cuvântului inimă (cardia), muşchi (myo) şi boală (patos).

Tipuri

Cardiomiopatia poate să apară în una din următoarele forme:

Cardiomiopatia dilatativă

În cardiomiopatia dilatativă, denumită de asemenea şi cardiomiopatie congestivă, muşchiul inimii este slăbit şi nu mai poate pompa sângele eficient. Aceasta poate determina apariţia de

simptome cum sunt acelea din insuficienţa cardiacă congestivă, care includ dispnee şi retenţie de fluide, care duce la apariţia de edeme (sunt cel mai vizibile la nivelul membrelor inferioare, în special la nivelul gleznelor).

Cardiomiopatia dilatativă cauzează de asemenea mărirea camerelor inimii şi poate duce la formarea de trombi în acestea. Aceşti trombi pot călători către alte părţi ale organismului determinând embolii.

Cardiomiopatia dilatativă apare la orice vârstă şi se pare că are agregare familială. Alcoolicii pot face cardiomiopatie dilatativă după consumul de cantităţi mari de alcool timp de mulţi ani. Dacă problema nu este atât de avansată încât să producă insuficienţă cardiacă, evitarea alcoolului poate stopa progresia către boală. Cardiomiopatia dilatativă se poate de asemenea instala după o infecţie virală.

Cardiomiopatia hipertrofică

Cardiomiopatia hipertrofică apare când muşchiul inimii se îngroaşă. Această îngroşare reduce dimensiunile camerelor cu funcţie de pompă şi poate cauza obstrucţia fluxului sangvin la nivelul inimii. De asemenea, împiedică inima să se relaxeze între bătăi. Acest lucru nu permite inimii să se relaxeze corespunzător, ceea ce duce la reducerea volumului de sânge pompat către organism.

Deoarece cardiomiopatia hipertrofică poate fi moştenită, este bine să se aducă toate rudele apropiate ale persoanei respective la o testare pentru această anomalie chiar dacă nu au aceste simptome.

Transplantul cardiac

În unele situaţii inima devine atât de slăbită, încât tratamentul medical poate face prea puţin pentru a îmbunătăţi funcţionarea acesteia. În aceste cazuri trebuie luat în discuţie transplantul cardiac.

În ultimii 30 de ani transplantul cardiac a devenit o procedură relativ comună în multe centre medicale. Aproximativ 2300 de transplante cardiace sunt realizate în fiecare an în SUA. Rezultatele au devenit din ce în ce mai bune, astfel încât rata de supravieţuire la un an în centrele medicale experimentate este de 85 – 90%. Prognosticul fără transplant la acest grup de pacienţi este foarte sumbru. Mulţi oameni care au suferit un transplant se bucură de o viaţă plină şi activă şi chiar pot avea un serviciu cu durată normală.

Cine este îndreptăţit să se înscrie pe lista pentru transplant cardiac

Aproape oricine, de la nou-născuţi cu defecte congenitale cardiace importante, până la adulţii vârstnici cu boală cardiacă în ultima fază, poate fi considerat pentru transplant cardiac. Potenţialii candidaţi pentru transplant cardiac trebuie să fie motivaţi şi să aibă o funcţie bună a celorlalte organe vitale, inclusiv a ficatului, rinichiului şi a plămânilor. Candidaţii trebuie să nu aibă alte boli non-cardiace precum anomalii sangvine, diabet sever sau cancer, care reduc speranţa de viaţă.

Pacienţii pentru care este de aşteptat beneficiul cel mai mare sunt cei de sub 65 de ani, cu boli cardiace ireversibile, în care speranţa de viaţă fără transplant este de sub 2-3 ani.

Organe disponibile

Din nefericire, aproape 1/3 dintre persoanele care aşteaptă pentru un transplant de inimă mor înainte de a se găsi un donator, datorită lipsei inimilor pentru transplant. Se fac eforturi educaţionale pentru a informa publicul de necesitatea unui număr mai mare de inimi donate, aceasta fiind o prioritate. Deşi nimeni nu ar trebui să îşi dorească ca o altă persoană să moară pentru ca o inimă să fie disponibilă pentru transplant, când moartea se întâmplă familia frecvent găseşte alinare în a-i ajuta pe alţii printr-o donaţie de organ.

Procedură

Înainte de operaţia de transplant cardiac, inima donatoare trebuie să fie disponibilă. De cele mai multe ori această inimă provine de la o persoană sănătoasă care a murit într-un accident care nu i-a afectat inima. Listele naţionale de aşteptare folosesc un computer pentru a potrivi pacienţi dintr-o regiune cu donatorii compatibili dintr-o zonă suficient de apropiată. Din momentul în care doctorul scoate inima de la donator, este ideal să fie transportată într-un recipient special până la primitor în maximum 4 ore.

Inima donatorului este transportată într-o soluţie rece specială către spitalul primitorului. Cavitatea toracică a primitorului este deschisă şi inima bolnavă este scoasă. În această perioadă a procedurii, aportul de sânge oxigenat către primitor este menţinut de către un aparat inimă-plămân, aşa cum se întâmplă în cazul multor operaţii pe inimă. Inima donatorului este apoi plasată în toracele primitorului şi conectată cu grijă la principalele vase sangvine.

Rejecţia

Toate organele transplantate sunt susceptibile la rejecţie. Sistemul imun al organismului recunoaşte ţesutul transplantat ca fiind străin şi produce anticorpi care îl atacă, la fel cum sistemul imun atacă orice virus sau bacterie.

Pentru a minimaliza riscul de rejecţie post-transplant, medicamentele care supresează răspunsul imun al organismului sunt necesare. Aceste medicamente imunosupresoare sunt utilizate numai pentru perioade scurte de timp, după operaţie. Alte medicamente trebuie luate pentru restul vieţii primitorului.

Medicaţia imunosupresoare reduce însă şi abilitatea organismului de a recunoaşte şi de a rezista la infecţii. Dozarea acestor medicamente trebuie să fie monitorizată cu atenţie pentru a reduce la minimum efectele secundare. Biopsii periodice din ţesutul cardiac pot ajuta doctorul să estimeze riscul de rejecţie. Fragmentul de biopsie este obţinut printr-un cateter care este plasat într-o venă şi este avansat către inimă.

Cardiomiopatia restrictivă

Cardiomiopatia restrictivă este caracterizată printr-o îngroşare a muşchiului inimii şi printr-o reducere a capacităţii inimii de a se dilata şi a se umple cu sânge între contracţii. Apariţia de trombi cardiaci la nivelul camerelor inimii, retenţia de lichide şi ficatul de consistenţă dura sunt semnele comune ale aceste boli.

Această boală este rară în ţările industrializate, dar în unele părţi ale lumii (ca Africa Centrală) este o boală obişnuită.

Diagnostic

În diagnosticul cardiomiopatiei restrictive medicul va lua în considerare simptomele şi va realiza o radiografie şi o electrocardiogramă.

El vă va recomanda cel mai probabil o ultrasonografie (ecocardiografie) pentru a observa mişcările inimii dumneavoastră în timp ce aceasta lucrează (vezi pag. 776). O ecocardiografie poate determina ce formă de cardiomiopatie este prezentă. În unele cazuri, o procedură denumită cateterizare cardiacă ar putea fi necesară. În timpul acestei proceduri medicul poate obţine un fragment de ţesut (biopsie) din inimă, pentru a realiza o examinare microscopică.

Cât de gravă este cardiomiopatia?

În cele mai multe cazuri, cardiomiopatia nu produce nici un simptom până când boala este relativ avansată. Câteodată această boală produce moarte subită.

Câteva forme de cardiomiopatie vă pot încadra în grupul de risc crescut pentru infecţie a învelişului intern al inimii (endocardită).

Recuperarea

Majoritatea persoanelor care au suferit un transplant cardiac finalizat cu succes pot duce o viaţă relativ normală. Mulţi dintre ei au trăit mai mult de o decadă iar alţii chiar mai mult de 20 de ani după transplantul cardiac.

Complicaţii pe termen lung

Acum, când primitorii de transplant trăiesc mai mult, medicii au descoperit că anumite probleme apar după mai mulţi ani de la transplantare. Arterele coronare ale inimii transplantate pot suferi îngustări pe suprafeţe întinse (ateroscleroză). Deoarece nervii au fost tăiaţi în timpul transplantului cardiac, primitorii nu simt de obicei durerea cardiacă (angina) atunci când arterele coronare nu aduc suficient oxigen muşchiului cardiac, aşa că doctorii trebuie să facă în fiecare an angiografie coronariană şi ecografie intracardiacă pentru a vedea posibila îngustare a arterelor coronare.

De asemenea, doctorii trebuie să continue să examineze primitorul, pentru a observa orice formaţiune tumorală, mai ales la nivelul pielii şi a ganglionilor limfatici, datorită medicaţiei imunosupresoare, care creşte riscul pentru aceste tipuri de cancer (tumori maligne).

Dezvoltări recente

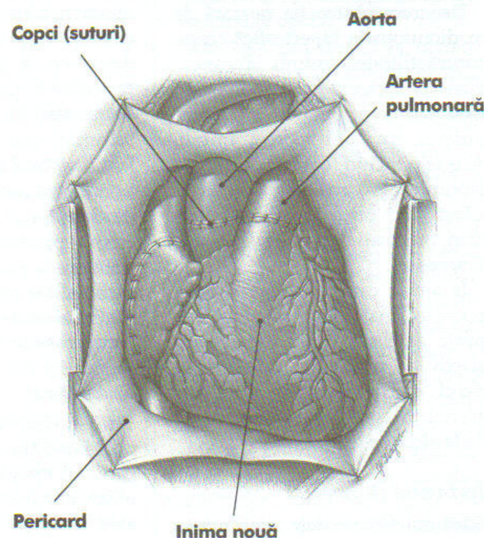
Cea mai mare provocare în transplantul cardiac este rezolvarea lipsei donatorilor. Pare că niciodată nu vor fi suficienţi donatori umani pentru a acoperi nevoile, astfel încât trebuie dezvoltate şi explorate alte strategii.

Dispozitive de asistare a funcţiei ventriculare

Unul dintre aceste eforturi implică folosirea unui dispozitiv care să ajute ventriculul stâng să îşi realizeze funcţia de pompă principală a inimii. Slăbiciunea ventriculului stâng cauzează simptomele de insuficienţă cardiacă la majoritatea pacienţilor. Aceste dispozitive sunt curent utilizate în centre importante pentru a ţine în viaţă pacienţii candidaţi la transplantul cardiac, în timp ce aşteaptă o inimă de la un donator. Câteva dispozitive care să ajute ventriculul stâng şi câteva inimi artificiale complete au fost studiate ca alternativă la transplant printre indivizii care nu sunt candidaţi pentru transplant. Aceste dispozitive oferă speranţă pentru tratamentul pe termen lung la persoanele cu insuficienţă cardiacă.

Xenotransplantul

Altă abordare implică utilizarea acelor organe animale (mai ales ale porcilor) care au fost genetic construite pentru a fi folosite în transplantul la oameni (xenotransplant). Această posibilitate este încă într-o fază incipientă. Dacă cercetările sunt încununate de succes, acest tip de transplantare poate oferi o soluţie pe termen lung la problema lipsei de donatori de inimi.



În timpul unei operaţii de transplant cardiac, sunt transplantate ventriculele şi o parte din atrii, împreună cu valvele şi arterele coronare.

Ca precauţie, utilizarea preventivă a antibioticelor în afară de intervenţii stomatologice sau intervenţii chirurgicale poate fi folositoare.

Tratament

Tratamentul este individualizat fiecărui tip de cardiomiopatie. Câteodată tratamentul poate diminua simptomele şi să îmbunătăţească speranţa de viaţă. În anumite cazuri poate fi necesară chirurgia.

Tratament medicamentos

Alegerea medicamentului depinde de tipul de cardiomiopatie prezentă. Medicamentele posibile sunt acele medicamente care în mod normal sunt utilizate în insuficienţa cardiacă, cum sunt inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei (ACEI) pentru a îmbunătăţi funcţia de pompă a inimii dumneavoastră, diuretice pentru a reduce retenţia de lichide, beta blocante pentru a bloca efectele adrenalinei, şi anticoagulante pentru a preveni coagularea sângelui. Aceste medicamente au efecte secundare pe care trebuie să le discutaţi cu doctorul dumneavoastră la începutul tratamentului.

Deoarece obstrucţia cauzată de cardiomiopatia hipertrofică creşte contractilitatea inimii dumneavoastră, doctorul prescrie frecvent medicamente pentru a reduce puterea de contracţie a inimii. Acestea includ beta blocante şi blocante ale canalelor de calciu. Când sunt prezente tulburări de ritm, medicaţia antiaritmică poate fi necesară.

În unele cazuri, cardiomiopatia poate fi urmarea altor afecţiuni şi se poate ameliora după tratamentul efectiv al problemei primare. În cazul cardiomiopatiei alcoolice, abstinenţa completă şi permanentă de la alcool este esenţială.

Tratament chirurgical

Dacă medicamentele nu reuşesc să reducă eficient simptomele cardiomiopatiei hipertrofice, doctorii pot sugera scoaterea unor porţiuni din muşchiul cardiac în exces care blochează fluxul sangvin. Această procedură este denumită miotomie-miectomie. Ca orice procedură chirurgicală, implică anumite riscuri şi trebuie luată în considerare cu atenţie.

Atunci când funcţia cardiacă este afectată ireversibil, transplantul cardiac poate fi o opţiune.

Miocardita

Semne şi simptome

- Febră
- Dureri difuze la nivelul pieptului
- Dureri articulare
- Bătăi cardiace rapide
- Dispnee
- Retenţie de fluide

Învelişul muscular al inimii este miocardul. Miocardita acută este o inflamaţie a acestui muşchi care se produce de cele mai multe ori ca o complicaţie a unei boli inflamatorii cum este infecţia cu virus Coxakie sau RAA sau expunerea la radiaţii sau anumite substanţe chimice sau medicamente. Se poate dezvolta în acelaşi timp şi o pericardită de însoţire.

Diagnostic

În diagnosticul miocarditei doctorul poate recomanda o electrocardiogramă şi o radiografie. Examinarea unui fragment din muşchiul cardiac (biopsie) poate fi efectuată deoarece aceasta este singura procedură pentru confirmarea diagnosticului.

Cât de gravă este miocardita?

Miocardita poate fi foarte serioasă, dar evoluţia depinde de cauza care a produs-o. Cauzele severe pot duce la insuficienţă cardiacă şi moarte, dar cel mai frecvent inflamaţia se vindecă şi este urmată de recuperare completă.

Tratament

Terapia constă în evitarea eforturilor importante până când funcţia cardiacă revine la normal. O dietă adecvată, incluzând restricţia de sare şi tratamentul cauzelor care au produs miocardita sunt foarte importante.

Dacă doctorul observă anomalii ale ritmului cardiac, poate recomanda internarea, monitorizarea electrocardiografică şi tratament antiaritmic adecvat până când ritmul cardiac revine la normal. În situaţii severe medicul poate recomanda transplant cardiac.

Pericardita

Semne şi simptome

- Durere ascuţită, înţepătoare, în mijlocul pieptului şi în partea stângă, care poate iradia în umărul stâng şi se poate agrava atunci când respiraţi adânc sau când vă culcaţi
- Dispnee
- Stare generală de rău
- Febră uşoară
- Umflarea abdomenului

Pericardul este un sac care îmbracă inima. La interior este neted iar în afară este rugos, fibros (pericardul parietal).

Pericardita este o inflamaţiei a pericardului care se poate produce datorită unei infecţii virale sau bacteriene. Apare de obicei la bărbaţi între 20 şi 50 de ani, frecvent după o infecţie respiratorie. Ca urmare a inflamaţiei, durerea este resimţită atunci când pericardul şi stratul extern al inimii se freacă unul de altul. Poate exista o acumularea în exces de lichid între pericard şi inimă (revărsat pericardic).

Dacă o cantitate prea mare de lichid se acumulează în pericard, aceasta presează inima, împiedicând-o să se umple corespunzător (această afecţiune fiind denumită tamponadă cardiacă). Afectarea pericardului în timpul unei intervenţii chirurgicale sau într-un accident poate cauza acumularea de sânge, ducând la tamponadă cardiacă. Tuberculoza, tumorile sau infecţiile virale acute pot de asemenea să ducă la acumulare de lichid şi tamponadă cardiacă. Rezultatul poate fi o restricţie a fluxului sangvin către plămâni şi către restul organismului. Tamponada acută cardiacă este o urgenţă medicală.

Unul dintre efectele secundare ale pericarditei (în unele cazuri) este îngroşarea permanentă şi contractura pericardului. Ocazional, o inflamaţie anterioară poate fi responsabilă de reducerea

capacității mușchiului cardiac de a se dilata între contracții și a se umple cu sânge (pericardita constrictivă).

Diagnostic

Medicul vă poate cere să faceți o radiografie, o electrocardiogramă și o ecografie pentru a diferenția pericardita de infarct. Testele de sânge pot fi de asemenea folositoare. De cele mai multe ori, deși recurențele sunt frecvente, cele mai multe episoade de pericardită durează 2-6 săptămâni și se rezolvă fără urmări. Diagnosticul de pericardită constrictivă poate necesita analize suplimentare precum tomografie computerizată de torace și angiografie cardiacă.

Pentru diagnosticul și tratamentul tamponadei cardiace, o procedură denumită pericardocenteză poate fi folositoare. Aceasta implică drenarea excesului de fluid din cavitatea pericardică utilizând un mic tub (cateter).

Tratament

Tratamentul pericarditei poate include medicație antiinflamatorie și analgezică pentru a reduce durerea și a vindeca Dacă retenția de apă și edemele sunt prezente, medicația diuretică poate fi recomandată. Dacă este identificată o tuberculoză sau altă infecție bacteriană care a cauzat pericardita, medicația antibiotică poate fi prescrisă.

În unele cazuri de pericardită constrictivă chirurgia poate fi necesară pentru a secționa o porțiune din pericard care a crescut și s-a îngroșat limitând astfel travaliul inimii. Această procedură se numește pericardotomie. Inima dumneavoastră va continua să funcționeze normal, chiar dacă întregul sac pericardic este îndepărtat.

Probleme circulatorii

Sistemul dumneavoastră circulator (vascular), circuitul prin care circulă sângele, este alcătuit din toate vasele de sânge din organismul dumneavoastră. Există două circuite. Un circuit mai scurt, până la plămâni (circulația pulmonară) – începe la nivelul inimii drepte, transportă sângele la plămâni și apoi întoarce sângele oxigenat la inimă.

Circuitul lung este pentru circulația întregului organism (sistemică); începe în partea stângă a inimii, care primește sângele ce a fost oxigenat la nivel pulmonar; din inima stângă sângele este pompat la țesuturile organismului printr-o serie de artere care devin din ce în ce mai mici. Ramurile arteriale trec în arteriole mai mici, iar ramurile arteriolare trec în micile capilare, care aduc sângele către țesuturi. După ce sângele din capilare colectează dioxidul de carbon și alți produși care trebuie excretați din țesuturi, începe călătoria înapoi către inimă pe calea venulelor mici și după aceea pe calea venelor.

Cantitatea totală de sânge din organismul dumneavoastră este relativ constantă, aproximativ 7% din greutatea corpului. Distribuția sângelui la nivelul vaselor sangvine variază considerabil cu efortul depus și cu expunerea la cald sau frig. În timpul eforturilor, de exemplu, fluxul sangvin către mușchii activi crește. După ce mâncați, stomacul și intestinul dumneavoastră primesc mai mult sânge pentru a sprijini procesul de digestie.

Schimbările temperaturii înconjurătoare afectează de asemenea fluxul sangvin. Temperaturile crescute produc creșterea fluxului către periferie la nivelul tegumentului, ceea ce ajută la eliminarea căldurii. În mod alternativ, organismul dumneavoastră răspunde la frig prin redistribuirea fluxului sangvin către vasele din interior, pentru a conserva căldura.

Acest sistem complex și totuși flexibil este subiectul unei game foarte largi de disfuncții. Unele dintre ele sunt rezultatul anomaliilor cardiace, altele apar din cauza bolilor care afectează direct vasele de sânge, ca de exemplu diabetul. Problemele variază de la slăbirea peretelui arterial cu balonizarea acestuia (anevrism) până la dezvoltarea de coaguli și inflamația venelor (tromboflebită).

? Întrebare și răspuns

Care este diferența dintre arterioscleroză și ateroscleroză?

Diferența dintre cei doi termeni nu este mereu foarte clară. *Arterioscleroza* se referă la îngroșarea anormală și întărirea pereților arterelor dumneavoastră.

Ateroscleroza este o formă de arterioscleroză care este frecvent utilizat pentru a descrie multe forme de arterioscleroză. Ateroscleroza se referă la acumularea de depozite grase (plăci) la nivelul arterelor. Ateroscleroza care se produce la nivelul arterelor coronare este numită boală a arterelor coronare.

Arterioscleroza

Semne și simptome

- Durere la nivelul membrelor, picioarelor, feselor sau coapselor, care apare în timpul activității și încetează după ce activitatea este oprită
- Amorțeli sau dureri la nivelul labei piciorului sau la nivelul degetelor, chiar și în repaus
- Ulcerații și cangrene la nivelul labei piciorului și a degetelor

Arterioscleroza este o boală a arterelor, care sunt vasele de sânge ce transportă oxigenul și nutrienții de la inimă către restul organismului. În arterioscleroză, pereții arterelor își pierd elasticitatea, devenind groși și rigizi. Ca rezultat, fluxul sangvin poate fi redus și organele și țesuturile dumneavoastră nu primesc cantitatea necesară de nutrienți.

Efectele arteriosclerozei apar de obicei prima oară la nivelul membrelor inferioare sau la nivelul labei piciorului. Arterele principale care aduc sânge la nivelul membrelor inferioare devin îngustate și fluxul sangvin scade. Vasele mici de sânge preiau o parte din încărcătură, dar activitatea fizică sau mersul (chiar

pe distanţe mici) pot determina o necesitate crescută de sânge, manifestată prin dureri la nivelul piciorului sau a labei piciorului. Disconfortul dispare frecvent după câteva minute de la oprirea efortului. Această secvenţă – mers, durere, încetarea durerii – este denumită claudicaţie intermitentă.

Arterioscleroza obliterantă este o formă de claudicaţie în care o parte din vasele sangvine chiar devin blocate (ocluzate). Câteodată, blocajul se dezvoltă gradat şi piciorul poate deveni vulnerabil la injurii minore şi la infecţii. Dacă blocajul apare brusc, aşa cum se întâmplă când un fragment dintr-o placă ateromatoasă sau dintr-un coagul ajunge la nivelul bifurcaţiei unei artere (o condiţie denumită embolism arterial), puteţi experimenta durere severă şi bruscă la nivelul piciorului, acesta devenind palid şi rece distal de blocaj.

Aportul scăzut de sânge va cauza frecvent inflamaţie şi afectarea nervilor (nevrită), care se manifestă prin senzaţie de arsură, durere şi amorţeli la nivelul membrului inferior şi al labei piciorului. În cazuri severe poate să apară cangrena. Cangrena este o situaţie în care ţesutul moare. Ţesutul afectat apare de obicei ca o arie neagră, cu pielea încreţită la nivelul degetelor sau la nivelul călcâiului. În anumite cazuri poate afecta întreaga labă a piciorului sau chiar întreg piciorul.

Problemele circulatorii sunt frecvente la persoanele cu diabet. În plus, persoanele cu diabet pot avea afectări ale nervilor (neuropatie diabetică). Reducerea sensibilităţii la atingere poate acompania frecvent neuropatia diabetică, ceea ce face ca persoana să fie mai susceptibilă la injurii şi la afectări ale picioarelor.

Diagnostic

Un aspect cheie al diagnosticului de arterioscleroză este observarea momentului în care apare disconfortul. Durerea apare numai în timpul efortului, cedează în repaus, se reia atunci când reluaţi activitatea? Dacă este aşa, doctorul poate suspecta arterioscleroza. El vă poate măsura tensiunea la nivelul gleznei şi o poate compara cu tensiunea arterială de la nivelul braţului. Dacă presiunea la nivelul gleznei este mult mai scăzută faţă de tensiunea de la nivelul braţului, aceasta poate indica că arterele de la nivelul piciorului sunt îngustate.

Alte analize, precum ultrasonografia, pot fi cerute. Angiografia îl poate ajuta pe doctor să determine unde este localizat blocajul şi să determine dacă reparaţia chirurgicală trebuie luată în discuţie. Pentru această procedură, este realizată o radiografie în timpul şi după injectarea în artera care irigă zona afectată a substanţei de contrast.

Cât de gravă este arterioscleroza?

Pentru multe persoane arterioscleroza la unul sau ambele picioare poate fi foarte serioasă pentru că poate fi un indiciu al unor probleme la alt nivel în organism. De exemplu, poate sugera boală a arterelor coronare sau creşterea riscului de accident vascular cerebral. Îngrijirea atentă poate preveni alterările severe de la nivelul membrelor sau pierderea unui membru. Printre persoanele cu diabet, problemele circulatorii sunt foarte frecvente. Circulaţia arterială proastă poate estompa senzaţia de căldură sau de frig, făcându-vă mai susceptibili la leziuni, fie în cazul arsurilor, fie în cazul îngheţului. Dacă apare cangrenă, amputaţia chirurgicală ar putea fi necesară.

Tratament

În foarte multe cazuri puteţi prelua controlul tratamentului dumneavoastră efectuând câteva modificări ale stilului de viaţă. Alteori poate fi necesară administrarea de medicamente. În cazurile severe poate fi necesară chirurgia.

Autoîngrijire

Cu câteva excepţii, activitatea fizică este un element util în tratamentul aportului limitat de sânge arterial la nivelul picioarelor. Doctorul vă poate ajuta prin realizarea unui program sau printr-un regim de mers zilnic sau alte exerciţii. Îmbunătăţirea circulaţiei apare ca rezultat al dezvoltării vaselor colaterale, care şuntează segmentul blocat. Mergeţi, urcaţi scările şi pedalaţi pe bicicleta staţionară, însă numai până la punctul în care începeţi să simţiţi durerea. Provocarea durerii nu este o modalitate de a scăpa de boală.

Cu trecerea timpului, pragul de apariţie a durerii va scădea şi treptat veţi deveni capabil să faceţi exerciţii perioade mai lungi de timp.

Fumătorii sunt un grup particular, cu risc crescut pentru arterioscleroză. Fumatul reduce cantitatea de oxigen din sânge şi poate contribui la depozitarea defectuoasă a trombocitelor pe suprafaţa internă a arterelor (ateroscleroză). Dacă aveţi circulaţie arterială proastă, oprirea fumatului poate îmbunătăţi fluxul sangvin.

Alţi paşi pe care trebuie să îi faceţi pentru a controla factorii de risc cardiovascular includ menţinerea unei greutăţi normale, reducerea cantităţii de grăsimi din dietă şi reducerea stresului din viaţa dumneavoastră.

Îngrijirea picioarelor este esenţială pentru persoanele cu arterioscleroză la nivelul membrelor inferioare sau la nivelul plantelor. Purtaţi pantofi care vi se potrivesc. Chiar şi tăieturile minore sau

Sunteţi o persoană cu risc?

Riscul de arterioscleroză la nivelul gambei şi al piciorului creşte odată cu:

- fumatul
- sexul masculin
- postmenopauză
- vârsta peste 60 de ani
- hipertensiunea arterială
- colesterolul crescut, supraponderalitate
- sedentarism
- diabet

Lipsa fumatului este cea mai bună cale de a preveni şi a ameliora aceste afecţiuni. Exerciţiile regulate pot îmbunătăţi fluxul sangvin în vasele mici de la nivelul piciorului şi pot face ca muşchii membrului inferior să necesite mai puţin oxigen.



Cangrena

Când aportul sangvin către orice țesut este sever afectat, aportul de oxigen și nutrienți este de asemenea scăzut. Dacă fluxul sangvin nu este reluat, țesutul poate muri. Aceasta afecțiune se numește cangrenă. Fluxul sangvin către membrele inferioare poate înceta deodată sau în timp, treptat. În oricare dintre aceste situații, membrul inferior devine palid și rece. Durerea este variabilă.

Forme de cangrenă

Cele două forme principale de cangrenă sunt cangrena uscată și cangrena umedă. În cazul cangrenei uscate, țesutul mort nu s-a infectat. În cazul cangrenei umede, țesutul mort este infectat cu bacterii.

Cangrena uscată

Țesutul mort este rece la atingere și devine din ce în ce mai negru. La început este dureros, dar pe măsură ce țesutul afectat moare, durerea scade în intensitate. Cu trecerea timpului, țesuturile se usucă și cad, dar de obicei cangrena nu se răspândește în organism. Totuși, există riscul să se dezvolte cangrenă umedă.

Cangrena uscată este mai probabil să apară la persoane care au diabet de mult timp, afectare a arterelor (arterioscleroză) sau care au suferit degerături severe recente.

Cangrena umedă

Cangrena umedă implică infecția bacteriană. Inițial, țesuturile afectate pot fi roșii și calde datorită inflamației. Cu trecerea timpului țesutul devine rece și albastru, și puroiul se poate scurge din zona afectată. Eventual, țesutul poate să se desprindă. Cangrena umedă are tendința să se răspândească rapid în organism și bacteriile contribuie la descompunerea țesuturilor. Dacă bacteriile produc gaze (care dau un miros puternic și dezagreabil țesutului distrus), situația este denumită cangrenă gazoasă. Netratată corespunzător, o persoană suferind de cangrenă gazoasă poate muri în câteva zile.

Profilaxie

Dacă aveți diabet sau arterioscleroză avansată, tratarea corectă a extremităților (în special a picioarelor) este esențială. Chiar și leziunile minime trebuie tratate cu atenție specială. Controlul atent al glicemiei (al nivelului glucozei sangvine) este foarte important dacă aveți diabet. Dacă fumați, opriți-vă. Orice țigară determină afectarea suplimentară a vaselor sangvine.

Dacă ați suferit o injurie, asigurați-vă că este tratată corespunzător. Dacă se produce infecția cu bacterii virulente, cangrena se poate produce chiar și în cazul leziunilor minime ale unui membru cu aport sangvin redus.

Tratament

Dacă suspectați că aveți cangrenă, consultați medicul imediat. Tratamentul trebuie să fie imediat. Chirurgia pentru a dezobstrua artera blocată poate fi o soluție. Țesutul afectat de cangrenă uscată se poate zbârci fără a crea alte probleme, însă îndepărtarea lui este adeseori necesară.

Medicația antibiotică este de obicei prescrisă pentru a trata cangrena umedă. Țesuturile afectate de cangrenă umedă pot necesita chiar îndepărtare chirurgicală.

zgârieturile necesită atenție imediată pentru că reducerea circulației înseamnă că țesutul se vindecă mult mai încet. Dacă sunt lăsate netratate, chiar și injurii minore la nivelul pielii membrelor inferioare sau a labei piciorului pot duce la infecție, cangrenă și posibil la amputație.

Tratament medicamentos

Medicul vă poate prescrie aspirină sau alt analgezic dacă durerea persistă și în repaus. Dacă starea dumneavoastră nu răspunde la modificarea stilului de viață, doctorul vă poate prescrie pentoxifilin (Trental) pentru a îmbunătăți circulația.

Un efect secundar posibil al acestui medicament este amețeala. Medicamentul cilostazol (Pletal) produce dilatarea arterelor de la nivelul picioarelor și împiedică sângele să se coaguleze.

Dacă aveți diabet sau hipertensiune arterială, aveți grijă și urmăriți prescripțiile medicului dumneavoastră, care îmbunătățesc fluxul sangvin.

Tratament chirurgical și alte proceduri

Chirurgia poate fi benefică dacă una dintre arterele mari de la nivelul membrului inferior devine blocată. În anumite cazuri doctorul poate recomanda o procedură care folosește un balon pentru a mări artera obstruată (angioplastie cu balon). Ocazional, laserul sau alte dispozitive sunt utilizate pentru a deschide arterele obstruate.

Chirurgia pentru înlăturarea arterelor afectate sau pentru a le șunta (cu vase artificiale) poate fi necesară. Chirurgia este în general rezervată pentru indivizii cu dureri, imposibilitatea de a merge, cu eroziuni tegumentare și cu riscul de a pierde un membru.

Embolia arterială

Semne și simptome

- Durere
- Piele rece și palidă
- Parestezii

Un embol este un coagul care s-a mișcat de la locul unde s-a format către o nouă locație, unde blochează fluxul sangvin. Embolul nu este același lucru cu trombusul. Trombusul este un cheag care s-a format într-un vas și care rămâne staționar.

Embolii pot fi multipli și mici, sau pot fi unici și masivi. Embolii sunt amenințători de viață, ca atunci când se duc către creier producând accident vascular cerebral, sau când se duc către un țesut de la nivelul membrelor, determinând moartea acestuia când embolia nu este tratată așa cum trebuie, în câteva ore. Originea

embolilor arteriali este de cele mai multe ori în atriul stâng. Embolii arteriali pot să aibă originea în atriul stâng al inimii, mai ales la persoanele care au suferit o tulburare de ritm (fibrilaţie atrială) sau în ventriculul stâng la persoanele care au avut un infarct.

Când se produce embolizarea, fluxul sangvin către zona afectată se poate opri deodată sau se poate să scadă gradat în săptămâni sau luni. Dacă un coagul sau un rest al unui depozit gras (placă) din aortă este transportat de fluxul sangvin într-o arteră de la nivelul coapsei, poate să astupe artera la nivelul genunchiului, unde arterele mai mari se împart în artere mai mici. Această obstrucţie duce la durere acută şi paloare distal de obstrucţie.

Diagnostic

Medicul vă va măsura tensiunea arterială la nivelul membrului afectat şi de asemenea poate să încerce să localizeze embolul prin examinare ultrasonografică sau angiografie (o analiză care constă în injectarea la nivelul vaselor a substanţei de contrast şi după aceasta efectuarea unei radiografii).

Cât de gravă este embolia arterială?

Dacă un coagul sau resturi din el nu sunt îndepărtate chirurgical în câteva ore, ţesuturile aflate distal de nivelul obstrucţiei pot muri iar amputaţia devine necesară.

Când apare embolia este important să protejăm membrul de orice traumatism împachetându-l cu o pătură moale sau cu tifon. Este tentant să punem căldură la locul respectiv, dar acest lucru poate afecta şi mai mult ţesutul lezat. Totuşi, protejarea membrului de pierderea de căldură prin utilizarea unei pături, a unui tifon sau a altui obiect pentru acoperire este utilă şi sigură.

Tratament

Odată ce diagnosticul de embolism arterial este pus, trebuie să fie administrată medicaţia anticoagulantă pentru a se încerca dezintegrarea embolusului, cel mai bine administrându-se direct în artera afectată cu ajutorul unui cateter (procedura se numeşte tromboliză). Utilizarea pe termen lung a aspirinei sau a altor medicamente anticoagulante poate fi folositoare pentru a preveni formarea altor coaguli.

Dacă integritatea membrului este afectată, chirurgia de extracţie imediată a coagulului este de aplicat imediat. Acest lucru se realizează de cele mai multe ori prin introducerea în arteră a unui cateter cu balon în vârf. Când este extras, balonul umflat extrage coagulul afară. Ocazional, şuntarea vasului lezat (bypass) este necesară.

Anevrismul de aortă

Semne şi simptome

- Frecvent nici unul
- O masă care pulsează în abdomen

Semne şi simptome de urgenţă

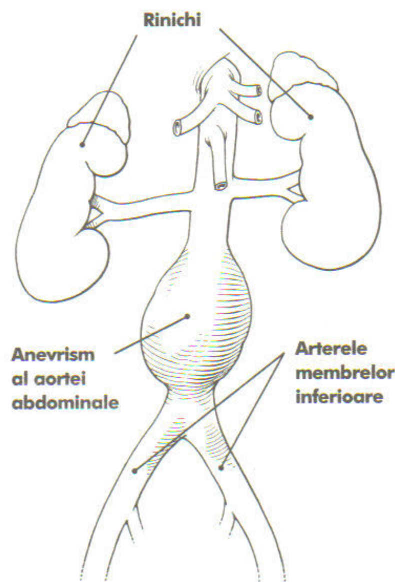
- Şoc
- Pierderea conştienţei

Un anevrism este o lărgirea anormală a unui vas sangvin. O parte slabă a vasului sangvin este întinsă şi sângele se scurge prin ea, frecvent determinând formarea unui balon în forma unui ou. Un anevrism poate să apară pe orice vas sangvin, inclusiv în vasele mari ale creierului sau în vasele mici oriunde altundeva în organism. Totuşi, un anevrism este cel mai probabil să apară într-o arteră (în mod particular în aortă), pentru că acestea transportă cea mai mare cantitate de sânge de la inimă. Un loc frecvent pentru producerea anevrismului de aortă este imediat mai jos de rinichi, dar deasupra joncţiunii dintre aorta abdominală şi arterele membrelor.

Anevrismele abdominale se credea că sunt rezultatul afectării pereţilor arteriali de către arterioscleroză. Există factori favorizanţi, cum este presiunea arterială crescută, care pot contribui la dezvoltarea unui anevrism.

În plus, expansionând peretele arterial un anevrism reprezintă în mod frecvent o acumulare de colesterol, calciu şi chiar coaguli mici de sânge. Fibrele musculare ale peretelui arterial devin slăbite şi fragmentate, fiind înlocuite cu ţesut cicatricial. În ciuda tuturor acestor schimbări, canalul central al arterei poate rămâne în limite normale.

Anevrismul aortic abdominal apare cel mai frecvent după vârsta de 55 de ani, bărbaţii fiind mai frecvent afectaţi decât femeile. Mai mult, o lovitură sau o infecţie pot slăbi unele vase sangvine, la fel cum se întâmplă în cazul unor



Un anevrism, o dilataţie anormală a unei artere, se poate produce la orice nivel, dar cel mai frecvent apare la nivelul aortei abdominale, imediat sub rinichi. Peretele slăbit al aortei se balonizează cu trecerea timpului, crescând de obicei cu o rată de 3-6 mm pe an.

anomalii congenitale. Anevrismul abdominal tinde să aibă o agregare familială.

Diagnostic

Frecvent, anevrismele aortice nu au simptome. În condiţii avansate, durerea poate fi prezentă la nivelul abdomenului şi al spatelui. Anevrismul are o rată de creştere de 3-6 mm pe an şi de obicei nu provoacă simptome până când sângele ajunge să băltească în peretele balonat al arterei. Dacă anevrismul se rupe, hemoragia masivă poate duce la şoc, pierderea cunoştinţei şi moarte.

Doctorul poate detecta vasele pulsatile la examinarea de rutină a abdomenului. În anumite cazuri, radiografia făcută pentru alte motive poate să arate un anevrism. Prezenţa acestuia este în mod frecvent confirmată cu o examinare ultrasonografică sau cu o tomografie computerizată.

Cât de grav este anevrismul aortic ?

Un anevrism abdominal aortic poate fi ameninţător de viaţă. Cel mai frecvent este descoperit în timpul unei autopsii. La fel ca hipertensiunea arterială şi unele forme de boală coronariană, un anevrism aortic abdominal poate fi o cauză de moarte subită. Dacă este descoperit la timp, la dispoziţia medicului se află proceduri chirurgicale pentru tratamentul acestei afecţiuni.

La unele persoane, straturile care compun peretele vasului se disecă (se separă). Este necesar tratamentul imediat. Frecvent, este necesară extirparea chirurgicala a porţiunii de arteră afectată.

Tratament

Medicamentele nu au valoare în tratamentul anevrismului aortic abdominal.

Supravegherea atentă

Dacă anevrismul este mic şi nu produce simptome în momentul în care este descoperit, doctorul vă poate recomanda să staţi în expectativă. Nu sunt necesare modificări ale activităţii dumneavoastră fizice, dar o examinare ultrasonografică sau o tomografie computerizată periodică se vor efectua pentru a determina dacă anevrismul creşte. În general, persoanele cu anevrism abdominal mic (sub 5 cm diametru) pot fi monitorizate corect şi sigur şi nu necesită tratament chirurgical, până când riscul estimat de ruptură depăşeşte riscul chirurgical.

Tratamentul chirurgical

Ca urgenţă sau ca o măsură preventivă doctorul vă poate recomanda o operaţie pentru a înlocui porţiunea afectată din aortă. O operaţie tradiţională pentru un anevrism aortic implică deschiderea abdomenului sau a pieptului, oprirea fluxului sangvin la nivelul aortei în aşa fel încât secţiunea afectată să poată fi înlocuită cu un tub sintetic. Deşi această procedură chirurgicală este de obicei încununată de succes, este necesară o incizie la nivelul abdomenului sau a pieptului, iar recuperarea poate dura câteva săptămâni.

O metodă nouă, minim invazivă denumită chirurgie endovasculară, utilizează un grefon sintetic ataşat la capătul unui cateter. Cateterul, în mod normal, este inserat în curentul sangvin printr-o arteră de la nivelul membrului inferior. Firul cateterului merge contra curentului prin aorta dumneavoastră şi este folosit pentru a poziţiona grefa la nivelul anevrismului. O dată instalat la locul potrivit, proteza se expandează şi se fixează cu cârlige mici sau cu ace. Proteza reduce presiunea exercitată pe pereţii aortei. Acest tip de chirurgie reduce timpul de refacere la câteva zile.

Riscul de ruptură anevrismală, o complicaţie ameninţătoare de viaţă, creşte cu cât anevrismul este mai mare. Chirurgia este relativ sigură când este făcută înainte de ruptură, însă mai puţin de jumătate din indivizii operaţi după ruptura anevrismală supravieţuiesc.

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Statul o perioadă lungă de timp în avion sau în automobil cauzează edeme ale gleznelor. Inactivitatea de asemenea creşte riscul de tromboză la nivelul venelor picioarelor. Pentru a evita formarea coagulilor sangvini trebuie să faceţi următoarele:

- plimbaţi-vă prin cabina avionului cel puţin o dată pe oră; când conduceţi, opriţi-vă la fiecare oră, plimbaţi-vă şi întindeţi-vă picioarele
- când staţi pe loc, efectuaţi flexii ale gleznelor;
- purtaţi ciorapi elastici, de compresie; vă vor ajuta prin comprimarea venelor, contribuind astfel la reîntoarcerea sângelui la inimă; purtaţi-i dacă sunteţi predispus la umflarea picioarelor şi a gleznelor;
- dacă nu sunteţi alergic la aspirină, luaţi în considerare luarea unei aspirine înaintea unei călătorii lungi; aceasta poate să prevină formarea cheagurilor; înainte de a folosi aspirina cu regularitate consultaţi doctorul.

Tromboflebita

Semne şi simptome

- Durere şi sensibilitate accentuată
- Înroşirea şi umflarea zonei afectate

Tromboflebita este termenul medical pentru coagularea sângelui şi pentru inflamaţia de la nivelul unei vene. Numele provine din cuvintele greceşti pentru tromb (*thrombos*), venă (*phleb*) şi inflamaţie (*itis*). Câteodată numele este prescurtat la flebită. Când componenta inflamatorie este minimă, se poate numi şi tromboză venoasă.

Flebita apare frecvent la o extremitate şi este mai frecventă la nivelul membrului inferior. Poate afecta fie venele profunde fie pe cele superficiale. Cauze potenţiale pot fi repausul prelungit la pat după o operaţie, paralizia, tumorile canceroase, utilizarea hormonilor estrogeni. Câteodată, repausul prelungit din timpul unei călătorii cu avionul sau cu maşina poate provoca tromboză venoasă.

Diagnostic

Când coagularea şi inflamaţia se produc la nivelul venelor situate la suprafaţa pielii (flebita superficială), doctorul poate face un diagnostic preliminar pe baza disconfortului local şi pe baza unui coagul tare, sensibil, care poate fi simţit şi văzut. Flebita

Limfedemul

Limfedemul este o acumulare anormală de lichid limfatic la nivelul extremităţilor. Produce umflături nedureroase care sunt prezente iniţial la nivelul degetelor şi al labei piciorului şi progresează către trunchi. Aceste forme de umflături (edeme) pot fi reduse iniţial după repaus la pat şi ridicarea picioarelor, dar cu timpul ameliorarea după aplicarea acestor proceduri poate deveni minimă.

În unele situaţii cauza este evidentă. De exemplu, apare după unele tipuri de leziuni traumatice, operaţii sau terapie radiologică. De asemenea, pot fi rezultatul unor infecţii tropicale. O cauză mai importantă de limfedem este cancerul, care obstruează fluxul de limfă în cavitatea abdominală. Aşadar, dacă dezvoltaţi limfedem din motive neexplicate la nivelul unei extremităţi, doctorul va trebui să efectueze analize pentru a putea exclude diagnosticul de cancer.

superficială este văzută mai ales în cazul venelor varicoase.

Când tromboflebita afectează venele profunde de la nivelul membrului inferior (sau mai rar de la nivelul braţelor), afecţiunea se numeşte tromboză venoasă profundă. Pentru a confirma diagnosticul doctorul va efectua unul sau mai multe teste speciale, incluzând examen ultrasonografic sau o venografie, în timpul căreia va injecta în vena afectată substanţă de contrast şi apoi va face câteva radiografii.

Cât de gravă este tromboflebita?

Tromboflebita superficială duce rar la complicaţii serioase. În cazul trombozei venoase profunde, pericolul principal este mobilizarea coagulului şi deplasarea acestuia împreună cu fluxul sangvin către plămâni, situaţie denumită embolie pulmonară. O complicaţie supărătoare, dar mai puţin periculoasă, denumită sindromul postflebitic, este o obstrucţie la nivelul venei care va determina umflarea persistentă a picioarelor; poate să apară după unul sau mai multe episoade de tromboză venoasă profundă.

Tratament

Tratamentul tromboflebitei superficiale este de obicei limitat la aplicarea de căldură în zona afectată, ridicarea picioarelor şi folosirea medicamentelor antiinflamatorii. Tromboza venoasă profundă este tipic tratată cu medicamente anticoagulante şi cu ridicarea membrelor inferioare dacă acestea se umflă. Spitalizarea poate fi necesară.

Tratament medicamentos

Medicamentele anticoagulante, precum heparina, sunt în mod specific prescrise pentru a trata tromboza venoasă profundă. Cel mai probabil va fi administrată intravenos, deşi există un tip de heparină denumită heparină cu greutate moleculară mică, care poate fi injectată fără a fi necesară internarea în spital. Urmând tratamentul cu heparină, anticoagulantele orale precum Warfarina (Coumadin) pot fi administrate timp de câteva luni sau mai mult. Scopul terapiei anticoagulante este de a preveni formarea altor emboli, în timp ce organismul dumneavoastră încearcă să dizolve trombii existenţi. Câteodată pot fi necesare medicamente care să dizolve coagulii din sângele dumneavoastră.

Filtrele

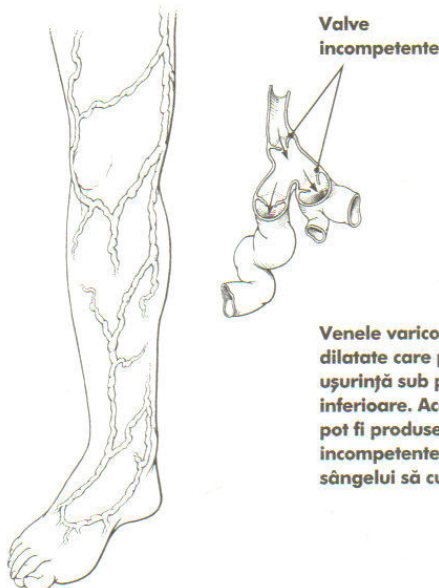
În situaţii rare pot fi inserate filtre la nivelul venei principale a abdomenului, pentru a preveni mobilizarea coagulilor de la nivelul membrelor inferioare către plămâni. Filtrele sunt frecvent utilizate la persoanele care prezintă sângerări şi cărora nu li se poate administra medicaţie anticoagulantă, dar care au tromboză venoasă profundă. Odată ce un filtru este plasat, rămâne la nivelul venei un timp nedeterminat. Acum filtrele s-au dezvoltat şi pot fi îndepărtate atunci când nu mai este nevoie de ele.

Venele varicoase

Semne şi simptome

- Mărirea uneori proeminentă a venelor vizibile pe sub piele de la nivelul picioarelor
- Coloraţia anormală (maro-gri) a pielii de la nivelul gleznei
- Ulceraţii ale pielii din vecinătatea gleznei

Venele varicoase sunt vene răsucite şi mărite care se află la suprafaţă sub pielea dumneavoastră. Numele provine din latinescul *varix*, care înseamnă răsucit. Orice venă poate deveni varicoasă, dar zonele cele mai susceptibile sunt



Venele varicoase sunt vene dilatate care pot fi văzute cu uşurinţă sub pielea membrelor inferioare. Aceste vene răsucite pot fi produse de valve incompetente, care permit sângelui să curgă retrograd.

gleznele şi laba piciorului. Aproximativ 47 milioane de americani au vene varicoase. Femeile au risc de două ori mai mare decât bărbaţii pentru această boală.

Venele varicoase apar datorită funcţionării anormale a valvelor de la nivelul venelor. În mod normal, valvele împiedică sângele să curgă retrograd, dar acestea pot deveni suprasolicitate în urma gravidităţii, tromboflebitei, anomaliilor congenitale, obezităţii şi chiar în urma statului în picioare perioade mari de timp. Când valvele devin slăbite şi nu mai sunt capabile să se închidă normal, sângele stagnează în vene. Drept rezultat, venele se măresc şi devin varicoase.

Telangiectaziile reprezintă o versiune uşoară a venelor varicoase. Sunt vene mai mici situate la suprafaţa pielii şi pot arăta ca o pânză de păianjen. Din punct de vedere medical nu constituie o problemă, dar pot cauza nemulţumiri de ordin estetic.

Diagnostic

Venele varicoase superficiale sunt dilatate, răsucite şi au culoare albastru-închis. Este posibil să aveţi sau nu dureri înţepătoare la nivelul piciorului.

Ocazional, venele profunde de la nivelul piciorului sunt implicate, determinând umflarea semnificativă a piciorului şi uneori apariţia ulceraţiilor cutanate. Această afecţiune este denumită insuficienţă venoasă.

Doctorul vă va examina membrele inferioare în timp ce staţi în picioare şi va căuta umflături sau alte semne ale insuficienţei venoase.

Ulcerele cauzate de venele varicoase sau de malfuncţia valvelor venoase sunt de obicei localizate lângă glezne şi se datorează suprasolicitării pe termen lung a ţesutului de la acest nivel datorită diminuării fluxului sangvin venos. Pigmentarea maronie de obicei precede apariţia unui ulcer.

Cât de grave sunt venele varicoase?

Venele varicoase nu sunt ameninţătoare de viaţă, dar tind să crească cu timpul. Dacă sunteţi preocupat de cum vor arăta şi cum le simţiţi, mergeţi la un doctor să vă examineze. În cazurile severe, pielea din vecinătatea venelor varicoase poate deveni pruriginoasă sau chiar se poate ulcera, iar pigmentaţia ei se poate modifica. Dacă se dezvoltă un ulcer varicos, contactaţi doctorul. Ulcerele necesită atenţie medicală sporită.

Tratament

Măsurile de autoîngrijire pot limita progresia şi disconfortul produs de venele varicoase. În anumite cazuri tratamentul chirurgical poate fi necesar pentru a corecta venele varicoase severe şi ulcerul varicos.

Autoîngrijire

Evitaţi să staţi în picioare sau jos pentru o perioadă lungă de timp. Dacă stilul dumneavoastră de viaţă este eminamente sedentar, aveţi grijă să flectaţi frecvent picioarele şi gleznele, adică ridicaţi-vă şi mergeţi puţin. La finalul unei zile puteţi observa că ridicarea picioarelor cel puţin 30 cm deasupra nivelului inimii dumneavoastră vă poate ajuta la reducerea edemelor.

Înţepăturile resimţite în picior şi umflăturile de la nivelul membrelor inferioare, datorate insuficienţei venoase, sunt cel mai frecvent tratate cu ciorapi compresivi. Aceştia împiedică acumularea unei presiuni crescute la nivelul membrului inferior şi previn formarea edemelor severe ale picioarelor, care pot conduce la îngroşarea pielii şi la ulceraţii.

Exerciţiile fizice regulate pot fi de asemenea eficiente. Activităţile precum mersul pe jos, mersul pe bicicletă sau înotul, vă ajută la reducerea presiunii la nivelul venelor şi pot contribui la reducerea disconfortului.

Tratament chirurgical

Dacă măsurile de autoîngrijire nu sunt suficiente, doctorul vă poate recomanda unul dintre următoarele tratamente. Majoritatea dintre ele sunt pot fi efectuate în ambulatoriu.

- *Scleroterapia* – venele varicoase mici şi medii sunt injectate cu o soluţie care le cicatrizează; procesul de cicatrizare închide venele dilatate şi sângele se întoarce la inimă prin venele sănătoase.
- *Flebectomia ambulatorie* – venele varicoase mici sunt scoase printr-o serie de incizii punctiforme ale tegumentului; anestezia locală este suficientă iar cicatricele sunt minime.
- *Stripping* – segmente mai lungi de la nivelul venelor sunt extirpate prin incizii de dimensiuni reduse; de obicei activitatea normală poate fi reluată în două săptămâni sau mai puţin.
- *Chirurgia venoasă endoscopică* – un tub flexibil (endoscop) cu o cameră video micuţă în vârf este inserat la nivelul piciorului pentru a-l ajuta pe chirurg să vizualizeze şi să închidă venele; sunt necesare numai incizii foarte mici; puteţi beneficia de această operaţie dacă aveţi vene varicoase severe cu ulceraţii cutanate.
- *Chirurgia laser* – venele varicoase mici şi telangiectaziile sunt închise cu ajutorul laserului; medicii încep să utilizeze din ce în ce mai frecvent laserul şi alte instrumente care utilizează căldura pentru a trata venele varicoase.

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Dacă aveţi vene varicoase sau disfuncţii ale valvelor de la nivelul venelor profunde, o componentă a tratamentului dumneavoastră poate să presupună purtarea de îmbrăcăminte adecvată. Un anumit tip de ciorapi medicinali (ciorapi compresivi) pot determina scăderea imediată şi de durată a durerii. Utilizarea ciorapilor compresivi poate fi de asemenea utilă în timpul sarcinii. Ei vă vor strânge ferm picioarele, ajutându-vă venele şi muşchii să împingă sângele mai eficient.

Ciorapii compresivi sunt vânduţi în magazinele de produse medicale. Puneţi-i dimineaţa, chiar înainte de a vă da jos din pat. Sunt călduroşi şi vă ţin de cald toată ziua. Aveţi grijă totuşi ca ciorapii pe care îi purtaţi să nu fie prea strânşi la nivelul coapsei sau a gambei.

Ulcerele vasculare cutanate

Semne şi simptome

- Edeme la nivelul membrului inferior
- Rană sau o inflamaţie care nu se mai vindecă la nivelul membrului inferior

- Senzaţie de mâncărime şi arsură într-un loc inflamat
- Paloare sau coloraţie anormală la nivelul membrului inferior
- Amorţeli şi parestezii la nivelul plantelor

Ulcerele vasculare cutanate de obicei apar ca mici inflamaţii la nivelul piciorului sau ca o mâncărime la nivelul tegumentului din jurul gleznei, din care se poate scurge lichid. Aceste ulcere se datorează circulaţiei arteriale şi venoase neadecvate la nivelul membrului inferior, care poate fi cauzată de boli precum ateroscleroza, diabetul, obezitatea şi graviditatea.

Cele două tipuri principale de ulcere vasculare ale pielii sunt ulcerele venoase şi ulcerele ischemice.

- *Ulcerele venoase* sunt cel mai comun tip de ulcere vasculare ale pielii. Sunt asociate cu probleme circulatorii la nivelul venelor şi se dezvoltă tipic în zona internă a piciorului sau la nivelul gleznei. Valvele unisens care împiedică reîntoarcerea sangvină pot fi întinse sau lezate, permiţând sângelui să stagneze. Poate apărea edemul, slăbind ţesuturile din jur. Pielea poate lua o culoare albăstruie sau maronie şi poate deveni tare, chiar înainte de a se transforma într-o rană deschisă. De la nivelul zonei inflamate se poate scurge lichid clar sau sangvinolent.

  Riscul dumneavoastră de a face ulcer venos este mai mare dacă sunteţi mai în vârstă de 60 de ani, dacă aveţi antecedente familiale de ulcere venoase şi dacă aveţi vene varicoase sau dacă sunteţi însărcinată.
- *Ulcerele ischemice* pot să apară când fluxul sangvin care aduce sânge oxigenat este redus la nivelul arterelor care irigă membrul inferior. Cauza principală de ulcere ischemice este ateroscleroza. Odată ce arterele devin din ce în ce mai îngustate, fluxul sangvin la nivelul membrului inferior poate fi redus semnificativ. Aceasta poate duce la crampe temporare sau la durere la nivelul muşchilor cauzate de mers (claudicaţie intermitentă).

Diagnostic

Pot fi necesare teste pentru a determina cauza ulcerului şi severitatea lui. Acestea pot consta în utilizarea manşetei de la tensiometru la nivelul membrelor inferioare şi în ecografie. Dacă este luată în considerare intervenţia chirurgicală, doctorul poate utiliza radiografia cu substanţă de contrast pentru vizualizarea venelor (venulogramă) sau arterele (arteriogramă).

Cât de grave sunt ulcerele vasculare cutanate?

O dată recunoscute, majoritatea ulcerelor vasculare ale pielii pot fi tratate şi eventual vindecate. Lăsat netratat, un ulcer cutanat poate deveni foarte profund, afectând ţesutul gras, muşchiul şi chiar osul.

Tratament

Toaleta şi pansamentele regulate ale ulceraţiei sunt o parte importantă a tratamentului. Pentru ulcerele venoase, pansamentele compresive pot fi de asemenea utilizate pentru a îmbunătăţi întoarcerea sangvină până când ulcerul se vindecă.

Alte opţiuni

Dacă un ulcer nu răspunde la aceste măsuri de tratament standard, sunt necesare o serie de măsuri mai intensive şi mai ţintite. Acestea includ:

- *pompe mecanice*: o manşetă ataşată la o pompă mică este amplasată la nivelul piciorului dumneavoastră. Pompa realizează compresie intermitentă, forţând sângele şi celelalte lichide care au extravazat în ţesuturi să se reîntoarcă în fluxul sangvin venos;
- *oxigenul hiperbar*: acest tratament presupune rămânerea periodică într-o cameră timp de 90 de minute, unde respiraţi oxigen pur la presiune mare care ajută la vindecarea leziunilor;
- *factori de creştere umani*: un unguent care conţine factori de creştere găsiţi la nivelul plachetelor sangvine este aplicată pe rană. Factorii de creştere stimulează formarea unui ţesut nou;
- *grefele de piele*: grefa de piele implică îndepărtarea pielii sănătoase dintr-o altă zonă a corpului şi aplicarea ei peste zona afectată de ulcer. Ca alternativă doctorul poate utiliza piele artificială (echivalentă pielii umane), care este un substituent celular de piele ce conţine celule derivate din ţesuturi umane; aceasta protejează rana şi pielea în curs de formare.

Tratament chirurgical

Doar 10-20% dintre persoanele cu ulcere venoase sunt candidate pentru tratamentul chirurgical. Majoritatea persoanelor cu ulcere ischemice pot fi ajutate prin anumite tipuri de tratament să-şi îmbunătăţească fluxul sangvin. Aceste tratamente pot consta în înlocuirea venelor pentru a trata venele varicoase sau angioplastie cu balon, în care balonul este introdus printr-un cateter şi este utilizat pentru a deschide artera obstruată. Un stent (adică o meşă metalică mică în formă de tub care este poziţionată într-o arteră după ce aceasta a fost dilatată) poate fi de asemenea plasat în artera afectată pentru a o menţine deschisă.

Alte opţiuni pot fi tratamentul chirurgical pentru scoaterea depozitelor grase (plăcile) şi cheagurile de sânge, sau şuntarea chirurgicală a zonei afectate cu ajutorul unei vene dintr-un material sintetic.

Boala Raynaud

Semne şi simptome

- Degetele de la mâini şi de la picioare albe după expunerea la frig, însoţite de durere înţepătoare
- Piele vânătă sau roşiatică

Denumită după Maurice Raynaud, un doctor francez care a descris-o acum mai bine de un secol, această boală este produsă de modificări ale circulaţiei de la nivelul mâinilor şi al plantelor. Constricţia vaselor sangvine de la nivelul extremităţilor, atunci când sunt expuse la temperaturi reduse, este normală. Totuşi, din motive necunoscute, la persoanele cu boală Raynaud acest răspuns la frig este exagerat.

În boala Raynaud, arterele de la nivelul degetelor mâinilor şi picioarelor suferă ceea ce se numeşte vasospasm. Se produce vasoconstricţia temporară, dar dramatică a vaselor, limitând aportul de sânge. Cu timpul, aceste artere mici se pot îngroşa pe alocuri, limitând şi mai mult aportul de sânge. Rezultatul

este că pielea afectată devine palidă şi întunecoasă datorită absenţei fluxului sangvin în acea zonă. Odată ce spasmul încetează, sângele se reîntoarce în acea zonă şi ţesutul devine roşu sau albastru, aspect denumit acrocianoză, înainte de a reveni la culoarea normală.

Femeile sunt mai predispuse la această boală decât bărbaţii. În mod tipic, primul episod apare înaintea vârstei de 40 de ani. Puteţi avea boală Raynaud fără a avea vreo altă boală asociată, situaţie denumită boală Raynaud primară, sau puteţi avea boala Raynaud ca o manifestare a unei alte boli, situaţie la care medicul se poate referi ca fenomen Raynaud sau boală Raynaud secundară. Fenomenul Raynaud poate fi datorat:

- bolilor de ţesut conjunctiv (cum sunt sclerodermia sau lupusul);
- folosirii anumitor medicamente, cum sunt beta-blocantele, care sunt utilizate pentru tratamentul hipertensiunii arteriale, preparatele care conţin ergotamină, care sunt utilizate pentru a trata migrenele, medicamente pentru răceală eliberate fără reţetă, narcoticele, precum şi alte medicamente care provoacă constricţia vaselor sangvine;
- expunerii la anumiţi agenţi în timpul chimioterapiei pentru cancer;
- expunerii la anumite substanţe chimice, în special la clorura de vinil, utilizată în industria cauciucului;
- folosirii pe termen lung a instrumentelor care produc vibraţii, cum sunt ciocanul pneumatic sau drujba.

Altă afecţiune înrudită (acrocianoza) constă în răceală persistentă la nivelul degetelor de la mâini şi de la picioare sau alte afectări ale ţesuturilor. Ca şi boala Raynaud, nu este o consecinţă a altor anomalii, dar zonele afectate sunt aproape întotdeauna reci. Transpiraţia excesivă acompaniază frecvent senzaţia de frig.

Diagnostic

Doctorul poate diagnostica boala Raynaud examinând părţile afectate, cum sunt degetele de la mâini şi de la picioare, pentru depistarea modificărilor caracteristice. Cu timpul, boala Raynaud poate duce la reducerea fluxului sangvin către ariile afectate, făcând ca extremităţile dumneavoastră să devină netede şi strălucitoare, iar unghiile să crească mai încet. Analize sangvine pot fi de asemenea efectuate pentru a diagnostica anumiţi anticorpi găsiţi la persoanele cu boli autoimune (cum sunt sclerodermia şi lupusul) şi de asemenea pentru a depista inflamaţia. Un test de stimulare la rece poate fi făcut pentru a observa cum degetele dumneavoastră de la mâini şi de la picioare reacţionează la temperaturi scăzute.

Cât de gravă este boala Raynaud?

Pentru majoritatea oamenilor boala Raynaud este mai mult o neplăcere decât o boală, dar majoritatea persoanelor cu fenomen Raynaud pot suferi de complicaţii cum sunt ulceraţii cutanate sau chiar moartea ţesuturilor afectate (cangrenă).

Tratament

Prevenţia este cheia reducerii numărului şi severităţii atacurilor de boală Raynaud. În anumite cazuri, medicaţia poate fi prescrisă. Rar este necesar tratamentul chirurgical.

Prevenire

Pentru a preveni atacurile de boală Raynaud, trebuie să aveţi o protecţie adecvată contra frigului: îmbrăcaţi-vă gros când vă expuneţi la frig şi protejaţi-vă întregul organism. Alţi paşi în prevenţie, pe care îi puteţi face sunt:

- Nu fumaţi – nicotina din tutun scade fluxul sangvin către piele.
- Folosiţi pahare izolate pentru băuturile reci.
- Folosiţi o pereche de mănuşi cu unul sau mai multe degete.
- Ţineţi pe frigider o pereche de mănuşi cu un deget sau cu două pentru a le folosi când umblaţi cu lucruri reci.
- Încălziţi-vă maşina cu câteva minute înainte de a pleca pe vreme rece.
- Stresul poate declanşa atacuri, aşa că cea mai bună soluţie este să evitaţi situaţiile stresante.
- Faceţi exerciţii fizice – efectuaţi-le în aşa fel încât să vă crească senzaţia de stare de bine şi să îmbunătăţească fluxul sangvin.
- Evitaţi medicamentele contra răcelii care sunt eliberate fără prescripţie medicală, deoarece acestea ar putea înrăutăţi simptomele. Dacă folosiţi anticoncepţionale, înlocuiţi-le cu alte metode de contracepţie, deoarece aceste medicamente vă afectează circulaţia şi vă pot produce atacuri. În caz de acrocianoză aceşti paşi sunt de obicei tot ce aveţi nevoie pentru a preveni apariţia simptomelor.

Tratament medicamentos

Dacă măsurile de prevenire nu sunt suficiente, doctorul vă poate prescrie un medicament, de exemplu un blocant de calciu sau un vasodilatator, pentru a relaxa muşchii netezi, pentru a dilata vasele mici de sânge şi pentru a preveni vasospasmul, care sunt caracteristice bolii Raynaud. Femeile care sunt însărcinate sau care încearcă să rămână însărcinate trebuie să evite medicaţia utilizată în tratamentul bolii Raynaud, pentru că acestea pot afecta fătul.

Tratamenl chirurgical

În situaţii extrem de rare, poate fi efectuată o procedură chirurgicală prin care sunt secţionaţi nervii simpatici ce controlează răspunsul vaselor sangvine (simpatectomia), însă nu este mereu încununată de succes. O procedură similară denumită blocaj simpatic poate fi realizată injectând substanţe chimice în nervul cel mai apropiat.

Boala Buerger

Semne şi simptome

- Durere şi sensibilitate la nivelul membrelor superioare şi inferioare
- Dureri la nivelul membrelor inferioare, al gleznelor şi al plantelor
- Ulceraţii la nivelul mâinilor şi picioarelor
- Piele de culoare roşie, vineţie sau palidă în zona afectată
- Mâini şi picioare reci

Boala Buerger este denumită după medicul american Leo Buerger, care a descris-o pentru prima dată în anul 1908.

Este o anomalie rară în care vasele sangvine de la nivelul mâinilor şi picioarelor se îmbolnăvesc. Pielea de la nivelul mâinilor şi picioarelor devine mai sensibilă, iar în timp apar durerea şi ulceraţiile gambiere, după care amputaţia este frecvent necesară. Aceasta se produce datorită blocajului care apare în vasele mici care aprovizionează cu sânge extremităţile.

Boala afectează caracteristic bărbaţii cu vârsta între 20 şi 40 de ani. Din motive neexplicate, pare că există o legătură între consumul de tutun şi boala Buerger.

Diagnostic

Doctorul poate pune diagnosticul de boală Buerger inspectându-vă mâinile şi picioarele. Frecvent, două sau mai multe membre sunt afectate. Pot fi necesare analize pentru a verifica dacă vasele sunt blocate la nivelul mâinilor sau picioarelor.

Cât de gravă este boala Buerger?

Dacă sunteţi fumător dar decideţi să vă lăsaţi de fumat, simptomele acestei boli pot dispărea. În anumite cazuri, mai ales în care consumul de tutun nu este oprit, poate să apară cangrena, fiind necesară amputaţia.

Tratament

Oprirea fumatului duce de obicei la vindecare. Evitaţi temperaturile joase sau alte situaţii care interferă cu circulaţia sangvină.

Căldura şi exerciţii fizice uşoare pot îmbunătăţi circulaţia. Pot fi prescrise medicamente pentru a relaxa musculatura din pereţii vaselor sangvine (vasodilatatoare). Un procedeu chirurgical prin care este secţionat nervul simpatic ce controlează vasul sangvin afectat (simpatectomie) poate fi realizată, cu toate că operaţia nu este mereu încununată de succes. ■

CAPITOLUL **27** PARTEA a V-a

Plămânii şi sistemul respirator



Plămânii fac parte din sistemul respirator. Acest sistem conţine o reţea de organe şi nervi care vă ajută să respiraţi. Plămânii sunt protejaţi de peretele toracic, care este format din coaste, cartilaje şi muşchii dintre ele. Diafragma este formată din fascii musculare care separă cavitatea toracică de cea abdominală.

Plămânii sunt moi şi buretoşi. Dacă sunteţi sănătos, ei au, de obicei, o culoare roz-gri, deşi chiar şi plămânii sănătoşi pot deveni negricioşi din cauza particulelor de carbon din aerul poluat. Plămânul drept este împărţit în 3 lobi, iar plămânul stâng în 2 lobi. Inima este situată între plămâni.

Pleura este o membrană care conţine o peliculă de lichid de lubrifiere între cele două foiţe ale sale. Pleura acoperă suprafaţa plămânilor şi interiorul peretelui toracic. Suprafeţele pleurale alunecoase permit plămânilor să se mişte cu uşurinţă în interiorul cavităţii toracice atunci când respiraţi.

Traheea se ramifică în 2 căi aeriene principale numite bronşii. Fiecare bronşie se mai ramifică în alte 2 bronşii mai mici, care se divid de mai multe ori, în final formând mai multe canale mai mici numite bronşiole. Ramificarea căilor aeriene dă sistemului respirator aspectul unui copac răsturnat.

Cele mai mici bronşiole se termină în saci elastici micuţi, bine închişi (alveole). Plămânii conţin aproximativ 300 de milioane de alveole. Dacă toate acestea ar putea fi întinse, ar putea acoperi o suprafaţă cam cât 1/2 dintr-un teren de tenis.

Vase sangvine mici transportă sânge la alveole. Aceste vase, numite capilare pulmonare, descarcă dioxidul de carbon din sânge în alveole pentru a fi expirat şi absorb în sânge oxigenul din alveole.

Cum funcţionează plămânii

Principala funcţie a plămânilor este de a asigura oxigenul şi de a elimina dioxidul de carbon. Pentru a ajunge în plămâni, aerul intră prin gură şi nas, trece prin partea posterioară a gâtului (faringe), prin laringe şi coboară în trahee şi în bronşii.

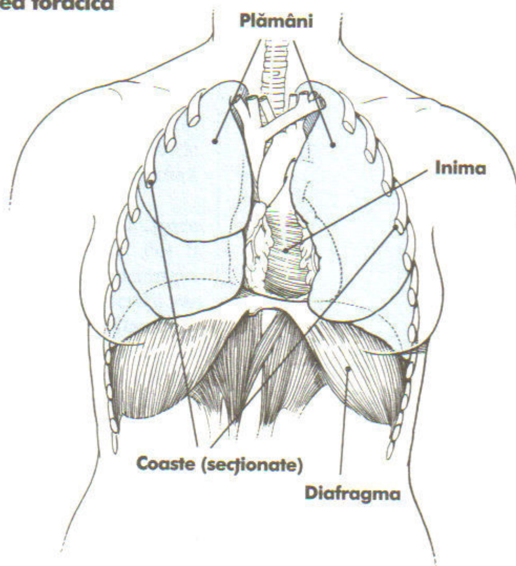
Când inspiraţi, muşchii dintre coaste se contractă, determinându-le să se mişte în sus şi în jos. În acelaşi timp, diafragma se contractă, împingând în jos către abdomen. Aceste 2 acţiuni cresc dimensiunile cavităţii toracice, făcând plămânii să se dilate, astfel încât aerul să fie aspirat în ei. Alveolele se umplu şi ele cu aer. În timpul unei respiraţii normale, un adult sănătos inspiră aproximativ 0,5 l de aer. Totuşi, într-o respiraţie profundă, puteţi aspira în plămâni cam 3-6 l de aer.

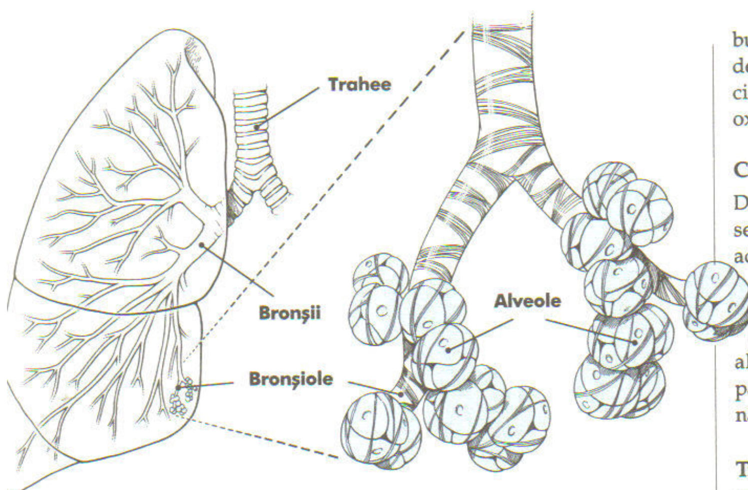
Când expiraţi, diafragma şi muşchii intercostali se relaxează şi revin la poziţia iniţială. Aceasta reduce dimensiunile cavităţii toracice, comprimând plămânii uşor şi forţând aerul acum încărcat cu dioxid de carbon să iasă din corp. Întregul proces de inspiraţie şi expiraţie se produce automat fără ca dumnevoastră să fiţi conştient de el.

Plămânii sunt legaţi de inimă prin arterele şi venele pulmonare. Termenul „pulmonar" derivă din cuvântul latin „pulmo", care înseamnă plămân. După ce a circulat prin corp, sângele se întoarce în partea dreaptă a inimii, unde cavitatea din partea dreaptă jos (ventriculul drept) îl pompează prin artera pulmonară către plămâni. Sângele trece apoi prin arterele plămânilor în vase de sânge din ce în ce mai mici, asemănătoare cu ramificaţiile bronşiilor. În final, ajunge în cele mai mici vase de sânge (capilare), care sunt situate în pereţii alveolelor.

După schimburile de gaze din alveole, sângele – acum transportând oxigen – trece în cele mai mici vene, care se unesc pentru a forma vase mai mari, până când venele pulmonare ajung la inimă. Venele pulmonare transportă sânge bogat în oxigen dinspre plămâni către partea stângă a inimii (ventriculul stâng). Ventriculul stâng pompează apoi sângele înapoi către celulele şi organele din corp.

Cavitatea toracică





Mărirea unui segment din plămân arată bronşiolele şi alveolele. În aceşti saci sângele eliberează dioxidul de carbon şi tot de aici absoarbe oxigenul.

Mecanismele de protecţie naturală

Sistemul respirator are câteva mecanisme de protecţie care împiedică substanţele străine să intre în plămâni. Perii şi mucusul din cavitatea nazală opresc particulele mari. Celulele speciale din trahee şi bronşii secretă mucus care ajută la menţinerea căilor aeriene umede şi lubrifiate. Mucusul captează şi bacteriile, praful şi alte substanţe străine.

Cilii sunt prelungiri microscopice asemenea unor fire de păr ale mucoaselor căilor aeriene. Cilii se mişcă mereu, astfel că mucusul se deplasează în sus, departe de plămâni şi către faringe, pentru a menţine curate căile aeriene. Unele substanţe, ca fumul de ţigară, interferează cu funcţia lor. Inhalarea fumului de ţigară duce la oprirea mişcării cililor şi creşte secreţia de mucus.

Infecţiile respiratorii

Dacă bacteriile, virusurile sau fungii intră în plămâni şi se cantonează acolo, pot produce unele boli, mergând de la boli benigne, frecvente, ca răcelile, la cele serioase ca bronşiolita, pneumonia şi tuberculoza.

Bronşiolita

Semne şi simptome

- Wheezing
- Expir dificil
- Respiraţie rapidă şi tahicardie
- Tuse productivă
- Febră
- Cianoză cutanată

O infecţie respiratorie ca aceea produsă de virusul gripal sau de bacterii poate determina tumefierea bronşiolelor şi secreţia excesivă de mucus. Aceasta este bronşiolita. Bronşiolita este destul de frecventă, mai ales în timpul iernii, la copiii sub 2 ani, dar, în anumite circumstanţe, poate apărea şi la adulţii tineri. De obicei, este determinată de o infecţie virală, adesea contractată de cineva din casa în care se află copilul. La copiii mici sau în familiile cu istoric de alergie sau la copiii cu bronşiolite recurente, la bază poate fi un factor alergic.

Diagnostic

De obicei, bronşiolita este precedată de o uşoară congestie nazală, 1-2 zile. Treptat, respiraţia devine tot mai dificilă şi poate să se accelereze, cu un expir tot mai puternic. Pot apărea şi wheezing, tahicardie şi tuse. Poate fi prezentă şi febra. În unele cazuri, buzele şi unghiile copilului pot deveni albastre – o stare numită cianoză – din cauza scăderii oxigenului din sânge.

Cât de gravă este bronşiolita?

De obicei, bronşiolita nu este serioasă la copiii mai mari şi la adulţi, dar poate fi gravă la copiii mici deoarece căile lor aeriene sunt mult mai înguste decât cele ale adulţilor. Căile aeriene ale unui copil mic pot deveni parţial sau total blocate, îngreunându-le respiraţia.

Tratament

Poate fi necesară spitalizarea, mai ales la copiii sub 2 luni care au cianoză, care au avut atacuri repetate de bronşiolită sau care respiră prea rapid sau prea lent. Tratamentul constă în asigurarea de aer cald, umed, poate şi în aport de oxigen. Folosirea medicamentelor depinde de tipul şi de severitatea bolii.

Majoritatea copiilor mici se refac în 2 – 7 zile, deşi în cazuri rare, această boală poate fi fatală. Aproximativ 50% dintre copiii care fac bronşiolită au mai târziu episoade de wheezing şi pot deveni receptivi la infecţii respiratorii.

Bronşita acută

Semne şi simptome

- Usturime în piept şi senzaţie de constricţie
- Respiraţie dificilă
- Wheezing
- Tuse
- Producţie de spută
- Frisoane
- Stare de rău şi febră uşoară

Când mucoasele care căptuşesc principalele căi aeriene (traheea şi bronşiile mari) se inflamează, boala se numeşte bronşită acută sau traheobronşită. Aproape oricine poate face bronşită la un anumit moment, aşa cum oricine poate răci. De aceea, este firesc să vă aşteptaţi să aveţi uneori bronşită acută.

Tusea

Tusea este atât normală, cât şi comună. Adesea mai mult enervantă decât gravă, tusea este un reflex normal de protecţie, desemnat să apere sistemul respirator de iritanţi.

Totuşi, o tuse puternică sau iritativă poate fi dureroasă şi enervantă. Unele dintre aceste tipuri de tuse cer consultul medicului. Altele răspund la metode simple de autoîngrijire şi la medicamente eliberate fără prescripţie.

Ce produce tusea?

Mucusul care căptuşeşte cavitatea nazală şi căile aeriene creşte ca răspuns la iritanţii pe care îi captează. Iritanţii stimulează receptorii tusei din nas, din gât şi torace, iar receptorii trimit mesaje la creier ceea ce produce tuse pentru îndepărtarea iritanţilor prin eliminarea de mucus. Virusurile care produc răceala şi gripa sunt cele mai frecvente cauze de tuse. În general, tusea dispare când infecţiile se rezolvă. Alte tipuri de tuse pot fi determinate de:

- *Scurgerile postnazale.* Supraproducţia de mucus care se scurge lent din spatele nasului în gât se poate datora alergiilor, inflamării mucoaselor din sinusuri (sinuzită) sau altor cauze.
- *Iritanţii din mediu.* Aceştia pot fi fumul de ţigară, smogul, praful, spray-urile de casă cu aerosoli, alte parfumuri şi aerul rece şi uscat.
- *Astmul.* Deoarece astmul inflamează şi contractă căile aeriene, se produce tusea, mai ales dacă accesele survin în timpul nopţii, după efort sau când sunteţi expus la iritanţi. Deşi wheezing-ul este un simptom comun al astmului, multe persoane cu această boală tuşesc, dar nu au wheezing.
- *Boala de reflux gastroesofagian (GERD).* Este rezultatul acidului din stomac care urcă în esofag – şi, în rare cazuri, în plămâni – când staţi întins. Deşi pirozisul este cel mai cunoscut simptom al GERD, unii oameni au în loc de acesta tuse.
- *Unele medicamente.* Acestea sunt inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei (ACE) şi unele beta-blocante prescrise pentru hipertensiune arterială sau pentru boli de inimă.
- *Un corp străin într-o bronşie.* Rareori, un corp străin, cum ar fi o bucată de aliment, poate staţiona într-o bronşie, producând tuse.
- *Tusea în sine.* Unii oameni tuşesc din obişnuinţă. Nu există nici o explicaţie medicală pentru tusea lor, şi uneori nu sunt conştienţi că tuşesc. Pentru unii poate fi o metodă de eliberare a tensiunilor nervoase sau de exprimare a furiei. Oricare ar fi motivul, tusea poate să irite gâtul şi să ducă la continuarea ei, instalându-se un cerc vicios.

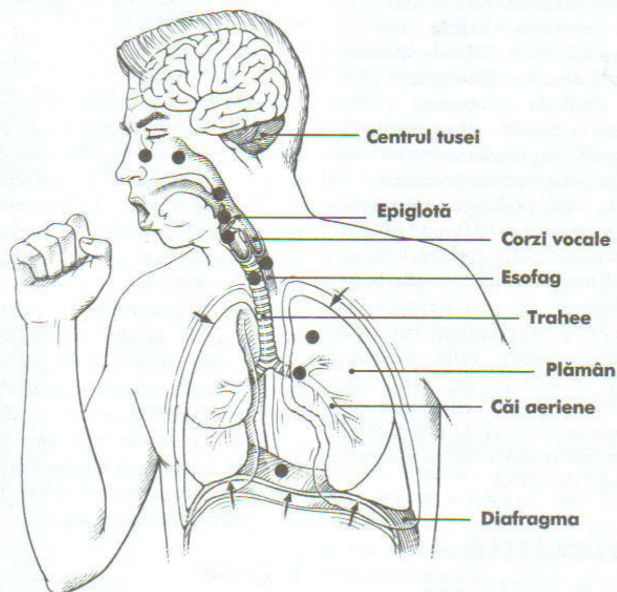
Tratament

Tratamentul depinde de tipul de tuse.

Tusea uscată

Tusea uscată, tăioasă, în general dispare în 1-2 săptămâni. Consumul de lichide, mai ales de apă, vă menţine gâtul lubrifiat. Dacă o tuse persistentă vă irită gâtul, sugeţi nişte bomboane sau tablete pentru gât, ori beţi ceai fierbinte îndulcit cu miere pentru a vă alina gâtul. Deoarece folosirea pe termen lung a acestor produse vă poate afecta dinţii, iar caloriile în plus din zahăr pot produce creştere în greutate, folosiţi mai bine bomboane şi tablete pentru gât fără zahăr.

Dacă tusea este produsă de GERD, încercaţi antiacide şi ridicaţi căpătâiul patului cu 15-20 cm punând înălţătoare sub picioare.



Tusea începe când iritanţii ajung la unul dintre receptorii pentru tuse din cavitatea nazală, gât sau torace (vezi punctele din figură). Receptorul trimite un mesaj la centrii tusei din creier, semnalându-i organismului să tuşească. După ce inspiraţi, epiglota şi corzile vocale se strâng, captând aerul în plămâni. Muşchii abdominali şi toracici se contractă puternic, împingând în diafragmă (vezi săgeata). În final, corzile vocale şi epiglota se deschid brusc, permiţând aerului captat să fie expulzat.

Dacă simptomele persistă, consultaţi un medic care vă poate prescrie medicamente pentru împiedicarea refluxului.

Pentru a reduce temporar frecvenţa tusei, luaţi un antitusiv fără prescripţie medicală. Deşi codeina este unul dintre cei mai eficienţi supresori ai tusei, este un narcotic, aşa că în majoritatea statelor medicamentele pentru tuse care conţin codeină se eliberează doar cu prescripţie medicală. Dextromethorphan este aproape la fel de eficient ca şi codeina, cu mai puţine riscuri sau reacţii adverse. Este trecut în lista medicamentelor care supresează tusea eliberate fără prescripţie.

Tusea productivă

Tusea productivă este cea care elimină mucusul pentru îndepărtarea iritanţilor din plămâni şi din căile aeriene. Este mai bine să nu supresaţi tusea productivă. Consumul de lichide, mai ales de apă, ajută la subţierea şi înmuierea mucusului pentru a face tusea mai productivă. Totuşi, dacă tusea continuă să vă întrerupă somnul, puteţi lua suficiente antitusive pentru a scădea frecvenţa şi gravitatea tusei, dar nu prea multe încât s-o opriţi total.

Antihistaminicele pot servi la uscarea secreţiilor asociate cu alergiile, ca sinuzitele şi scurgerile postnazale, dar pot da somnolenţă. Nu luaţi antihistaminice în combinaţie cu alcool sau cu tranchilizante sau atunci când trebuie să fiţi teaz.

Tusea cronică

Dacă tusea durează mai mult de 2 - 3 săptămâni, devine tot mai gravă şi se însoţeşte de wheezing, febră, transpiraţii nocturne, scădere în greutate sau mucus sangvinolent, puteţi avea tuse cronică. Îngrijirea unei tuse cronice necesită o evaluare corectă şi identificarea cauzei, dacă este posibil.

În majoritatea cazurilor, această afecţiune comună este produsă de o infecţie virală similară celor care produc răceli banale. Infecţia se extinde în bronşii, producând o tuse puternică, cu eliminarea unei spute galben-verzui.

Diagnostic

Dacă aveţi febră, disconfort toracic ce vă taie respiraţia sau tuşiţi eliminând sânge sau spută galbenă sau verde, consultaţi medicul. El vă ascultă plămânii cu ajutorul unui stetoscop şi poate cere să faceţi radiografii, cultură de spută sau alte teste de rutină pentru a elimina alte cauze. Dacă aveţi boală pulmonară cronică sau probleme de inimă, cum ar fi astm bronşic, emfizem, bronşită cronică sau insufucienţă cardiacă congestivă, şi credeţi că aveţi bronşită, este deosebit de important să consultaţi un medic.

Cât de gravă este bronşita acută?

În aproape toate cazurile, această formă temporară dar severă de bronşită se ameliorează în mai multe zile, fără a lăsa urme. Totuşi, recidivele unei bronşite se pot asocia cu o problemă de sănătate mult mai serioasă.

Tratament

Deoarece bronşita este cel mai adesea rezultatul unei infecţii virale, medicul nu va putea face prea multe pentru a grăbi vindecarea. De bază în tratamentul majorităţii bronşitelor acute sunt repausul, consumul de suficiente lichide, administrarea de acetaminofen (Tylenol) pentru febră şi de antitusive eliberate fără prescripţie.

În plus, evitaţi alţi iritanţi din aer, cum ar fi fumul de ţigară. Nu trebuie să staţi la pat cât timp aveţi bronşită acută, dar este înţelept să rămâneţi într-o ambianţă caldă în care aerul este într-o anumită măsură umidifiat, posibil cu ajutorul unui vaporizator.

Medicul vă poate prescrie un bronhodilatator pentru a ajuta la dilatarea căilor aeriene îngustate din plămâni. Sputa galbenă sau verde poate indica o infecţie bacteriană, pentru care medicul vă poate prescrie un antibiotic.

Profilaxie

Dacă aveţi bronşite repetate, se poate fie datorită condiţiilor în care locuiţi. De exemplu, mediile reci, umede, combinate cu poluarea excesivă a aerului pot să vă facă mai susceptibil la bronşita acută.

Infecţia cu virusul sinciţial respirator

Semne şi simptome

- Wheezing
- Nas congestionat sau care curge
- Tuse
- Febră scăzută
- Respiraţie accelerată sau dificilă
- Piele albăstruie

Virusul sinciţial respirator (RSV) dă o infecţie respiratorie frecventă la copiii sub 4 ani. Adulţii pot să se infecteze şi ei. RSV poate afecta tractul respirator superior sau inferior.

Produsă de un virus care intră în corp prin ochi, nas sau gură, această infecţie se răspândeşte cu uşurinţă. Dacă inhalaţi secreţiile respiratorii infectate, cum ar fi cele eliminate prin tuse sau strănut, sau dacă atingeţi obiecte contaminate cu secreţii nazale sau orale şi apoi vă atingeţi gura, nasul sau ochii, este posibil să contractaţi virusul.

Sezonul de vârf pentru contractarea virusului începe toamna şi se termină primăvara.

Diagnostic

Medicul poate suspecta infecţia cu virusul sinciţial respirator pe baza unui examen fizic, în timpul căruia poate asculta plămânii copilului cu un stetoscop pentru a verifica dacă există wheezing sau alte zgomote anormale. Poate cere şi teste de sânge pentru a verifica

numărul leucocitelor sau poate verifica prezența virusurilor, bacteriilor sau altor microorganisme, ca și radiografii pentru a exclude penumonia sau alte boli. Poate recolta secreții respiratorii pentru analiză prin introducerea unui tampon în nas.

Cât de gravă este infecția cu virusul sincițial respirator?

La adulți și la bătrâni, diferit de copiii sănătoși, infecția tipică seamănă cu o răceală banală. De obicei, simptomele se ameliorează în 7-10 zile.

La unii copii mici, la copiii cu boli ca malformații congenitale de cord sau boli pulmonare, ori la copiii născuți prematur, infecția poate fi mai severă, chiar amenințătoare de viață, necesitând spitalizare.

Dintre sugarii și copiii mici infectați prima dată, aproximativ 25-40% dezvoltă și simptome de pneumonie și bronșită. O altă complicație este otita medie.

Tratament

Deoarece virusul sincițial respirator produce o infecție virală, antibioticele nu sunt utile decât dacă apare și o infecție bacteriană, cum ar fi o otită sau o pneumonie bacteriană. În cazuri de infecție severă, sugarii și copiii mici pot necesita spitalizare pentru a fi tratați cu oxigen umidifiat care să le asigure destul oxigen în sânge, cu lichide intravenoase pentru a împiedica deshidratarea și, uneori, prin ventilare, pentru a ajuta respirația.

Tratament medicamentos

Medicamente eliberate fără prescripție ca acetaminofenul (Tylenol) pot ameliora simptomele. În cazuri severe, medicul poate prescrie un bronhhodilatator sau ribavirin (Virazole), un medicament antiviral inhalat printr-un pulverizator sau printr-o mască facială. Eficiența bronhodilatatoarelor și a ribavirinului este incertă.

Autoîngrijirea

Pentru ușurarea respirației folosiți un umidificator rece sau un vaporizator pentru umidifierea aerului. Asigurați-vă că țineți umidificatorul curat pentru a împiedica dezvoltarea de bacterii sau mucegaiuri. Statul în picioare ameliorează respirația. Dați lichide suficiente persoanei bolnave, inclusiv lichide calde, cum ar fi supă. Picăturile nazale cu ser fiziologic pot ameliora congestia.

Profilaxie

Nu există nici un vaccin contra bolii, dar imunoglobulina virusului sincițial respirator (RespiGam) și palivizumab (Synagis) pot reduce riscul spitalizării și pot limita severitatea bolii. Se pot administra lunar la bolnavii cu risc crescut, timp de 5 luni în timpul perioadei de vârf a infecției.

Pneumonia

Semne și simptome

- Tuse cu spută colorată sau sangvinolentă
- Febră mare și frisoane
- Respirație dificilă
- Durere toracică accentuată în timpul respirației profunde și tusei
- Scăderea apetitului
- Greață și vărsături
- Piele albăstruie
- Oboseală
- Confuzie mintală

Pneumonia este o inflamație frecventă, posibil gravă a plămânilor, care produce o respirație dificilă. În SUA afectează cam 1 din 100 de persoane în fiecare an.

Există multe tipuri de pneumonie. Ele variază ca intensitate de la forme blânde la cele amenințătoare de viață. Pneumonia poate afecta unul sau ambii plămâni. Inflamația ambilor plămâni este numită uneori dublă pneumonie.

Cauze

Pneumonia are mai bine de 50 de cauze. Pneumonia infecțioasă poate fi produsă de virusuri, bacterii ca penumococi, stafilococi și streptococi, precum și de alte microroganisme. Virusurile, inclusiv cele care produc gripa, sunt răspunzătoare de aproape 50% din totalul cazurilor de pneumonie. Iritanții chimici, paraziții și unele tipuri de fungi, de asemenea pot cauza pneumonie. Microorganismele de tip *Mycoplasma pneumoniae* dau simptome asemănătoare pneumoniei virale și bacteriene, deși simptomele apar mai lent și sunt, de obicei, mai blânde. Pneumonia este adesea clasificată în funcție de locul sau de modul în care ați fost expus la boală. Această clasificare include:

Pneumonia comunitară

Pneumonia comunitară își ia numele de la modalitatea în care este contractată – mai degrabă din comunitate decât din spital. Cauzele frecvente ale pneumoniei comunitare sunt bacteriile pneumococice, mycoplasmele și virusurile gripale.

Pneumonia de spital

Riscul de a dezvolta pneumonie crește dacă sunteți internat, mai ales dacă sunteți conectat la un ventialtor mecanic, dacă vă aflați într-o secție de terapie intensivă sau dacă aveți un sistem imunitar afectat. Într-un spital sunt prezente multe tipuri de microorganisme potențial infectante și acestea pot fi mult mai periculoase decât cele întâlnite în viața de zi cu zi. Pneumonia de spital poate fi foarte gravă, mai ales la adulți și la copiii mici.

Pneumonia de aspirație

Penumonia de aspirație este rezultatul aspirării de material străin în plămâni. Aceasta se produce, de obicei, atunci când conținutul stomacului intră în plămâni după ce ați vărsat.

Pneumonia produsă de microorganisme oportuniste

Pneumonia produsă de microorganisme oportuniste afectează

persoanele cu sistemul imunitar compromis. Microorganismele oportuniste, în general, nu produc îmbolnăvire la persoanele sănătoase, dar sunt extrem de periculoase la cei infectaţi cu HIV sau SIDA, cu drepanocitoză şi în alte boli care afectează sistemul imunitar. Medicamentele care supresează sistemul imunitar, cum ar fi corticosteroizii sau tratamentele pentru anumite cancere, de asemenea vă cresc riscul pentru acest tip de pneumonie.

Diagnostic

Deoarece pneumonia mimează adesea răceala sau gripa, multe persoane nu-şi dau seama că o au. Simptomele pot varia în funcţie de microorganismul care produce pneumonia.

Medicul vă va asculta plămânii cu un stetoscop pentru a verifica dacă există zgomote ca bolboroseli sau pocnituri (raluri) sau ca huruituri (ronhusuri). Aceste zgomote pot indica inflamaţia produsă de infecţie. Medicul poate cere o radiografie de torace pentru a depista localizarea şi extinderea infecţiei.

Dacă sistemul imunitar este compromis sau dacă radiografia nu este edificatoare, puteţi face o tomografie computerizată (CT).

O probă de spută poate fi testată pentru a servi la identificarea agentului infectant. De obicei, puteţi da un eşantion de spută pur şi simplu prin actul tusei. În unele cazuri, poate fi necesar să folosiţi alte metode pentru a obţine eşantionul de spută, cum ar fi cu ajutorul unui bronhoscop. Medicul poate solicita şi teste de sânge pentru a verifica numărul de leucocite sau pentru a cerceta prezenţa virusurilor, a bacteriilor sau a altor microorganisme.

Cât de gravă este pneumonia?

În SUA, peste 40 000 de oameni mor anual de pneumonie. Oricine poate inhala anumite microorganisme care pot produce pneumonie. Gravitatea acestei boli depinde de starea generală de sănătate şi de tipul de pneumonie pe care o contractaţi. Persoanele sănătoase au, în general, mecanisme de apărare suficiente pentru a neutraliza majoritatea agenţilor infecţioşi. La persoanele tinere, pneumonia poate fi o boală blândă, nediagnosticată, care să fie considerată drept o simplă răceală.

Dacă alcoolismul, vârsta, traumatismele, utilizarea medicamentelor imunosupresoare sau alte boli v-au afectat mecanismele de apărare naturală, puteţi deveni mai susceptibil la pneumonie. La adulţii mai în vârstă şi la persoanele slăbite de boală – mai ales la cele cu insuficienţă cardiacă sau cu boli pulmonare, cum ar fi astmul sau emfizemul – pneumonia poate fi fatală.

Pneumonia poate fi mortală când inflamaţia cauzată de boală afectează atât de multe alveole încât interferează cu capacitatea dumneavoastră de a respira. În unele cazuri, inflamţia intră în circulaţia sangvină – o stare numită bacteriemie invazivă. Se poate răspândi apoi mult şi repede în alte organe, unde poate produce abcese.

Uneori, se acumulează fluid între foiţele pleurei care acoperă suprafaţa plămânului şi căptuşeşte interiorul peretelui toracic. Această afecţiune este cunoscută sub denumirea de revărsat pleural. Când plămânii dumneavoastră sunt infectaţi, se poate acumula lichid şi să se infecteze.

? **Întrebare şi răspuns**

Ce este pneumonia plimbătoare?

Termenul de *pneumonie plimbătoare* nu este un termen medical. Este utilizat tipic pentru a descrie o pneumonie nu atât de severă încât să necesite repaus la pat. Majoritatea persoanelor afectate nu se simt atât de rău încât să solicite consult medical.

Dacă vi se spune că aveţi acest tip de pneumonie, ea se datorează unor microorganisme numite micoplasme. Acest tip de pneumonie comunitară se răspândeşte uşor printre persoanele care petrec mult timp împreună, de exemplu şcolarii. De obicei, afectează persoanele sub 40 de ani. Deşi nu este o infecţie bacteriană adevărată, răspunde bine la tratament antibiotic.

Micoplasmele produc simptome similare celor din pneumoniile bacteriene şi virale, deşi apar mai lent şi sunt mai blânde.

Tratament

În caz de pneumonie sunt esenţiale îngrijirea medicală adecvată, repausul la pat şi supravegherea corectă. Tratamentul depinde de cauza şi de severitatea pneumoniei. În pneumonia virală, de exemplu, antibioticele nu sunt eficiente decât dacă aveţi o infecţie bacteriană secundară.

Tratament medicamentos

Dacă penumonia este de cauză bacteraină sau mycoplasmatică, este posibil ca medicul să vă recomande un antibiotic. Indiferent de cauză, medicul s-ar putea să vă recoamande antitermice eliberate fără prescripţie, analgezice şi antitusive. Dacă aveţi tuse productivă – adică cu eliminare de mucus pentru a ajuta la îndepărtarea iritanţilor din plămâni şi din căile aeriene – nu o supresaţi complet. Dacă folosiţi un antitusiv, administraţi-vă cea mai mică doză care vă poate permite să vă odihniţi.

Alte tratamente

Spitalizarea poate fi necesară în cazuri severe, de exemplu dacă respiraţia dumnevoastră este dificilă. Puteţi primi antibiotice intravenoase şi supliment de oxigen. Dacă aveţi revărsat pleural, poate fi necesar drenajul cu un ac sau printr-un tub intratoracic.

Profilaxie

Deoarece pneumonia poate fi o complicaţia a gripei, vaccinul anual antigripal poate să scadă riscul de pneumonie. O doză de vaccin polizaharidic pneumococic (PPV) reduce de asemenea riscul de a face o penumonie bacteriană numită pneumonie pneumococică. Vaccinul pneumococic se recomandă la:

- adulţii sănătoşi cu vârsta de 65 de ani şi mai mult;
- persoane cu diabet sau cancer;
- adulţi cu boli cronice de inimă, de rinichi sau de ficat;
- persoane cu alcoolism;
- persoane cărora li s-a scos splina;
- persoane cu sistem imunitar deprimat;
- persoane care lucrează în creşe sau în instituţii de îngrijire pe termen lung;
- persoane cărora li s-a făcut un transplant de organ.

Dacă vă încadraţi în una dintre aceste categorii, întrebaţi medicul despre o posibilă vaccinare. S-ar putea să aveţi nevoie de o a doua doză după 5 ani. Un vaccin cunoscut sub denumirea de vaccin pneumococic conjugat (PCV) poate ajuta la protejarea copiilor mici contra pneumoniei. Se recomandă ca vaccinul să se administreze în 4 doze tuturor copiilor între 2 şi 15 luni. Vaccinul se mai recomandă la copiii între 2 şi 5 ani, care nu au primit vaccin pneumococic şi au risc mare de boală, cum ar fi cei cu o deficienţă de sistem imunitar, cu astm, boli cronice de inimă sau de plămâni sau drepanocitoză.

Alte metode care pot servi la reducerea riscului de pneumonie sunt spălarea regulată şi minuţioasă a mâinilor, evitarea fumatului, o dietă sănătoasă şi mişcarea fizică regulată.

Sindroame care pot mima pneumonia

Unele boli rare de plămâni care nu sunt produse de agenţi infecţioşi pot mima pneumonia. Printre acestea se numără:

Proteinoza pulmonară alveolară

Proteinoza pulmonară alveolară apare când se acumulează fluid în interiorul alveolelor. Apare mai ales la bărbaţi între 20 şi 50 de ani care nu se ştiu cu boli pulmonare. Cauza este necunoscută.

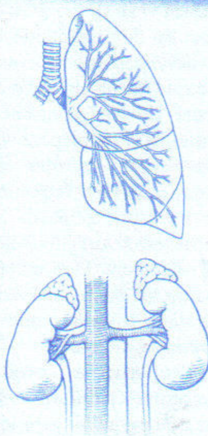
În proteinoza pulmonară alveolară, alveolele umplute cu fluid împiedică plămânul să transfere oxigenul în sânge, producând scurtarea respiraţiei la efort şi uneori în repaus. Majoritatea nefumătorilor cu această boală au şi o tuse neproductivă, iar fumătorii dezvoltă o tuse care produce spută. O radiografie pulmonară poate arăta zone umbrite în ambii plămâni.

Persoanele cu simptome puţine sau deloc nu necesită tratament. În cazul altora, o procedură numită lavaj pulmonar total, realizat sub anestezie generală, poate fi folosită pentru a spăla lichidul din alveole.

Persoanele cu această boală se vindecă, de obicei, deşi, uneori, boala poate reapărea.

Sindromul Goodpasture

Cauza precisă a acestui sindrom este necunoscută, deşi se crede că apare mai frecvent la bărbaţii tineri, fumători. Produce sângerare a plămânilor şi un tip de inflamaţie a rinichilor numită glomerulonefrită (vezi pag. 937). Deşi hemoragia pulmonară poate fi ameninţătoare de viaţă, efectul asupra plămânilor poate varia de la forme blânde la cele severe. Diagnosticul este pus pe o biopsie fie din plămân, fie din rinichi. Evoluţia bolii variază mult.



Medicul vă poate prescrie corticosteroizi sau Ciclofosfamidă (Cytoxan) pentru a controla boala. În plus, poate recomanda eliminarea anticorpilor din sânge care au rol în producerea bolii.

Tuberculoza

Semne şi simptome

- Tuse persistentă care poate produce spută decolorată sau sangvinolentă
- Febră uşoară
- Oboseală
- Scăderea apetitului şi în greutate
- Transpiraţii nocturne
- Durere în timpul respiraţiei sau al tusei
- Durere în coloana vertebrală sau în articualţiile mari

Tuberculoza (TBC) a apărut încă din antichitate. Deşi incidenţa ei a scăzut mult în ultimul secol, s-a înregistrat o creştere semnificativă prin anii '80. Aceasta s-a semnalat mai ales la persoanle care trăiau în oraşe şi la cei infectaţi cu virusul imunodeficienţei umane (HIV). Boala a apărut mai frecvent în anumite zone ale SUA, unde este corelată cu sosirea refugiaţilor din Asia, Africa şi America Centrală.

TBC este o infecţie bacteriană de lungă durată (cronică). O puteţi contracta dacă inhalaţi picături răspândite în aer de o persoană cu această boală, care strănută sau tuşeşte. Riscul ca dumneavoastră să contractaţi boala variază direct proporţional cu frecvenţa şi intensitatea contactelor pe care le aveţi cu persoane infectate.

TBC este produsă de *Mycobacterium tuberculosis*. Aceste bacterii pot ataca orice parte a organismului, dar cel mai adesea invadează plămânii.

Diagnostic

Dacă sunteţi expus la bacteriile TBC, acestea pot să intre în organismul dumneavoastră. Puteţi fi infectat, dar să nu aveţi iniţial nici un simptom sau să aveţi doar o tuse uşoară şi febră mică.

Microorganismul se poate răspândi prin ganglionii limfatici şi sânge în aproape orice parte a corpului. Zonele cele mai afectate sunt plămânii şi seroasa care acoperă plămânii (pleura), coloana vertebrală şi rinichii. Dacă sunt implicaţi rinichii, puteţi avea simptome similare celor ale unei infecţii urinare.

Testul IDR la PPD poate determina dacă aţi fost infectat cu microorganismul TBC-ului. Acest test presupune injectarea unei cantităţi mici de derivat proteic tuberculinic subcutanat. Dacă aţi fost infectat cu microorganismul TBC-ului, această injecţie produce o recţie cutanată în 48-72 de ore. Medicul sau asistenta vor interpreta rezultatul acestui test la 2-3 zile după injecţie. Dacă aveţi o infecţie foarte activă sau dacă sistemul imunitar este supresat, reacţia la tuberculină poate fi fals negativă.

Un diagnostic preliminar de TBC se bazează adesea pe o radiografie de torace, în care modificările apar la 2-3 luni de la infecţia iniţială. În plus, medicul vă poate recolta spută pentru frotiu şi examinare la microscop. El poate să mai utilizeze o tehnică numită reacţia în lanţ a polimerazei (PCR) pentru a vedea dacă aţi fost infectat cu microorganismul TBC.

Diagnosticul este confirmat de creşterea microorganismului (cultură) în laborator. Sputa dumneavoastră este, de obicei, cel mai uşor de obţinut eşantion pentru cultură. Alte surse obişnuite sunt urina şi secreţiile gastrice. Secreţiile gastrice sunt colectate prin intermediul unui tub mic trecut prin nas, prin faringe, prin esofag până în stomac. Medicul poate avea rezultatele preliminare în 24 de ore, dar rezultatele culturii pot să nu fie gata mai devreme de 6-8 săptămâni deoarece bacteriile TBC cresc lent.

Rezultatele culturii pot să aducă informaţii importante cu privire la cât de bine răspund bacteriile la tratament. Unele tipuri de bacterii TBC necesită tratamente mai serioase decât altele.

Cât de gravă este tuberculoza?

În SUA, mai mult de 95% dintre indivizii cu o infecţie TBC se refac complet. Nu veţi remarca nici o dovadă a bolii exceptând modificările văzute pe radiografia de torace şi IDR pozitiv la tuberculină. O dată ce aţi avut TBC, acest test rămâne pozitiv chiar dacă boala este vindecată.

Uneori, tuberculoza se dezvoltă în câteva săptămâni de la expunerea iniţială. Totuşi, microorganismul TBC poate rămâne dormant timp de ani înainte ca boala să se manifeste. Boala poate fi reactivată în condiţii în care sistemul imunitar este slăbit, cum ar fi vârsta înaintată, malnutriţia, alcoolismul, medicamentele imunosupresive sau prezenţa unor boli ca infecţia cu HIV sau SIDA ori anumite cancere.

Tratament

Medicamentele reprezintă cea mai eficientă terapie pentru TBC. În ultimii ani, totuşi, un număr crescut de microorganisme TBC au devenit rezistente la medicamentele folosite în mod obişnuit în tratament. Este important să se determine sensibilitatea la medicamente antituberculoase în orice nou caz diagnosticat pentru ca fiecare să fie tratat cu cele mai eficiente medicamente.

Dacă aveţi TBC activ, tratamentul va începe, de obicei, cu 4 medicamente – izoniazidă (Laniazid, Nydrazid), rifampicină (Rifanid), pirazinamidă – care pot fi combinate într-o singură tabletă (Rifater) – şi etambutol (Myambutol).

Pentru a stabili dacă bacteria este sensibilă sau rezistentă la fiecare medicament, se evaluează în laborator culturi din spută sau alte secreţii sau ţesuturi din corp. După 6 - 8 săptămâni în care se obţin rezultatele culturii, medicul va putea înlocui medicamentele ineficiente cu altele. Sau tratamentul poate continua cu mai puţin de 4 medicamente. Purtarea unei măşti în public până când nu mai sunteţi contagios, în general timp de 2 - 3 săptămâni de la tratament, vă ajută să nu răspândiţi boala.

O dată tratamentul medicamentos început, simptomele se vor ameliora în 2-3 săptămâni, după care va urma o îmbunătăţire a aspectului radiografiei toracice. Tratamentul medicamentos de succes, totuşi, necesită administrarea medicamentelor timp de 6-12 luni, pentru a distruge complet bacteriile TBC.

Toate medicamentele folosite pentru TBC au un anumit potenţial toxic. Atât rifampicina cât şi izoniazida pot produce forme noninfecţioase de hepatită şi de icter. Aceste efecte sunt, în general, reversibile după oprirea medicaţiei. Rifampicina poate produce colorarea în portocaliu a urinei, transpiraţiei şi lacrimilor.

Profilaxie

Dacă aveţi un IDR la tuberculină pozitiv, mai ales dacă aţi venit de curând în contact cu o persoană cu TBC, medicul vă poate administra izoniazidă pentru a scădea riscul de a face un TBC activ. Medicamentul trebuie luat 9 luni. În plus, medicul se poate gândi să administreze acest medicament sau altul similar altor persoane din casa în care locuiţi.

Boala legionarilor

Semne şi simptome

- Stare de rău general
- Uşoară cefalee
- Febră şi frisoane
- Dispnee

- Tuse care produce mucus sau sânge
- Durere toracică, musculară şi abdominală
- Greaţă şi vărsături
- Diaree

Boala legionarilor a fost pentru prima dată descoperită ca o pneumonie brusc instalată, virulentă, apărută la delegaţii veniţi la o întrunire a Legiunii Americane la un hotel din Philadelphia din iulie 1976 – de aici numele ei. Mai mult de 200 de persoane s-au îmbolnăvit de această severă pneumonie de cauză necunoscută şi 34 au murit.

În final cauza a fost identificată ca fiind o bacterie necunoscută până atunci, care a primit apoi numele de *Legionella pneumophila*. Bacteria a fost identificată retrospectiv ca fiind responsabilă de mai multe episoade mici şi timpurii de pneumonie. Această boală a fost descrisă şi la copii, dar cele mai multe cazuri au apărut la adulţii de vârstă medie sau avansată, mai ales la cei care fumează sau cu boli cronice de plămân.

Deşi boala legionarilor nu este frecventă, *Legionella* a fost descoperită în apă caldă şi stătută – cum ar fi în instalaţiile de aer condiţionat, în dispozitivele cu bule de aer şi în duşuri – pretutindeni în lume. Ele pot trece în sistemele de ventilaţie din marile clădiri şi pot circula prin gurile de ventilaţie. Inspirarea aburului format din apa în care se află bacteriile poate răspândi la oameni bacteriile.

Diagnostic

Boala legionarilor începe, de obicei, cu cefalee şi cu stare de rău general, urmate rapid de creşterea temperaturii. În 24-48 de ore, febra atinge, la mai bine de 50% dintre cei afectaţi, 40⁰C, producând frisoane.

Din primele stadii apare o tuse uşoară, uscată, care se agravează în câteva zile. Apoi tusea produce, de obicei, mucus. Aproape 20% dintre cei afectaţi au sânge în spută. Aproximativ 25% au simptome gastrointestinale.

Această boală tinde să se agraveze progresiv în primele 4-6 zile. Pot să mai treacă alte 4-5 zile înainte de a începe vindecarea, deşi unele persoane fac şi o formă mai blândă. În majoritatea cazurilor, plămânii continuă să fie congestionaţi câteva zile după ce febra dispare.

Pneumonia poate fi vizibilă pe radiografia de torace, dar sunt necesare şi alte teste, care de obicei nu se folosesc pentru pneumonie, cum ar fi cultura din spută şi un test pentru antigenul urinar, necesare pentru depistarea bolii legionarilor. Probele de sânge se iau, de obicei, de două ori, la 3 şi la 6 săptămâni, pentru a verifica nivelurile anticorpilor pentru *Legionella*.

Cât de gravă este boala legionarilor?

De obicei, boala legionarilor este foarte virulentă, producând o pneumonie suficient de gravă ca să necesite spitalizare. Deşi cei mai mulţi oameni se însănătoşesc, aproape 15% dintre cei care fac boala mor prin insuficienţă respiratorie.

Tratament

Poate fi necesară spitalizarea şi administrarea de fluide intravenos deoarece febra poate produce deshidratare. Suplimentarea cu oxigen poate fi necesară pentru a vă susţine respiraţia.

Tratament medicamentos

Se pare că diverse antobiotice sunt eficiente contra bolii legionarilor. Eritromicina pare a fi cea mai sigură şi mai eficientă.

Bronşiectazia

Semne şi simptome

- Tuse blândă sau severă care poate produce spută groasă, urât mirositoare, de obicei gri-verzuie, care poate conţine sânge

Antraxul inhalator



Antraxul este o boală produsă de bacteria *Bacillus anthracis*, care este învelită în spori duri. Boala afectează, în general, animalele de fermă, dar poate afecta şi oamenii. Boală naturală, prezentă încă din vremuri biblice, antraxul a devenit o armă biologică de mare importanţă.

Antraxul apare în 3 forme: cutanat, intestinal şi inhalator (pulmonar), care vă infectează plămânii. Antraxul inhalator este cea mai letală formă. Este produs de inhalarea unei cantităţi suficiente de spori pentru a produce infecţia. O dată sporii răspândiţi, antraxul inhalator este fatal în majoritatea cazurilor.

După ce sunt captaţi în tractul respirator, sporilor le trebuie o perioadă cuprinsă între o zi şi două luni pentru a deveni activi, moment în care apar semnele şi simptomele. La început, infecţia poate fi resimţită ca o răceală sau ca o gripă, cu durere în gât, dureri musculare şi uşor disconfort toracic. Aceste prime simptome pot dura de la câteva ore la câteva zile înainte de a părea că au dispărut. Totuşi, la câteva zile de la apariţia simptomelor, boala produce febră mare şi probleme respiratorii. Distruge ţesutul pulmonar şi se poate răspândi în creier, producând meningită.

Din fericire, toate cele 3 forme pot fi prevenite sau tratate cu antibiotice. În antraxul inhalator, antibioticele pot reduce riscul de deces, mai ales dacă se administrează în primele zile de la apariţia simptomelor. Pentru mai multe informaţii despre antrax vezi pag. 517.

• Scăderea apetitului şi în greutate
• Anemie şi slăbiciune generală
• Episoade repetate de pneumonie

Bronşiectazia este o dilatare de lungă durată, anormală a pereţilor bronşiilor. Această dilatare poate rezulta şi după o bronşită cronică, dar este mai pronunţată în bronşiectazie.

Unele persoane au această boală la naştere, dar cei mai mulţi o fac sub forma unei complicaţii a fibrozei chistice sau a unei boli ca tusea convulsivă, pneumonia sau tuberculoza. Rare cazuri de bronşiectazie includ defecte ale prelungirilor microscopice, ca firele de păr (cilii), ale mucoasei bronşiilor şi concentraţii scăzute ale anticorpilor (gammaglobuline). Bronşiectazia apare mai ales la

Drenajul postural şi percuţia toracică

Boli respiratorii ca broşiectazia, fibroza chistică şi abcesul pulmonar, pot produce un volum mare de secreţii care se acumulează în plămâni. Drenajul postural şi percuţia toracică ajută la golirea plămânilor de secreţiile nedorite. Aceste terapii sunt deosebit de importante la indivizii cu fibroză chistică. Medicul vă poate recomanda, pentru maximum de eficacitate, o secvenţă combinată a ambelor metode.

Drenajul postural

Drenajul postural foloseşte gravitaţia pentru a ajuta la curăţarea plămânilor de secreţii. Vă veţi aşeza astfel încât secreţiile să se deplaseze prin trahee pentru a le putea elimina. Deoarece ramificaţiile plămânilor sunt în diferite direcţii, poate fi necesar să staţi în diferite poziţii pentru a drena diverse zone din plămâni.

Unii medici recomandă o secvenţă de schimbări de poziţie la persoanele cu fibroză chistică. Alţii au descoperit că bunăvoinţa faţă de aceste indicaţii tinde să scadă pe măsură ce copilul cu fibroză chistică creşte. De aceea, poziţiile recomandate se pot limita la acelea care drenează zone din plămâni în care secreţiile tind cel mai mult să se acumuleze, de obicei în porţiunile inferioare ale plămânilor.

Fibroza chistică

Dacă aveţi fibroză chistică, medicul sau un terapeut specializat poate să vă dea instrucţiuni specifice pentru drenajul postural. Aveţi grijă să tuşiţi la fiecare schimbare de poziţie pentru a ajuta la eliminarea sputei.

Bronşiectazia

Bronşiectazia este mai rar localizată în lobii superiori ai plămânilor deoarece ei drenează bine atunci când sunteţi în poziţie ridicată. De aceea, drenajul postural pentru bronşiectazie poate fi mai simplu decât în cazul altor boli. Puteţi drena porţiunile inferioare ale plămânilor foarte bine îngenunchind sau stând cu faţa în jos pe un pat sau pe o canapea şi punându-vă mâinile pe podea. Staţi în această poziţie 10 minute, tuşind din când în când.

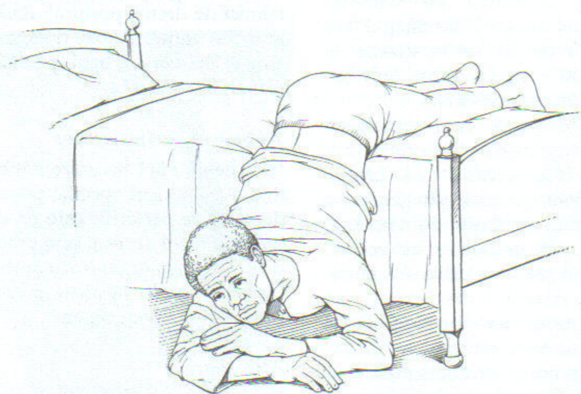
Colectaţi sputa expectorată şi notaţi-vă culoarea şi cantitatea ei, cu aproximaţie. Puteţi opri drenajul postural atunci când nu mai eliminaţi spută şi să-l reluaţi atunci când produceţi din nou spută. Aceasta este o tehnică valabilă deoarece antibioticele acţionează astfel mai bine şi rămân eficiente mai mult timp dacă vă menţineţi căile aeriene, pe cât se poate, fără secreţii.

Percuţia toracică

Pentru a realiza percuţia toracică în vederea eliminării secreţiilor din plămâni, staţi întins pe spate pe o suprafaţă dreaptă. Îndoiţi-vă mâinile şi ciocniţi rapid peretele toracic mai întâi cu o mână, apoi cu cealaltă. Vă puteţi proteja pielea cu un prosop de baie. Aveţi grijă să nu loviţi zona inimii, a sânilor, a coastelor inferioare sau a rinichilor.

Această tehnică poate fi mai eficientă dacă se aplică pe spate. Părinţii sau alte persoane implicate în îngrijirea unui copil ar trebui să înveţe această tehnică. Adulţii pot găsi şi ei pe cineva care să-i ajute să folosească această tehnică la spate.

Unele persoane elimină secreţii cu ajutorul unui dispozitiv electric pentru torace denumit percutor toracic mecanic. Unii folosesc o vestă pneumatică având un dispozitiv ataşat care vibrează la frecvenţă mare pentru a ajuta pe cel care o foloseşte să elimine secreţiile.



Tehnica de drenaj postural foloseşte gravitaţia pentru a ajuta la curăţarea plămânilor de secreţiile nedorite. Poziţia arătată aici are rolul de a curăţa porţiune inferioară a plămânilor.

copii şi la adulţii tineri, sub 21 de ani. A devenit mai puţin frecventă de la introducerea tratamentului cu antibiotice al pneumoniei.

Diagnostic

Medicul vă poate face radiografie toracică sau o tomografie computerizată de înaltă rezoluţie pentru a confirma diagnosticul.

Cât de gravă este bronşiectazia?

Afectarea pereţilor bronşiilor este ireversibilă şi zona pereţilor bronşici poate fi distrusă. Cazurile severe pot conduce la cicatrice şi pierderea de vase de sânge, care pot afecta inima.

Tratament

Medicul poate să vă recomande fizioterapie toracică pentru a ajuta la tratarea acestei boli. Aceasta include poziţionarea corpului pentru a ajuta drenajul pulmonar (drenaj postural) şi vibraţii asupra peretelui toracic (percuţie toracică) (vezi pag. 805). De asemenea, exerciţiile de respiraţie pot ajuta la îmbunătăţirea funcţiei plămânilor. Evitaţi praful, fumul de ţigară şi alţi iritanţi respiratori. Faceţi multă mişcare deoarece respiraţia profundă ajută la eliminarea secreţiilor. Adoptaţi o dietă hrănitoare. Beţi lichide pentru a dilua sputa din plămâni.

Exceptând cazul în care medicul vă interzice aceasta, faceţi un vaccin antipneumocococ şi un vaccin antigripal anual. S-ar putea să aveţi nevoie de un al doilea vaccin antigripal pentru pneumonie după 5 ani.

Tratament medicamentos

Deoarece infecţiile bacteriene se asociază cu producere de puroi în bronşiectazie, medicul vă poate prescrie un antibiotic. În afara situaţiei în care un anumit antibiotic este indicat de testele de spută, se administrează ampicilină, tetraciclină sau un alt medicament similar. Medicul vă mai poate prescrie un bronhodilatator pentru a ameliora spasmul bronşiilor.

În general, antibioticele se prescriu intermitent pentru a împiedica o infecţie pulmonară. O schemă obişnuită de tratament implică administrarea antibioticului timp de 7-10 zile consecutiv în fiecare lună. În general, nu se recomandă să luaţi continuu antibioticul. Uneori este bine să luaţi 2 sau 3 tipuri de antibiotic prin rotaţie. Alternarea medicamentelor poate ajuta la evitarea apariţiei de tulpini bacteriene rezistente.

Tratament chirurgical

Dacă nu răspundeţi bine la alte tratamente sau dacă eliminaţi spută cu sânge, poate fi necesară îndepărtarea chirurgicală a porţiunilor afectate din plămâni. Totuşi, aceasta este o opţiune doar dacă boala este localizată în 1-2 zone din plămâni şi există o funcţionare adecvată a plămânilor care să permită îndepărtarea unei părţi din plămânii dumnevoastră.

Abcesul pulmonar

Semne şi simptome

- Febră mare şi neregulată
- Transpiraţie şi frisoane
- Scurtarea respiraţiei
- Tuse care produce spută cu puroi şi, uneori, cu sânge
- Stare de rău general
- Scăderea apetitului şi în greutate
- Durere toracică

Abcesul pulmonar este o cavitate care se dezvoltă în plămâni şi se umple cu puroi. De obicei, aspirarea de material infectant din gură sau din gât face ca infecţia să se localizeze în plămâni. Adesea, cauza infecţiei este o afecţiune dentară.

O persoană care inhalează microorganismele infectante din gură face aceasta, de obicei, incoştient, ca urmare, în general, a consumului excesiv de alcool, al anesteziei generale, al sedării excesive sau unei boli a sistemului nervos central.

La persoanele de vârstă medie sau înaintată, cancerul pulmonar poate produce un abces pulmonar prin obstrucţia unei bronşii. Cauze mai rare de abces pulmonar sunt infecţiile produse de tuberculoză sau de fungi sau paraziţi. În majoritatea cazurilor, în plămâni există un singur abces, deşi uneori pot apărea abcese multiple.

Diagnostic

Semnele şi simptomele unui abces pulmonar se dezvoltă lent pe durata a săptămâni sau luni. Iniţial, sunt similare celor din pneumonie. Apare o tuse după ce abcesul se rupe într-o bronşie. În funcţie de tipul de microorganism care determină infecţia, sputa poate fi urât mirositoare.

Pe lângă examinarea fizică, medicul poate cere o radiografie toracică şi o tomografie computerizată (CT) a plămânilor, şi poate să ia o probă din spută pentru a verifica existenţa bacteriilor sau altor microorganisme pe care le suspectează într-un abces pulmonar. Asemenea informaţii pot conduce la un tratament mai eficient cu antibiotice specifice sau prin alte terapii.

Cât de grav este abcesul pulmonar?

Abcesul pulmonar este, în general, o boală acută, deşi poate deveni, dacă nu este tratată adecvat, cronică. Prin tratament, cei mai mulţi oameni cu un abces acut se pot vindeca definitiv, fără tratament chirurgical.

Tratament

Tratamentul obişnuit constă într-o combinaţie de medicamente şi tehnici de drenaj postural. Radiografiile toracice se realizează adesea în cursul bolii pentru a urmări ameliorarea.

Tratament medicamentos

În general, sunt necesare antibiotice. Antibioticul specific prescris depinde de bacteriile care produc infecţia. Dacă abcesul este produs de un alt microorganism, cum ar fi fungii, medicul vă poate prescrie un alt tip de medicament.

Alte terapii

Drenajul postural şi percuţia toracică pot fi folosite pentru a ajuta la drenarea abcesului pulmonar. Dacă nu răspunde la antibiotice sau la drenaj şi percuţie, se poate

recomanda bronhoscopia (vezi pag. 819). Dacă abcesul este prezent de câteva săptămâni, dacă are un perete gros sau dacă s-a răspândit în spaţiul dintre foiţele pleurale, poate fi necesar tratament chirurgical.

Empiemul

Semne şi simptome

- Tuse uscată sau productivă
- Febră şi transpiraţii nocturne
- Scădere în greutate
- Dispnee
- Durere toracică în respiraţia profundă

În mod normal, doar cantităţi mici de fluid clar, de lubrifiere, sunt prezente între foiţele pleurale. În empiem, se colectează puroi în cavitatea pleurală, ca urmare a unei infecţii. Este, de obicei, o complicaţie a pneumoniei bacteriene, a unui abces pulmonar, a unei leziuni deschise în torace sau a chirurgiei toracice.

Diagnostic

Puteţi avea durere toracică din cauza inflamaţiei din cavitatea pleurală (pleurezie) în primele faze ale bolii. Dar, pe măsură ce se acumulează fluid în spaţiul pleural, durerea poate dispărea gradat. O colecţie de fluid infectat – de un litru sau mai mult – poate comprima plămânii dumenavoastră.

Pentru confirmarea diagnosticului de empiem, medicul poate să vă facă toracenteză. În această procedură, este inserat un ac într-un spaţiu intercostal pentru eliminarea fluidului din cavitatea pleurală.



Tratament

Tratamentul constă în administrarea de antibiotice şi drenajul fluidului infectat din torace.

Dacă fluidul din cavitatea pleurală iese prin ac, repetarea toracentezei poate să-l elimine. Totuşi, pentru o eliminare adecvată a fluidului pleural, este adesea necesar tubul de toracostomie. Pentru această procedură, sub anestezie locală, medicul vă face o mică incizie în peretele toracic şi va insera un tub în torace pentru drenaj.

Dacă toracostomia nu reuşeşte, s-ar putea să aveţi nevoie de o toracotomie. Sub anestezie generală, se practică o deschidere în peretele toracic pentru eliminarea întregului fluid infectat. Dacă îngroşarea pleurei limitează expansiunea plămânilor, îndepărtarea chirurgicală a îngroşării poate fi recomandată pentru a permite plămânilor să se expansioneze.

Pleurezia şi revărsatul pleural

Semne şi simptome

- Dispnee
- Durere toracică
- Tuse uscată
- Febră şi frisoane

Pleurezia este inflamaţia care implică pleura, membrana care căptuşeşte cavitatea toracică şi înveleşte fiecare plămân în parte. Revărsatele pleurale sunt acumulări de fluid în cavitatea pleurală, spaţiul dintre foiţele membranoase care învelesc fiecare plămân şi căptuşesc peretele toracic.

Pleurezia şi revărsatele pleurale apar drept complicaţii ale unei boli de bază cum ar fi tuberculoza, pneumonia, embolia pulmonară, pancreatita, cancerul sau insuficienţa cardiacă congestivă, precum şi în urma unui traumatism toracic.

În pleurezie, cele 2 foiţe inflamate ale pleurei se freacă între ele atunci când inspiraţi şi expiraţi. Aceasta vă produce dureri ascuţite, ca nişte cuţite, în torace, care sunt agravate de tuse, strănut, mişcare şi respiraţie profundă. Durerea din pleurezie este ameliorată când respiraţi superficial sau, uneori, când aplicaţi presiune pe zona dureroasă pentru a limita mişcarea.

Dacă se dezvoltă revărsatul pleural, durerea trece, pe măsură ce fluidul separă suprafeţele pleurale. Totuşi, dacă se acumulează destul fluid, acesta comprimă plămânii, producând scurtarea respiraţiei. Uneori, aveţi o tuse uscată, febră şi frisoane, mai ales dacă fluidul din cavitatea pleurală este infectat.

Diagnostic

Medicul poate suspecta pleurezie sau revărsat pleural pe baza simptomelor pe care le aveţi, descoperite la examinarea toracelui cu un stetoscop şi pe baza radiografiei toracice.

Uneori, medicul poate anestezia pielea toracelui cu un anestezic local şi introduce un ac în peretele toracic, între coaste, pentru a extrage fluid pentru analizele de laborator. El mai poate să extragă o mică probă de ţesut pulmonar pentru studiul microscopic, pentru a exclude cancerul pulmonar sau alte boli de plămâni, ca tuberculoza sau sarcoidoza.

Cât de grave sunt pleurezia şi revărsatul pleural?

Efectele acestor boli depind în principal de gravitatea bolii de bază. Dacă boala de bază poate fi tratată eficient, pleurezia şi revărsatul pleural se vindecă, de obicei.

Tratament

Mai întâi este important să se trateze starea sau boala de bază care au produs pleurezia sau revărsatul pleural. În unele cazuri, un revărsat pleural este necesar să fie drenat printr-un tub toracic mai multe zile.

În general, se prescriu medicamente contra durerii (analgezice) şi antiinflamatoare. Uneori se prescrie codeină pentru calmarea tusei.

Bolile fungice ale plămânilor

Dacă germenii şi sporii anumitor fungi sunt inhalaţi, ei pot infecta plămânii, producând îmbolnăviri. Cea mai mare parte a acestor afecţiuni determină febră, tuse şi stare generală proastă.

Histoplasmoza

Semne şi simptome

- Febră
- Tuse
- Stare de rău general
- Mărirea ficatului, ganglionilor limfatici sau a splinei
- Ulcere orale sau gastrointestinale
- Dispnee

Histoplasmoza rezultă din inhalarea prafului – mai ales a prafului de bucătărie, din pivniţe cu lilieci şi cu dejecţii de la porumbei – care conţin sporii fungilor de *Histoplasma capsulatum*. Bărbaţii sunt mai predispuşi să facă boala. În SUA, histoplasmoza este mai frecventă pe văile râurilor Mississippi şi Ohio.

Histoplasmoza poate varia de la forme blânde, care nu se pot deosebi de alte boli cum ar fi răcelile banale, la forme severe. Dacă fungii se răspândesc din plămâni prin sânge, pot produce mărirea ficatului, a ganglionilor limfatici sau a splinei şi, mai puţin frecvent, ulcere orale şi gastrointestinale.

Histoplasmoza se poate croniciza, producând o îmbolnăvire similară tuberculozei cronice. În formele cele mai grave, histoplasmoza se răspândeşte (diseminează) în întregul corp. Persoanele cu un sistem imunitar slăbit au risc mai mare de a face histoplasmoză diseminată.

Diagnostic

Pentru confirmarea diagnosticului de histoplasmoză, medicul va lua probe de spută, din ganglionii limfatici, din măduva osoasă, ficat, sânge, urină sau din ulceraţiile orale pentru a depista fungii. La persoanele cu histoplasmoză, frecvent aceasta este vizibilă pe o radiografie de torace.

Cât de gravă este histoplasmoza?

Histoplasmoza uşoară este, de obicei, benignă şi nu are nevoie de tratament. Formele severe de boală pot fi fatale.

Tratament

Dacă nu aveţi simptome, tratamentul nu este necesar. Dacă aveţi simptome, medicul vă poate prescrie un antifungic oral cum ar fi itraconazol (Sporanox) sau un medicament înrudit. În infecţiile severe poate fi necesară administrarea intravenoasă de amfotericină B (Amphocin). Dacă plămânii sunt afectaţi, tratamentul elimină fungii, dar leziunile produse de aceştia rămân. În mod obişnuit, ele se calcifică şi nu dau alte probleme pe termen lung.

Criptococoza

Semne şi simptome

- Febră mică
- Durere toracică
- Tuse cu posibilă eliminare de spută
- Stare de rău general
- Leziuni în plămâni
- Cefalee tot mai intensă
- Greaţă
- Vertij
- Scăderea apetitului
- Tulburări de vedere
- Deteriorare mentală

Criptococoza este produsă de fungul *Cryptococcus neoformans*, care se află în sol şi în picăturile secreţiilor de la porumbei. Boala apare atunci când o persoană inhalează microorganismul. Fungii pot rămâne în plămâni sau se pot răspândi, mai ales în sistemul nervos central. Unele cazuri pulmonare dau doar simptome uşoare. Alte cazuri mai serioase seamănă cu bronşita şi lasă leziuni în plămâni.

Diagnostic

Medicul poate cere o radiografie toracică sau probe de spută, de puroi sau de lichid din lichidul cefalorahidian pentru a verifica prezenţa fungilor.

Cât de gravă este criptococoza?

Persoanele care au un sistem imunitar slăbit – cum ar fi cele cu leucemie, boala Hodgkin sau SIDA – sau cele care iau medicamente imunosupresive sunt mai susceptibile la boală. Unele forme uşoare se rezolvă fără tratament, dar la persoanele cu un sistem imunitar slăbit, criptococoza poate produce decesul, mai ales dacă se răspândeşte în afara plămânilor.

Tratament

Tratamentul include medicamente şi, eventual, intervenţie chirurgicală. Cazurile mai uşoare pot răspunde la antifungice orale. La persoanele cu sistem imunitar

Aspergiloza

Aspergillus este o specie de fungi care se găseşte aproape oriunde. Poate fi prezent în secreţiile nazale şi respiratorii ale persoanelor care sunt expuse regulat la praf de sol sau de fermă, dar rareori ridică probleme.

La persoanele cu astm, totuşi, aspergiloza poate produce o reacţie alergică. La alţi indivizi susceptibili, cum ar fi cei cu un sistem imunitar slăbit, poate produce o formă neobişnuită de pneumonie. Aceste două forme, numite aspergiloză, pot fi tratate eficient cu corticosteroizi sau cu medicamente antifungice ca itraconazol (Sporanox).

La persoanele cu plămâni afectaţi, *Aspergillus* poate să se cantoneze în ei şi să producă tuse şi spută cu sânge, scădere în greutate şi febră uşoară. Adesea, este necesară chirurgia pentru a controla sângerarea. Dacă aspergiloza apare la un individ cu leucemie, prognosticul este prost.

slăbit, tratamentul poate necesita administrarea intravenoasă de amfotericină B (Amphocin) sau medicamnetul oral flucytozin (Ancobon). În unele cazuri, se recomandă chirurgia pentru îndepărtarea nodulilor care se formează în plămâni.

Coccidioidomicoza

Semne şi simptome

- Febră şi frisoane
- Stare de rău general
- Dureri de spate
- Cefalee
- Dureri de torace
- O erupţie roşie, în pete
- Umflarea genunchilor şi a gleznelor
- Tuse
- Congestie nazală

Coccidioidomicoza este cauzată de inhalarea de spori de fungi *Coccidioides immitis*, care se află în sol în anumite zone aride din sud-vestul SUA, din Mexic şi din America Centrală şi de Sud. În SUA, fungii se găsesc mai ales în valea Sfântului Joaquin din California, de unde şi numele popular al bolii de febra Sfântului Joaquin sau Valley Fever.

9 din 10 persoane care s-au mutat în zonele deşertice din sud-vestul SUA au fost testate pozitiv la fungi pe durata a 4 sau 5 ani. De cele mai multe ori, coccidioidomicoza nu produce nici un simptom.

Dar aproximativ 10% dintre persoanele infectate au dureri de torace, care, de obicei, încep la 10-30 de zile de la expunerea la fungi. Febra, frisoanele şi alte simptome asemănătoare gripei însoţesc adesea durerea. Congestia nazală şi o tuse uşoară pot fi urmate de o bronşită. La 1-2 zile de la apariţia febrei, poate apărea o erupţie roşie, pătată, ca în rujeolă, iar genunchii şi gleznele se pot umfla. Coccidioidomicoza poate fi contractată de oricine, dar cele mai vulnerabile sunt gravidele şi persoanele cu un sistem imunitar slăbit. Boala tinde să fie mai gravă la populaţia de culoare.

Diagnostic

Medicul vă poate recomanda o radiografie de torace şi teste de sânge, de spută şi de lichid cefalorahidian pentru a depista prezenţa fungilor.

Cât de gravă este coccidioidomicoza?

De obicei, boala se vindecă fără complicaţii, deşi, în anumite cazuri, leziunile apărute în plămâni pot fi dificil de vindecat. În cazuri rare, boala poate reapărea după săptămâni sau luni. Ocazional, infecţia se poate răspândi în întregul corp, cauzând leziuni în oase şi în alte organe.

Tratament

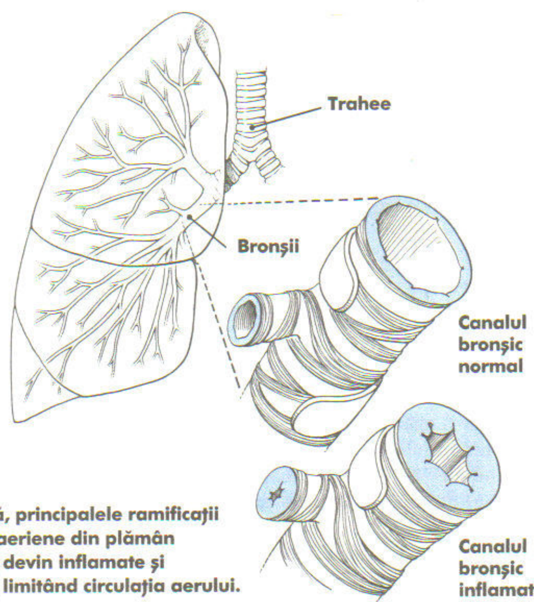
Dacă nu aveţi simptome, tratamentul adesea nu este necesar. Pentru simptome asemănătoare gripei, medicul vă poate recomanda medicamente eliberate fără prescripţie, pentru ameliorarea semnelor şi simptomelor, şi repaus la pat până la dispariţia febrei. Dacă aveţi o boală mai gravă, medicul vă poate prescrie amfotericină B (Amphocin) intravenos, care este adesea eficient. Ketoconazolul (Nizoral) sau un medicament similar administrat oral poate fi folosit pentru boală pulmonară localizată. Adesea este necesar drenajul chirurgical al abcesului pulmonar sau al fluidelor pleurale.

Bolile pulmonare cronice

Există 3 boli pulmonare cronice frecvente care limitează circulaţia aerului în bronşii: bronşita cronică, emfizemul şi astmul.

Bronşita cronică produce o inflamaţie persistentă a mucoasei bronşiilor principale, care sunt cele 2 ramificaţii principale ale traheei. Emfizemul se caracterizează prin dilatarea alveolelor şi distrugerea pereţilor dintre acestea. Unele tipuri de bronşită se asociază, de obicei, cu emfizem. Medicii denumesc adesea emfizemul şi bronşita cronică boală pulmonară obstructivă cronică (BPOC) deoarece ambele boli, în mod obişnuit, restricţionează circulaţia aerului.

BPOC afectează 17 milioane de americani şi este a patra cauză de deces în SUA. Fumatul este cea mai frecventă cauză de BPOC.



În bronşită, principalele ramificaţii ale căilor aeriene din plămân (bronşiile) devin inflamate şi îngroşate, limitând circulaţia aerului.

A treia boală, astmul bronşic, presupune inflamarea căilor aeriene şi producţie de mucus în exces care contribuie la obstrucţia căilor aeriene. În astm, bronşiile se îngustează prea mult şi prea repede ca reacţie la o mare varietate de stimuli excitanţi. Obstrucţia circulaţiei aerului tinde să fie parţială şi episodică, adesea apărând în crize de wheezing şi de dispnee.

Cum vă simţiţi când aveţi BPOC?

Pentru a vă face o idee despre cum vă simţiţi când aveţi boală pulmonară obstructivă cronică (BPOC), încercaţi acest exerciţiu cu un pai subţire, dar numai dacă aveţi plămânii sănătoşi: mai întâi inspiraţi normal fără pai, apoi expiraţi cu putere prin pai. S-ar putea să simţiţi nevoia de a inspira din nou înainte de a fi expirat. Dacă veţi continua exerciţiul, nu veţi fi capabil să vă goliţi plămânii, respiraţia dumnevoastră va deveni superficială şi se va scurta.

Boala pulmonară obstructivă cronică

Semne şi simptome

- Tuse cronică, producătoare de mucus, în general
- Dispnee
- Posibilă mărire a toracelui

Boala pulmonară obstructivă cronică (BPOC) este denumirea generală pentru un grup de boli cronice, care rezultă în urma obstrucţiei căilor aeriene. Termenul se referă în general la 2 boli – bronşita cronică şi emfizemul. Puteţi avea doar una dintre aceste boli, dar cei mai mulţi oameni cu BPOC le au pe amândouă. Uneori, multe alte boli pulmonare – fibroza chistică, bronşiolita, bronşiectazia şi, mai ales, astmul – sunt clasificate ca BPOC deoarece au caracteristici similare şi suprapuse.

BPOC apare gradat şi produce puţine simptome în fazele de început. În plus, deoarece în mod obişnuit oamenii devin mai puţin activi pe măsură ce înaintează în vârstă, este mai frecvent ca simptomele de BPOC să fie acuzate la bătrâneţe sau să aibă altă manifestare.

Bronşita cronică

Bronşita cronică este o inflamţie cronică şi o îngroşare a mucoasei care căptuşeşte bronşiile. Această afecţiune poate îngusta căile aeriene într-o măsură suficient de mare pentru a influenţa respiraţia şi a induce accese de tuse. Inflamaţia, de asemenea, face ca glandele bronşice să producă mucus în exces, crescând congestia pulmonară care stânjeneşte în continuare respiraţia. Este o boală cronică şi recurentă, dar poate fi persistentă şi fatală.

Bronşita cronică se defineşte prin tuse şi eliminare de spută aproape în fiecare zi timp de cel puţin 3 luni, minim 2 ani consecutiv. Pe măsură ce boala se agravează, accesele de tuse devin tot mai frecvente şi mai severe. Dispneea apare târziu în evoluţia bolii, mai ales dacă fumatul a produs o importantă afectare pulmonară.

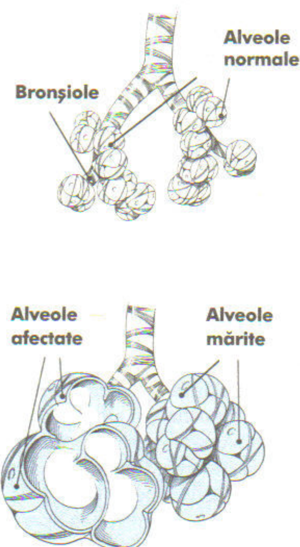
Emfizemul

Plămânii conţin în mod normal aproxiamtiv 300 de milioane de alveole, în care oxigenul este eliberat în sânge, iar dioxidul de carbon este eliminat. Inflamaţia din emfizem afectează pereţii alveolelor, producând pierderea elasticităţii lor, făcându-i prea întinşi şi rupţi. Mai multe alveole adiacente se pot rupe, formând un spaţiu mare în locul altora mai multe şi mai mici. Spaţiile mai largi se pot uni chiar într-o cavitate mai mare, numită bulă.

Afectarea alveolelor înseamnă mai puţini saci elastici care ajută la împingerea aerului afară din plămâni. Mai înseamnă că asupra micilor căi aeriene (bronşiole) conectate la alveole se exercită mai puţină tensiune din exterior, aşa că aceste canale pot colapsa şi să obstrucţioneze circulaţia aerului. Aerul pe care nu sunteţi capabil să-l evacuaţi înainte de a fi necesar să inspiraţi din nou rămâne în plămâni şi respiraţia vi se scurtează. Efortul pe care trebuie să-l faceţi ca să expulzaţi aerul din plămâni când expiraţi poate fi epuizant. În plus, defectele pereţilor alveolari pot afecta schimburile de oxigen şi de dioxid de carbon.

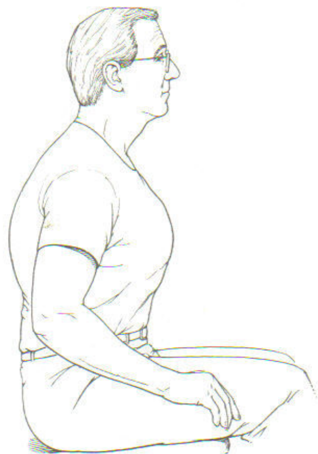
Emfizemul nu produce, de obicei, nici un simptom cât timp boala nu este suficient de avansată. În acel moment, poate apărea dispnee, ca şi o scădere a capacităţii de efort.

Dispneea din emfizem nu se datorează, în sine, schimbului scăzut de oxigen şi de dioxid de carbon din interiorul plămânilor. Mai degrabă este rezultatul unei



În emfizem, alveolele pulmonare îşi pierd elasticitatea, se măresc şi se pot rupe. Aceasta scade schimburile de oxigen şi de dioxid de carbon din sânge.

eficiențe scăzute a respirației și, consecutiv, al unei creșteri a efortului de a respira. Aceasta explică de ce suplimentarea cu oxigen nu este nici necesară, nici prea utilă în tratarea dispneei în această boală, decât dacă aveți și o scădere semnificativă a concentrației oxigenului din sânge.



Un torace mărit este unul dintre semnele caracteristice ale emfizemului.

Cauze

Dacă fumați, aveți 1:4 risc de a face BPOC. Fumul de țigară inhalat paralizează cilii care căptușesc bronșiile. Ca urmare, iritanții și germenii captați de mucus rămân în bronșii deoarece cilii nu-i pot mătura. Aceasta determină inflamația mucoasei bronșice, iar, în final, dau obstrucție cronică.

Cercetările arată că expunerea la fumatul pasiv poate contribui la BPOC când se asociază cu alți factori de risc – de exemplu, cu fumatul în trecut sau cu expunerea continuă la poluarea aerului.

Deși fumatul este cea mai frecventă cauză de BPOC, și expunerea ocupațională la fum chimic sau la praf din cereale, bumbac, lemn, cărbune sau din alte surse vă crește riscul. În plus, poluarea aerului și gazele toxice din ambient, cum ar fi smogul, pot contribui la apariția BPOC la fumători.

BPOC era în trecut mai frecvent la bărbați decât la femei. Din nefericire, din ce în ce mai multe femei fumează, așa că în prezent femeile fac BPOC la fel ca și bărbații. Iar incidența în rândul femeilor este în creștere.

Diagnostic

Pentru a depista dacă aveți BPOC, medicul vă va întreba despre simptome și vă va face un examen fizic. Va dori să afle dacă sunteți sau ați fost fumător și dacă vă expuneți regulat la poluanți, cum ar fi praful sau substanțele chimice, sau dacă ați fost expus în trecut.

Anumite teste îl pot ajuta să vă evalueze starea și să stabilească evoluția sub tratament. Printre acestea se numără radiografia de torace și tomografia computerizată (CT). Un test funcțional

Fumatul și genetica

Fumatul este în mod clar principalul factor de risc pentru emfizem. Există, de asemenea, o afecțiune ereditară – deficitul de alfa-1-antitripsină, care poate produce boala.

Alfa-1-antitripsina este o proteină din sânge care circulă spre plămâni, unde reduce lezările alveolelor în timpul episoadelor infecțioase sau inflamatorii. Dacă aveți deficit de această proteină, această protecție lipsește, așa că este posibil să faceți emfizem la o vârstă tânără – de obicei, pe la 30 sau 40 de ani – dacă fumați. Dacă nu fumați și aveți această deficiență, puteți să nu faceți emfizem decât mai târziu sau deloc.

Aproximativ 1 din 2 500 de persoane are deficit de alfa-1-antitripsină, care poate fi detectată cu un test de sânge. Testul nu se face de rutină, dar dacă aveți membri în familie care nu erau fumători dar au făcut BPOC sau care au fumat și au avut boala la vârstă tânără, puteți să discutați despre acest test cu medicul dumneavoastră.

Cum afectează fumatul plămânii?

Fumul de țigară conține sute de substanțe chimice, gaze și mici picături de gudron, multe dintre ele putând produce cancer. Iritanții din fumul de țigară determină constricția căilor aeriene și producerea în exces de mucus. Acești iritanți pot și să afecteze funcționarea celulelor sistemului imunitar din plămâni și să perturbe echilibrul normal al enzimelor pulmonare, făcându-vă mai susceptibil la boli respiratorii. În fine, fumul de țigară înghițit oprește mișcările cililor din trahee și din bronșii, care ajută la îndepărtarea corpilor străini din plămâni.

Fumul de țigară mai conține monoxid de carbon, care se combină cu hemoglobina pentru a forma carboxihemoglobina, ce blochează transportul necesarului de oxigen spre țesuturi. Mulți fumători au concentrații de monoxid de carbon de 8-10% în sânge, în timp ce nefumătorii au în mod obișnuit doar până la 1,5%.

Deoarece unii fumători de trabuc și de pipă nu inhalează direct fumul, mulți cred că au risc mai redus de a face boli pulmonare decât fumătorii de țigări. Aceasta este doar parțial adevărat. Bolile corelate cu fumatul sunt mai frecvente la fumătorii de țigară și de pipă decât la nefumători.

pulmonar determină cât de bine funcționează plămânii, prin măsurarea cantității de aer pe care îl respirați și a vitezei cu care îl eliminați. Analizarea gazelor din sângele arterial este un test care măsoară cât de bine furnizează plămânii oxigen în sânge și elimină dioxidul de carbon din el. Pulsoximetria folosește un mic dispozitiv atașat la vârful degetului pentru a măsura cantitatea de oxigen din sânge. Medicul mai poate obține și o probă de spută pentru analizele de laborator.

Cât de gravă este BPOC?

BPOC este forte gravă. O formă severă vă poate scădea speranța de viață. Dacă boala este detectată din timp și vă opriți din fumat în cazul în care sunteți un fumător, starea dumneavoastră se va îmbunătăți mult. Dacă renunțați la fumat înainte de a avea simptome, puteți evita evoluția bolii.

Pe măsură ce BPOC scade progresiv funcția pulmonară, unele persoane nu mai au suficient oxigen în sânge, stare numită hipoxemie. Semnele și simptomele comune ale hipoxemiei sunt scăderea capacității de efort, oboseală, scăderea memoriei, depresie, confuzie și tulburări de somn în timpul nopții cu treziri frecvente.

Persoanele cu BPOC sunt deosebit de predispuse la pneumonie, bronșită acută și alte infecții respiratorii.

Tratament

BPOC nu se poate vindeca. Totuși, un tratament adecvat, începând cu renunțarea la fumat dacă sunteți fumător, poate evita problemele viitoare și uneori poate duce la îmbunătățirea funcției pulmonare. Este important să aveți un rol activ în tratament și să protejați funcția pulmonară pe care încă o aveți.

Renunțarea la fumat

Atunci când semnele și simptomele de BPOC apar – mai ales tuse, dispnee și efort dificil – plămânii sunt deja afectați. Dacă nu renunțați la fumat, boala se va agrava. Oprirea fumatului vă poate ajuta să evitați evoluția BPOC, deși nu poate repara complet ceea ce deja s-a stricat.

Alte terapii

Tratamentul pe care medicul vi-l recomandă depinde de severitatea bolii. Printre scopurile terapiei se numără:

- prevenirea sau tratarea infecțiilor respiratorii;
- vindecare oricărei obstrucții reversibile de căi respiratorii;
- controlarea tusei;
- îmbunătățirea condiției fizice;
- controlul complicațiilor, cum ar fi presiunea mărită a sângelui în plămâni (hipertensiune pulmonară) și problemele cardiovasculare corelate cu nivelul scăzut de oxigen din sânge.

Unele persoane sunt capabile să-și amelioreze toleranța la efort prin creșterea forței și rezistenței mușchilor care controlează respirația (vezi pag. 813). O dietă echilibrată oferă organismului substanțele nutritive de care aveți nevoie pentru menținerea energiei și funcționării normale a celulelor. Atingerea și menținerea greutății normale a corpului vă pot ajuta să vă simțiți mai bine. A avea kilograme în plus necesită mai mult oxigen, iar a fi subponderal poate să vă scadă forța. Dacă efortul de a mânca este prea mare pentru dumneavoastră, încercați să mâncați mese mai mici și dese.

Consultați medicul imediat ce simptomele se agravează sau când faceți o infecție respiratorie. Semnele și simptomele includ o schimbare în cantitatea, culoarea

Protejați-vă plămânii de pericolele zilnice

Dacă sunteți bolnav de BPOC, aveți nevoie să vă protejați de factorii nocivi din aer și de expunerea la agenți infecțioși. Iată câteva sugestii.

Eliminați fumul din ambientul dumneavoastră

- Nu lăsați pe nimeni să fumeze în casa dumneavoastră.
- Când vă aflați în public, alegeți instituții pentru nefumători sau stați în zone pentru nefumători.
- Evitați fumul de lemn și de gătit.

Preveniți infecțiile respiratorii

- Pe cât posibil, evitați contactul cu oricine este răcit sau are gripă. Evitați locurile aglomerate atunci când răcelile și gripa sunt frecvente.
- Spălați-vă pe mâini, mai ales înainte de a mânca sau de a lua medicamente, deoarece virusurile se iau adesea de la mână la gură.
- Exceptând situația în care medicul v-a sfătuit contrariul, faceți un vaccin anual antigripal și un vaccin pentru pneumonia pneumococică. S-ar putea să aveți nevoie de un al doilea vaccin pentru pneumonie pneumococică la 5 ani după primul.

Limitați poluanții din casa dumenavoastră

- Schimbați filtrele pentru coș și pentru instalația de aer condiționat conform cu instrucțiunile de fabricație.
- Țineți geamurile închise când afară este praf sau fum.
- Mențineți nivelul de umiditate în casă la 40-50%. Dacă folosiți un umidificator, curățați-l des pentru a împiedica creșterea de mucegaiuri și de bacterii, care să vă agraveze, eventual, starea plămânilor.
- Restrângeți utilizarea de substanțe chimice de curățare și evitați spray-urile cu aerosoli și iritanții ca vaporii de vopseluri.
- Purtați o mască atunci când faceți curățenie.

sau consistența sputei, tuse accentuată, wheezing sau dispnee, edeme ale gleznelor sau mâinilor, sau nevoia de a dormi în poziție ridicată.

Tratament medicamentos

Schimbarea culorii, volumului sau consistenței sputei poate indica o infecție respiratorie. Medicul vă poate prescrie un tratament antibiotic timp de 7-10 zile. Dacă testele pulmonare indică faptul că aveți bronhospasm, medicul vă va prescrie un bronhodilatator pentru a relaxa și a deschide căile respiratorii.

Medicul vă poate prescrie corticosteroizi orali sau inhalatori pentru a scădea inflamația și tumefierea căilor respiratorii și a reduce producția de mucus. Expectorantele lichide sau sub formă de tablete pot ajuta la lichefierea și îndepărtarea mucusului din căile aeriene.

Când capacitatea organismului de a elibera oxigenul din plămâni în sânge este serios afectată, producând o scădere a nivelului de oxigen din sânge, terapia cu oxigen la domiciliu poate fi de ajutor. Suplimentarea cu oxigen poate îmbunătăți concentrațiile scăzute ale oxigenului din sânge, ca și capacitatea dumneavoastră

? Întrebare și răspuns

Ce sunt testele funcționale pulmonare?

Testele funcționale pulmonare depistează bolile plămânilor și le arată severitatea. Aceste teste presupun, de obicei, folosirea unui dispozitiv numit spirometru în care suflați pentru a determina cât de mult aer puteți trage în plămâni și cât de rapid puteți să-l dați afară.

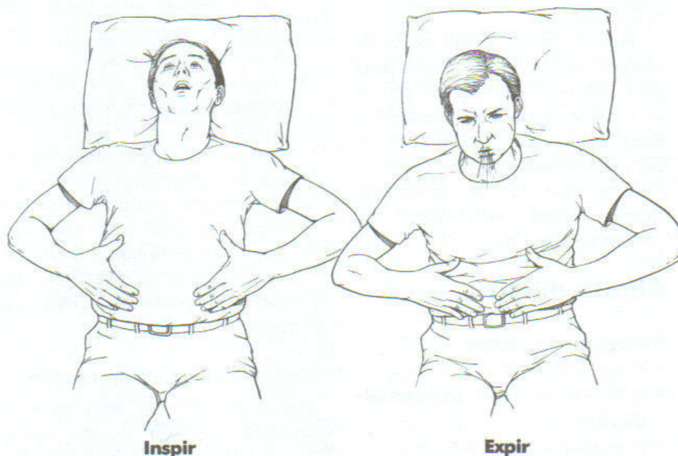
Vi se va cere să suflați în spirometru înainte și după utilizarea unui medicament inhalator, pentru a testa reacția pe care o aveți la acesta. Asemenea teste pot folosi medicamente ca albuterol (Proventil, Ventolin), care pot deschide bronșiile, sau methacholine (Provocholine), care produce constricția rapidă a bronșiilor și să arate dacă eventual căile dumneavoastră aeriene au reacție de tip astmatic.



Respirația diafragmatică

Dacă aveți boală pulmonară obstructivă cronică (BPOC) sau altă boală cronică pulmonară, un program regulat de exerciții aerobice, cum ar fi mersul pe jos sau cu bicicleta, este cel mai eficient mod de a vă ameliora funcția pulmonară – după ce ați renunțat la fumat. Pe lângă mișcare, poate fi de folos și practicarea respirației diafragmatice. Următorul exercițiu vă poate ajuta să învățați cum să respirați mai eficient. Ar fi bine să practicați acest exercițiu respirator cel puțin o dată pe zi.

1. Stați pe spate cu capul și genunchii sprijiniți de pernă. Începeți exercițiul inspirând și expirând ușor și lent, în mod ritmic. Relaxați-vă.
2. Puneți vârfurile degetelor de la una sau de la ambele mâini pe abdomen, chiar sub grilajul costal. Pe măsură ce inspirați lin, veți simți diafragma ridicându-vă mâinile.
3. Încercați să împingeți abdomenul contra mâinilor atunci când toracele dumnevoastră se umple cu aer. Aveți grijă ca toracele să rămână nemișcat pe măsură ce inspirați pe gură cât timp numărați lent până la 3. Apoi strângeți buzele, ceea ce vă va ajuta să creșteți cantitatea de aer care trebuie expulzată prin gură, și expirați pe gură cât timp numărați încet până la 6.
4. După ce ați realizat 10 - 15 respirații consecutive într-o ședință fără a vă obosi, faceți exercițiul stând pe o parte, apoi pe cealaltă. Continuați făcând exercițiul când stați pe scaun, când sunteți în picioare, când mergeți și, în fine, când urcați scările.



de a funcţiona atât fizic cât şi mental. S-ar putea să aveţi nevoie de aport continuu de oxigen, sau doar uneori, de exemplu când faceţi efort. Recipientele cu oxigen portabile vă lasă libertatea de mişcare în afara casei.

Tratament chirurgical

Deşi este rareori folosită, scumpă şi neacoperită de asigurările de sănătate, chirurgia poate fi o opţiune pentru emfizemul sever. O posibilitate este înlocuirea plămânului afectat cu unul sănătos de la un donator (transplant de plămân). Din nefericire, sunt disponibile puţine organe de donor.

Altă metodă constă în îndepărtarea ţesutului pulmonar distrus pentru a permite plămânului sănătos să se expansioneze şi să funcţioneze mai bine. Chirurgia de reducere a volumului pulmonar este în studiu pentru a-i determina valoarea în tratamentul BPOC.

Astmul bronşic

Semne şi simptome

- Dispnee
- Tuse
- Constricţie toracică
- Wheezing

Semne şi simptome de urgenţă

- Respiraţie extrem de dificilă
- Buze şi unghii albăstrui
- Dispnee severă
- Accelerarea pulsului
- Transpiraţie
- Tuse severă

Astmul este o formă de boală cronică pulmonară caracterizată prin inflamarea bronşiilor care le face să se îngusteze. Semnele şi simptomele de astm pot fi persistente sau să apară periodic. Pentru mai multe informaţii despre astm vezi cap. 21, „Alergiile şi astmul".

Fibroza chistică

Semne şi simptome

- Tuse cronică
- Scăderea forţei şi incapacitate de efort
- Pneumonie recurentă
- Dispnee

Suplimentarea cu oxigen

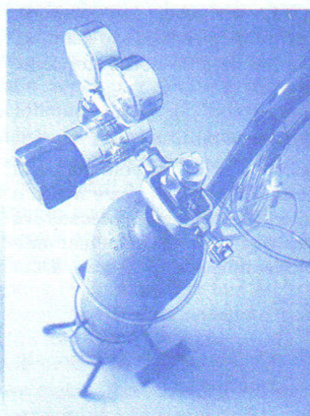
Dacă aveţi o boală cronică pulmonară şi testele specifice arată o scădere semnificativă a oxigenului în sânge, medicul vă poate prescrie suplimentare cu oxigen. Aceasta vă poate ameliora dispneea şi vă poate îmbunătăţi starea generală, dar se prescrie în principal pentru a susţine inima deoarece oxigenul scăzut din sânge poate perturba serios funcţia cardiacă.

Puteţi avea nevoie de oxigen doar în anumite condiţii, cum ar fi atunci când faceţi efort sau când dormiţi, sau puteţi avea avea nevoie să-l folosiţi mereu. Există 3 surse de oxigen. Medicul vă poate ajuta să determinaţi care este cea mai bună pentru dumneavoastră.

- Oxigenul sub presiune livrat într-un recipient cu un dozimetru şi un dispozitiv de reglare ataşat pentru a-i putea ajusta volumul. Oxigenul este stocat sub presiune, aşa că trebuie să manipulaţi cu grijă recipientul. Aceasta poate fi cea mai bună alegere dacă nu aveţi nevoie tot timpul de supliment de oxigen.
- Un concentrator de oxigen, care operează pe bază de electricitate, ia oxigenul din aer şi-l concentrează pentru uzul dumneavoastră. Aceasta poate fi cel mai bine dacă aveţi permanent nevoie de oxigen. Există recipiente portabile în vehicule mici şi în unităţi de prim ajutor. Este necesară intervenţia în cazul unei pene de curent.
- Oxigenul lichid este livrat în recipiente. Cele mai multe recipiente sunt prevăzute cu o unitate uşoară, portabilă, care se umple cu uşurinţă şi pe care o puteţi purta cu dumneavoastră. Fiind cel mai uşor de transportat, aceasta poate fi cea mai bună alegere în cazul în care sunteţi o persoană activă, dar aveţi nevoie de oxigen.

Luaţi-vă măsuri de precauţie

Focul se aprinde mai uşor în mediile bogate în oxigen, aşa că trebuie să vă luaţi măsuri speciale



de precauţie atunci când folosiţi oxigen acasă. Ţineţi departe de zona în care păstraţi echipamentul de oxigen obiectele care produc scântei sau căldură mare. La fel, ţineţi departe de acea zonă materialele inflamabile. Nu expuneţi niciodată recipientul de oxigen şi accesoriile lui la temperaturi în jur de 50⁰C.

Aveţi grijă ca cilindrii de oxigen să fie stabili pentru a evita răsturnare alor. Când nu-i folosiţi, izolaţi bine conectarea lor cu măşti protectoare.

Când instalaţi dispozitivul de reglare, respectaţi instrucţiunile de utilizare. Înainte de ataşarea acestuia, deschideţi uşor valvele şi apoi închideţi-le imediat. Aceasta elimină praful sau materialul inflamabil. Dacă aveţi nevoie de oxigen 24 de ore pe zi, medicul vă poate recomanda folosirea unui dispozitiv portabil de oxigen, care să vă permită să călătoriţi fără recipientul cel mare şi tubul său.

Regulile şi instrucţiunile amintite mai sus se aplică şi pentru recipientele portabile. Recipientele portabile de oxigen transportă cantităţi limitate de oxigen. Călătoriile mai lungi necesită pregătiri pentru a asigura suplimentare de oxigen. Stabiliţi unde vă veţi opri pentru a umple din nou recipientele şi asiguraţi-vă că puteţi face plinul atunci când doriţi. Furnizorul de oxigen vă poate ajuta să aflaţi de cât oxigen aveţi nevoie pentru călătorie.

- Scăderea apetitului
- Diaree cronică şi malnutriţie
- Pierdere de sare (sodiu) şi epuizare pe vreme foarte caldă.

Fibroza chistică afectează atât sistemul respirator cât şi pe cel digestiv, şi este una dintre cele mai frecvente cauze de boală pulmonară la copii. Este cea mai frecventă cauză potenţial fatală ereditară printre copiii albi din SUA, afectând aproximativ 1 din 2 000 de copii mici. Apare în mod egal la ambele sexe.

Fibroza chistică se moşteneşte recesiv, ceea ce înseamnă că un copil poate avea boala doar dacă ambii părinţi sunt purtătorii genei defecte. Părinţii pot să nu aibă simptome, sau pot face şi ei boala.

Boala afectează mucusul din corp şi glandele sudoripare. Primul indiciu de fibroză chistică la un nou-născut poate fi blocarea intestinului din cauza meconiului anormal de gros, substanţă prezentă în intestinul unui copil şi care se elimină la primul lui scaun.

Pe măsură ce copilul creşte, pot apărea boli respiratorii cronice, adică bronşită, bronşiectazie, pneumonie, colaps pulmonar sau fibroză pulmonară. Aceste probleme apar deoarece mucusul din plămânii copilului este, de obicei, gros şi filant. În loc să servească drept lubrifiant, el blochează sistemul respirator şi permite bacteriilor şi altor microorganisme să se dezvolte în el, afectând mecanismele naturale de protecţie ale organismului.

Pancreasul poate să nu producă enzimele necesare pentru o digestie rapidă a grăsimilor şi proteinelor, rezultând diaree cronică şi malnutriţie. Glandele sudoripare ale copilului sunt, de asemenea, afectate, făcând să existe exces de sare în transpiraţie.

Diagnostic

În cazul în care copilul are probleme respiratorii sau digestive cronice, medicul îi poate face teste ale funcţiei pulmonare sau de scaun. El poate, de asemenea, recomanda un test al transpiraţiei pentru a măsura cantitatea de sare din transpiraţia copilului. Se poate face un test de sânge pentru depistarea defectului genetic ce produce boala.

Cât de gravă este fibroza chistică?

Fibroza chistică este foarte gravă şi poate fi fatală. Aproape 1/2 dintre indivizii cu această boală trăiesc până în jurul vârstei de 30 de ani. Pe măsură ce metodele de tratare a fibrozei chistice avansează, mulţi oameni ajung să trăiască mai mult. Formele uşoare de boală pot să nu producă simptome până la vârsta adultă.

Tratament

Tratamentul este un proces de lungă durată şi frecventele consulturi medicale sunt importante.

Exerciţiile fizice

Deoarece cea mai frecventă cauză de moarte în fibroza chistică este insuficienţa respiratorie, îngrijirea atentă a respiraţiei este esenţială.

Se fac exerciţii speciale pentru drenajul mucusului din plămâni (vezi pag. 805). Aceste exerciţii ar trebui realizate cel puţin o dată pe zi. Un terapeut poate să vă instruiască pentru a le face în mod corect. Poate fi de folos în acest proces şi o vestă de compresie mecanică a toracelui.

Suplimentele

Dacă există simptome digestive sau intestinale, pot fi necesare suplimente de enzime pancreatice, dar, de obicei, nu este nevoie de o dietă anume.

Tratament medicamentos

Fibroza chistică scade apărarea imunitară faţă de bolile respiratorii, aşa că este important să faceţi vaccinuri adecvate contra bolilor respiratorii, cum ar fi gripa şi pneumonia penumococică.

Se pot prescrie antibiotice pentru episoadele de bronşită şi pentru alte infecţii respiratorii. Apar adesea bacterii rezistente, ducând uneori la necesitatea de a folosi antibiotice mult mai puternice care adesea se administrează intravenos perioade lungi de timp. Uneori, se foloseşte suplimentarea cu oxigen.

Sunt în cercetare medicamente care să poată dizolva mucusul.

Profilaxie

Dacă un cuplu are un copil cu fibroză chistică, fiecare dintre următorii copii ai acelui cuplu are risc de 25% să facă boala, 50% de a fi purtător şi 25% de a avea gene normale. Specialiştii în fibroză chistică şi în genetică vă pot sfătui pe baza ultimelor descoperiri în domeniul investigaţiilor şi să decidă dacă testarea genetică vă poate ajuta.

Sarcoidoza

Semne şi simptome

- Stare de rău general
- Febră
- Dispnee, mai ales la efort
- Scădere în greutate
- Tuse uscată
- Erupţii proeminente pe piele

Sarcoidoza este o boală cronică definită prin acumulare anormală de celule inflamatoare (granuloame), care pot apărea în orice parte a corpului, cum ar fi în piele, în ochi, în nervii periferici, ficat, ganglionii limfatici şi inimă. În 90% din cazuri, sarcoidoza afectează plămânii.

În SUA, sarcoidoza este mai frecventă la populaţia de culoare şi la persoanele de origine scandinavă. Femeile sunt afectate mai frecvent decât bărbaţii. Apare în principal la indivizi între 20 şi 40 de ani, deşi se poate manifesta şi la copii sau la vârstnici.

Cauza sarcoidozei este necunoscută, dar cercetările suspectează că este o reacţie a sistemului imunitar la ceva ce a fost inhalat de către un anumit individ sau la ceva cu care acest a venit în contact.

În această boală, celulele T helper, un tip de leucocite care protejează corpul de boală, par a fi hiperreactive, producând un exces de celule inflamatoare. Această acumulare de celule modifică pereţii alveolari, bronşici şi ai

vaselor de sânge, scăzând transferul oxigenului din plămâni în sânge.

Diagnostic

O radiografie toracică de rutină poate arăta zone inflamate în plămâni sau mărirea ganglionilor limfatici. Pentru confirmarea diagnosticului, medicul vă poate face o biopsie pulmonară, folosind un bronhoscop cu fibră optică pentru a obţine ţesutul necesar examinării (vezi pag. 819).

Dacă sunt implicate pielea, ganglionii limfatici sau ochiul, ţesutul poate fi extras din aceste organe deoarece procesul de recuperare este mai puţin invaziv.

Sarcoidoza poate determina o concentraţie a calciului anormal de crescută în sânge. Medicul poate cere şi alte teste, cum ar fi testele de sânge, pentru a exclude alte boli care seamănă cu sarcoidoza.

Cât de gravă este sarcoidoza?

Sarcoidoza este adesea o boală temporară, dar se poate croniciza. Majoritatea persoanelor se vindecă total sau rămân cu câteva urmări minore, chiar şi fără tratament. Totuşi, unii fac o boală cronică, boală care rămâne activă sau trece şi revine intermitent timp de mai mulţi ani. Rareori, sarcoidoza duce la deces, de obicei după mai mulţi ani.

Tratament

Adesea nu este necesar nici un tratament. Dacă aveţi simptome pronunţate sau dacă boala nu se vindecă spontan după 4 - 6 luni, medicul vă poate prescrie corticosteroizi. Pe măsură ce starea dumneavoastră se ameliorează – aşa cum arată radiografiile toracice sau alte teste – medicul vă poate reduce treptat medicaţia. Aceasta poate dura mai multe luni sau chiar ani. Dacă boala reapare, s-ar putea să aveţi nevoie de o altă cură, mai lungă, cu corticosteroizi. S-au folosit şi alte medicamente imunosupresoare pentru tratarea formelor mai severe de boală, şi au apărut şi medicamente noi.

Boala interstiţială pulmonară

Semne şi simptome

- Dispnee, mai ales la efort
- Tuse neproductivă cu disconfort toracic
- Oboseală şi stare de rău general
- Scăderea apetitului şi în greutate

Boala interstiţială pulmonară se referă la un grup mare de boli care sunt de lungă durată (cronice), dar care nu sunt canceroase sau infecţioase. Aceste boli se caracterizează prin infiltrarea celulelor inflamatoare în alveolele pulmonare. Consecinţa este formarea de ţesut de cicatrizare în ţesuturile conjunctive care susţin alveolele, cu afectarea transferului oxigenului în sânge. Dacă boala avansează, cicatricea poate prolifera până la punctul de a distruge plămânii.

Afecţiunile pulmonare interstiţiale apar cel mai frecvent la persoanele peste 50 de ani. Cauzele lor sunt necunoscute. Evoluţia bolii depinde de tipul ei. Unele sunt progresive şi, în final, fatale. Altele se vindecă spontan sau se stabilizează. Unele au o evoluţie fluctuantă.

Sarcoidoza este cea mai frecventă formă de boală pulmonară interstiţială (vezi pag. 815). Altă formă este fibroza pulmonară idiopatică.

Fibroza pulmonară idiopatică

Această boală cronică produce dispnee progresivă. Durata medie de viaţă după apariţia simptomelor este de 3-5 ani, dar mulţi oameni trăiesc mult mai mult. Femeile şi bărbaţii fac boala în proporţie egală. Apare, în general, la vârstă medie, dar poate surveni la orice etate.

În această afecţiune, alveolele se inflamează şi chiar sunt distruse şi apar cicatrice. Ele se comportă ca nişte baloane rigide – se îngroaşă şi nu se mai umflă cum trebuie. Pe amăsură ce ţesutul cicatricial interferează cu transferul oxigenului este necesar un efort mai mare pentru a respira.

O variantă de boală este pneumonia interstiţială descuamativă, care are aceleaşi simptome, dar în care ţesutul pulmonar, văzut la microscop, arată diferit. Pneumonia interstiţială limfoidă, o altă variantă, afectează, în general, lobii inferiori ai plămânului. Tinde să apară la persoane cu sindrom Sjögren şi, uneori, la copiii şi adulţii cu infecţie cu virusul imunodeficienţei umane (HIV).

Anumite zgomote ascultate printr-un stetoscop, caracteristicile văzute pe o radiografie toracică şi rezultatele testelor funcţionale pot fi de ajutor în diagnosticare. Totuşi, biopsia pulmonară prin bronhoscop sau prin chirurgie deschisă încă mai poate fi cerută. Dacă persoana afectată are un istoric de expunere ocupaţională la azbest, există un risc crescut de cancer.

Tratamentul poate include corticosteroizi, dar ei sunt de folos doar la un procent mic de indivizi. Alte medicamente care pot fi prescrise sunt imunodeprimantele sau colchicina, folosită de obicei pentru tratarea gutei. Unele persoane necesită pentru această boală transplant pulmonar.

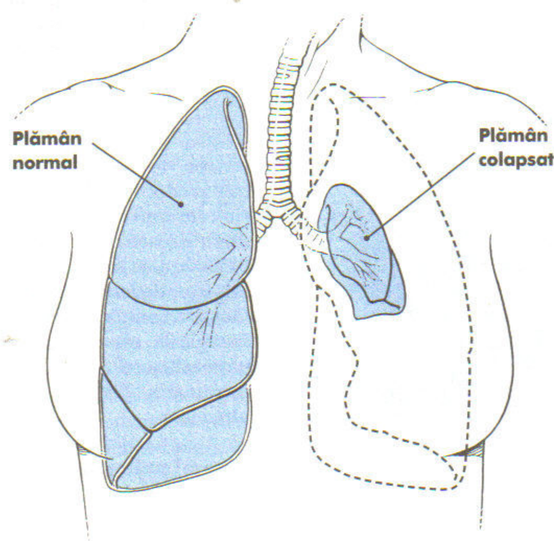
Colapsul pulmonar

Semn şi simptome

- De obicei, nici unul
- Dispnee
- Febră
- Hipotensiune arterială şi tahicardie
- Şoc
- Durere pe partea plămânului afectat
- Tuse severă, sfâşietoare

Atelectazia este un termen medical pentru colapsul unei porţiuni din plămân sau, rareori, al unui întreg plămân. Colapsul poate apărea lent atunci când se datorează unei tumori în creştere sau poate apărea brusc.

Colapsul poate rezulta în urma unei infecţii, prin obstrucţia unei broşii din plămâni – frecvent printr-un dop de mucus – prin inhalare accidentală a unui corp străin, prin presiunea din exterior a unei tumori, a unui anevrism sau a unui ganglion limfatic sau prin pneumotorax. Uneori, atelectazia survine ca o complicaţie



O porţiune a unui plămân sau, rareori, un plămân întreg, pot colapsa dintr-o varietate de motive, cum ar fi o obstrucţie bronşică, o infecţie sau o complicaţie chirurgicală.

după intervenţii chirurgicale abdominale sau pulmonare, când respiraţia este superficială şi anumite porţiuni ale plămânului nu se expansionează.

Diagnostic

O radiografie toracică va arăta o porţiune a plămânului lipsită de aer.

Tratament

Dacă acest colaps se datorează unei obstrucţii, primul scop este înlăturarea cauzei acesteia dacă e posibil. Dacă tusea, înghiţitul sau alte metode terapeutice nu sunt de folos, medicul poate să vă facă bronhoscopie (vezi pag. 819). Dacă se bănuieşte o infecţie, vi se pot prescrie antibiotice.

Profilaxie

Colapsul pulmonar este mai puţin probabil să se producă după o intervenţie chirurgicală dacă în convalescenţă vă ridicaţi din pat şi mergeţi cât mai curând cu putinţă şi respiraţi profund şi des. E posibil să vi se dea un dispozitiv pentru a vă ajuta să trageţi aer în plămâni rapid şi cu putere.

Pneumotoraxul

Semne şi simptome

- Dispnee
- Durere toracică

Pneumotoraxul înseamnă prezenţa aerului în cavitatea pleurală. Când boala apare spontan, se datorează, în general, rupturii unei vezicule care conţine aer de pe suprafaţa plămânului. Pneumotoraxul spontan este mai frecvent la persoanele mai tinere de 40 de ani.

Aerul mai poate intra în cavitatea pleurală şi pe alte căi. El poate intra în spaţiul dintre plămâni din mijlocul toracelui (mediastin), mai ales în timpul unei crize de astm urmată de o ruptură a spaţiului pleural, producând pneumotorax. În plus, pneumotoraxul poate rezulta în urma testelor sau tratamentelor, cum ar fi biopsia hepatică sau extracţia de lichid din cavitatea pleurală. Procedurile pot penetra pleura care căptuşeşte plămânii, producând o scurgere a aerului.

Diagnostic

Dacă pneumotoraxul este mic – adică există doar o cantitate mică de aer în cavitatea pleurală – puteţi să nu aveţi semne sau simptome. Când acestea apar, medicul poate cere o radiografie toracică sau o tomografie computerizată (CT) pentru a confirma diagnosticul şi pentru a determina cantitatea de aer prezentă.

Tratament

Dacă plămânul este mai puţin de 20-25% colapsat din cauza pneumotoraxului, medicul vă poate monitoriza starea printr-o serie de radiografii toracice până când aerul este complet absorbit şi plămânul se reexpandează.

Când colapsul pulmonar depăşeşte 25% sau dacă dispneea apare în repaus, medicul vă poate recomanda eliminarea aerului prin inserarea unui tub prin peretele toracic pentru a se asigura o continuă aspirare timp de ore sau mai mult. Pneumotoraxul recurent poate necesita un tratament chirurgical mai agresiv pentru repararea scurgerii de aer din plămân.

Cancerul pulmonar

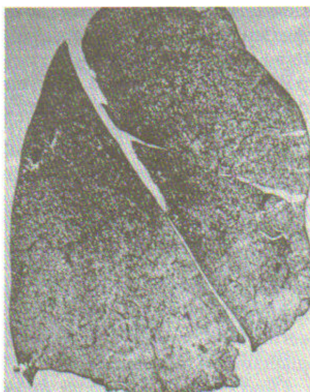
Cancerul pulmonar este principala cauză de deces în SUA atât la femei cât şi la bărbaţi. Potrivit Societăţii Americane de Cancer, aproximativ 89 200 de bărbaţi şi 65 700 de femei mor anual de cancer pulmonar, iar incidenţa este în creştere rapidă. Numărul femeilor care mor de cancer a crescut din cauza creşterii fumatului în acest grup în ultimii 30 de ani. Cancerul pulmonar apare în principal la persoane cu vârste între 45 şi 70 de ani.

Semne şi simptome

Cancerul pulmonar nu produce, de obicei, simptome cât timp boala nu este avansată. Când apar simptomele, acestea sunt:

- Tuse care produce spută şi poate conţine puroi şi, uneori, sânge
- Dispnee
- Scăderea apetitului şi în greutate
- Durere toracică

Plămân normal



Plămân canceros



- Răguşeală
- Febră

Cancerul pulmonar se numără printre cancerele cel mai uşor de prevenit. Fumatul de ţigarete produce 85-90% dintre cancerele pulmonare. Alţi factori de risc sunt fumatul pasiv, expunerea la azbest şi la alte carcinogene ocupaţionale, precum şi concentraţia mare a radonului.

Cancerul care se dezvoltă în plămâni (cancerul pulmonar primar) nu este obişnuit la nefumători. Cancerul secundar pulmonar – cancerul care se extinde (metastaze) la plămâni de la alte organe, cum ar fi sâni, colon, prostată, testicule, rinichi, tiroidă sau oase – poate apărea atât la fumători cât şi la nefumători.

Tipuri de tumori

În plămâni se pot dezvolta tumori necanceroase (benigne). O tumoră benignă este o masă de ţesut anormal care nu se extinde şi care poate fi extrasă chirurgical dacă produce simptome sau dacă diagnosticul este nesigur.

O tumoră canceroasă (malignă) este o creştere anormală de celule care pot invada şi distruge ţesuturile şi organele din vecinătate, şi se pot extinde în alte părţi ale corpului. Cele două tipuri de cancer pulmonar sunt cele cu celule mici şi cu celule mari.

Cancerul pulmonar cu celule mici

Acest tip, numit şi carcinomul cu celule în bob de ovăz, apare în zonele centrale ale plămânului. Denumit după forma mică, rotundă sau ovală a celulelor maligne care seamănă cu boabele de ovăz atunci când sunt privite la microscop, este unul dintre cele mai agresive cancere şi se întâlneşte aproape exclusiv la fumători. Poate produce îngustarea bronşiilor prin comprimarea lor.

Spre deosebire de alte cancere pulmonare, se tratează cu chimioterapice, deoarece şansa de a îndepărta complet tumora pe cale chirurgicală este mică. Cancerul pulmonar cu celule mici reprezintă aproximativ 20% din cancerele pulmonare.

Cancerul pulmonar cu celule mari

Este cel mai des întâlnit tip de cancer pulmonar. Cele 3 categorii principale din acest tip sunt adenocarcinomul, cancerul cu celule scuamoase şi carcinomul cu celule mari.

- *Adenocarcinomul.* Este cel mai frecvent tip de cancer pulmonar la femei şi la persoanele care nu au fumat niciodată. De obicei, se dezvoltă în celulele producătoare de mucus din plămâni. Se poate extinde la ganglionii limfatici din zonă sau, prin circulaţia sangvină, la alte organe. Deoarece adenocarciomul tinde să se localizeze în periferia plămânului, este depistat adesea

Fumatul şi cancerul pulmonar

Aproximativ 85-90% dintre cazurile de cancer pulmonar se datorează fumatului. Persoanele care fumează mai mult de un pachet de ţigări pe zi au risc de 20 de ori mai mare de a face cancer decât cei care nu au fumat niciodată. O persoană care fumează 2 pachete de ţigări pe zi sau mai mult de 20 de ani are 60-70% risc de a face cancer comparativ cu un nefumător.

Deoarece unii fumători de trabuc şi de pipă nu inhalează direct fumul, mulţi cred că au risc mai scăzut de a face cancer pulmonar decât fumătorii de ţigări. Aceasta este doar în parte adevărat. Bolile corelate cu fumatul sunt şi ele mai frecvente la fumătorii de trabuc şi de pipă decât la nefumători.

De obicei, cancerul pulmonar este mai frecvent la bărbaţi decât al femei. Din nefericire, tot mai multe femei fumează, astfel că incidenţa cancerului pulmonar la femei este în creştere. Cancerul pulmonar deăpşeşte acum cancerul de sân care era cea mai frecventă cauză de deces prin cancer la femeile americane.

Gudronul din fumul de ţigară conţine numeroase substanţe ce produc cancer (carcinogene) ca şi substanţe care accelerează producţia de celule canceroase (cocarcinogene). Cancerul pulmonar cu celule mici şi cancerul cu celule scuamoase sunt cel mai frecvent asociate cu fumatul de ţigări.

Riscul de cancer scade când renunţaţi la fumat. La 10 ani după ce au renunţat, indivizii care fumau mai mult de 20 de ţigări pe zi se pot aştepta ca rata decesului prematur să le scadă la 2/3. Din nefericire, multe persoane nu renunţă până nu au descoperit deja simptomele de boală respiratorie sau până nu fac cancer pulmonar.

prin radiografie toracică sau tomografie computerizată (CT). Un subtip de adenocarcinom, carcinomul bronhoalveolar, reprezintă mai puţin de 5% din cazuri.

- *Cancerul cu celule scuamoase.* Cancerul cu celule scuamoase reprezintă 25-30% din cancerele cu origine în plămân. Este cel mai frecvent tip de cancer pulmonar la bărbaţi. Majoritatea cancerelor cu celule scuamoase au originea în celulele care căptuşesc cele mai mari căi aeriene ale plămânilor (bronşiile centrale). Diagnosticul poate fi făcut printr-un examen de spută sau prin bronhoscopie.
- *Carcinomul cu celule mari.* Carcinomul cu celule mari apare la periferia plămânului şi se extinde prin circulaţia sangvină. Reprezintă 15-20% din cancerele pulmonare.

Diagnostic

Unele cancere sunt descoperite la o radiografie toracică de rutină sau realizată pentru alte afecţiuni. Totuşi, radiografiile toracice nu sunt metode eficiente pentru identificarea precoce a cancerului pulmonar, iar această investigaţie nu este recomandată nici măcar la indivizii cu risc. Tomografia computerizată (CT) poate descoperi multe leziuni mici şi arăta dacă s-a extins cancerul spre alte zone. Rezonanţa magnetică nucleară (RMN) şi tomografia cu emisie de pozitron (PET) s-au dovedit şi ele eficiente în depistarea extinderii cancerului.

Examinarea sputei pentru celulele canceroase poate uneori detecta cancerul pulmonar înainte ca simptomele să apară, dar şi aceasta este o metodă de investigare care nu a prezentat încredere.

În multe cazuri, apare tusea pe măsură ce cancerul începe să blocheze o cale aeriană. De asemenea, pot apărea striuri de sânge în spută. Eliminarea prin tuse de cantităţi mari de sânge este rară, dar, când se produce, arată invadarea unui vas de sânge de către cancer.

Durerile toracice persistente sugerează că tumora a invadat peretele toracic. Infecţia într-un plămân din cauza blocării unei căi aeriene (pneumonie obstructivă) poate produce febră, durere toracică şi scădere în greutate. Dacă bronşiile mari sunt blocate de o tumoră, acea porţiune de plămân poate colapsa parţial sau total. Pot apărea diverse alte simptome pe măsură ce cancerul se extinde spre alte organe.

Semnele şi simptomele fizice specifice cancerului pulmonar sau o masă anormală la radiografia toracică pot fi indicii de cancer pulmonar. Medicul poate cere o tomografie computerizată (CT) pentru a vedea micile leziuni ale plămânilor şi a determina dacă s-a extins cancerul spre alte zone. Cu ajutorul bronhoscopiei, medicul poate vedea căile aeriene din plămâni şi poate obţine o probă de ţesut pentru examinarea microscopică (biopsie) cu scopul de a determina dacă este prezent cancerul şi, în caz afirmativ, de ce tip este.

Alte metode de obţinere de probe de ţesut sunt mediastinoscopia, toracocenteza şi videotoracoscopia.

Mediastinoscopia

Dacă sunteţi sub anestezie, poate fi trecut printr-o mică incizie de la baza gâtului un instrument, permiţându-i medicului să facă o biopsie din ganglinii limfatici toracici. Aceasta îi dă chirurgului

Bronhoscopia

Bronhoscopia este o procedură în care un tub special este coborât prin căile aeriene pentru a permite medicului să vadă interiorul acestora, cu scopul de a căuta tumori, obiecte străine, zone de sângerare internă, anomalii ale plămânilor şi ale căilor aeriene. Un bronhoscop are, de asemenea, un canal deschis prin care medicul poate preleva secreţii şi obţine probe pentru biopsie.

Există 2 tipuri de bronhoscop: cu fibră optică (flexibil; are 3-7 mm în diametru) şi rigid (mai larg şi mai dificil de utilizat). Bronhoscopul flexibil este folosit mai frecvent. El conţine fibre de sticlă care transmit lumina şi redau o imagine mărită a căilor aeriene din plămâni. Medicul urmăreşte înaintarea bronhoscopului printr-un ocular sau printr-un mic monitor ca de televizor.

Trebuie să nu mâncaţi cu cel puţin 6-12 ore înainte de a face bronhoscopie. Exact înainte de procedură vi se va face anestezie locală, sau chiar se poate folosi anestezia generală. Anestezicul, care deprimă reflexele de tuse şi de înghiţire, se administrează, de obicei, prin nări sau gură. Medicul vă poate da şi un sedativ care să vă ajute să vă relaxaţi.

În timpul acestei proceduri, puteţi sta aşezat sau întins. Bronhoscopul este introdus prin gură sau prin nas. Gelul de lidocaină este folosit ca un anestezic oral şi ca lubrifiant pentru protejarea căilor aeriene.

Bronhoscopia flexibilă de obicei este nedureroasă şi rareaori produce complicaţii. După procedură, trebuie să nu mâncaţi sau să beţi nimic timp de o oră, până când reflexele de înghiţire şi de tuse revin la normal.



În timpul procedurii numite bronhoscopie, medicul poate vedea interiorul căilor aeriene prin intermediul unui tub flexibil (bronhoscop) introdus în acestea.

posibilitatea de a determina extensia tumorii şi-i arată dacă este indicat să se intervină chirrugical.

Toracocenteza

Dacă există fluid în cavitatea toracică, medicul poate extrage o probă prin introducere unui ac în torace, între coaste. Acest fluid poate fi examinat în laborator pentru determinarea prezenţei celulelor canceroase.

Videotoracoscopia

În acest procedeu, medicul introduce un tub (endoscop) printr-o mică incizie pentru a colapsa unul dintre plămâni. Aceasta creează un spaţiu în care poate intra prin peretele toracic un instrument de dimensiunea unui stilou prevăzut cu un dispozitiv video. Medicul poate preleva apoi fluid şi realiza o biopsie a ganglionilor sau a ţesuturilor în timp ce urmăreşte procedura pe un ecran video.

Prognostic

Cancerul pulmonar este o boală foarte gravă, care adesea are un prognostic prost. În general, doar aproximativ 14% dintre persoanele cu această boală supravieţuiesc în următorii 5 ani. Totuşi, evoluţia depinde de un număr de factori, inclusiv de extensia bolii în momentul descoperirii ei, de starea generală de sănătate şi de vâstă, de tipul de cancer, de cât de rapid creşte şi de terapia folosită.

Doar 10-15 % dintre cancerele pulmonare sunt depistate înainte de extensia cancerului. 75% dintre persoanele cu cancer pulmonar identificat în acest stadiu trăiesc 5 ani sau mai mult după diagostic şi tratament.

O dată apărute semnele şi simptomele de cancer, boala poate fi avansată şi să nu fie tratabilă prin chirurgie. De fapt, doar 20-25% din totalul cancerelor pot fi îndepărtate chirugical în momentul diagnosticului.

Dintre cei pentru care chirurgia este o opţiune, aproximativ 1/3 dintre persoanele cu cancer cu celule scuamoase şi 1/4 dintre cele cu adenocarcinom sau cu carcinom cu celule mari supravieţuiesc în următorii 5 ani.

Chirurgia cancerului pulmonar

Îndepărtarea chirurgicală (rezecţia) tumorii canceroase se realizează, de obicei, la persoanele care au cancer pulmonar ce nu s-a extins în alte părţi ale corpului. În funcţie de extensia cancerului, persoanele cu cancer cu celule scuamoase, cu carcinom cu celule mari sau cu adenocarcinom, sunt candidaţi pentru tratamentul chirurgical. Chirurgia este rareori indicată în cazul cancerului cu celule mici, deoarece se extinde prea rapid şi prea mult pentru a putea fi îndepărtat complet prin chirurgie.

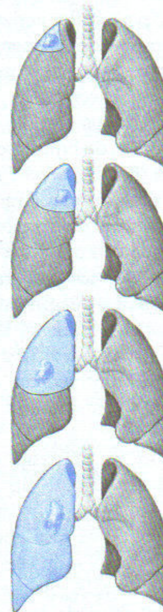
Procedura

Chirurgia îndepărtează tumora şi ţesutul din imediata sa vecinătate. Cea mai cunoscută intervenţie chirurgicală este lobectomia, în care lobul afectat este îndepărtat. Alte tipuri de chirurgie pulmonară includ o rezecţie cuneiformă, în care o mică porţiune din lob este rezecată, rezecţia segmentară, care constă în îndepărtarea unei porţiuni mai mari a unui lob, şi pneumectomia, care îndepărtează întregul plămân. De obicei, chirurgul îndepărtează şi acei ganglioni limfatici care drenează plămânul afectat.

Spitalizarea postoperatorie durează, de obicei, 5-7 zile, deşi vă va trebui mai mult timp pentru a vă reface complet. Multe persoane sunt în stare să-şi reia activitatea în 4-6 săptămâni. Totuşi, ritmul şi gradul vindecării depind de starea generală a plămânilor, de cantitatea de ţesut pulmonar îndepărtat şi de starea de sănătate.

Evoluţia

Dintre persoanele la care se depistează din timp cancerul, aproximativ 80% supravieţuiesc 1 an, iar 75% sunt în viaţă şi la 5 ani de la operaţie. După intervenţia chirurgicală, este important să faceţi controale medicale periodice pentru a depista o posibilă recidivă a cancerului, atât în plămân cât şi în alte părţi ale corpului. Dacă recidivează, chimioterapia sau radioterapia pot reduce dimensiunile tumorii, pot prelungi viaţa şi ameliora durerea sau alte simptome.



Rezecţia cuneiformă este înlăturarea unei mici porţiuni a unui lob.

Rezecţia segmentară este înlăturarea unei porţiuni mai mari a unui lob.

Lobectomia este înlăturarea unui lob întreg.

Pneumectomia este înlăturarea întregului plămân.

Cancerul pulmonar cu celule mici este foarte grav din cauza tendinţei sale de extensie înainte să apară semnele şi simptomele. Rata de supravieţuire la 5 ani după diagnostic este de 5%.

Tratament

În principiu, opţiunile de tratament pentru cancerul pulmonar sunt îndepărtarea chirurgicală a tumorii şi ţesutului de vecinătate, chimioterapia, radioterapia sau unele combinaţii ale acestora. Chirurgia cu laser poate fi folosită pentru a ameliora respiraţia când tumora obstruează căile aeriene centrale şi când îndepărtarea tumorii nu este posibilă.

Tratament chirurgical

Acesta presupune, în general, înlăturarea întregii porţiuni sau a unui lob al plămânului în care este localizat cancerul. Totuşi, deoarece cancerul pulmonar apare frecvent la persoane care au fumat timp de mulţi ani, celălalt plămân poate fi sever afectat de emfizem şi să nu fie suficient de sănătos pentru a satisface nevoile de oxigen. Testele respiratorii dinaintea intervenţiei pot servi la determinarea funcţionării plămânului neafectat de cancer.

Chimioterapia

Chimioterapia presupune o cură de medicamente anticanceroase administrate oral sau intravenos. Medicamentele ar trebui să ajungă în toate ţesuturile pentru a distruge orice cancer care s-ar fi putut extinde de la plămân.

Unele chimioterapice mai noi dau mai puţine reacţii adverse decât medicamentele anticanceroase din trecut. De asemenea, s-au îmbunătăţit mult medicamentele care combat greaţa ce însoţeşte de obicei chimioterapia, în comparaţie cu tratamentele disponibile chiar şi numai cu 10 ani în urmă. Chimioterapia este, de obicei, tratamentul preferat pentru persoanele cu cancer cu celule mici.

Radioterapia

În această metodă de tratament, un tub cu radiaţii de mare frecvenţă este orientat către tumoră pentru distrugerea celulelor canceroase. Radioterapia poate fi utilizată şi pentru ameliorarea semnelor şi simptomelor de cancer, cum ar fi durerea, sângerarea şi dificultăţile de înghiţire. Progresele făcute în centrarea radiaţiilor asupra ţesuturilor canceroase au redus complicaţiile asociate cu folosirea lor. Totuşi, radiaţiile pot produce inflamaţia plămânului, cicatrizare şi scăderea funcţiei pulmonare.

Boli pulmonare profesionale

De-a lungul timpului, substanţele periculoase de la locul de muncă, inhalate sistematic sau în cantitate semnificativă, pot produce boli pulmonare. Probabil cele mai cunoscute dintre aceste boli sunt azbestoza, pneumoconiozaşi silicoza. Pe lângă acestea, diverse pulberi industriale şi agricole şi unii fungi pot produce boli, care, de obicei, sunt denumite după ocupaţia în cadrul căreia apar cel mai frecvent sau după tipul de pulbere inhalată.

Azbestoza

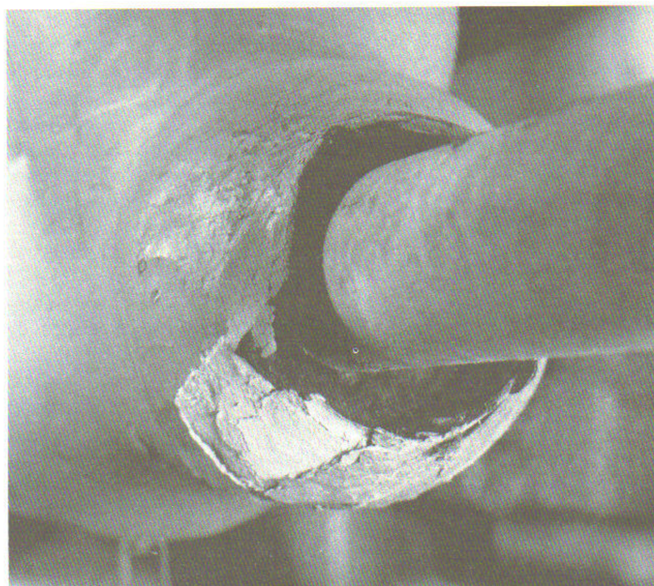
Semne şi simptome

- Dispnee
- Scăderea toleranţei la efort
- Tusea
- Durerea toracică

Azbestul a fost folosit pe scară largă în izolaţie în construcţiile de clădiri timp de mulţi ani, până în 1975, când a fost înlocuit cu alte materiale, ca fibra de sticlă şi rumeguş. Există 4 tipuri de fibre de azbest care pot produce boli respiratorii dacă se acumulează în plămâni în cantitate mare.

Se estimează că peste 9 milioane de muncitori (în SUA) ar avea risc de azbestoză. Persoanele expuse la azbest sunt muncitorii din minerit, din mori de făină, fabrici de azbest şi de produse din el, precum şi cei care instalează produsele din azbest. Persoanele care instalează produsele din azbest sunt instalatorii, constructorii de boilere, constructorii de vase şi muncitorii din construcţii.

Azbestul era cândva pulverizat pe grinzile de oţel ale clădirilor pentru a le feri de foc. A mai fost folosit în pături antiinflamabile şi în echipamente de protecţie, ca



Azbestul folosit în învelişul acestei conducte poate fi periculos pentru sănătate. Înlocuirea lui necesită precauţie şi pricepere.

umplutură pentru materiale din plastic, la frâne şi la învelitori de ambreiaj, în ciment şi la dalele de gresie.

Problema azbestului este că particulele sale ajung să plutească în aer. Atunci când sunt perturbate, micile fibre se pot desprinde cu uşurinţă de pe suprafaţă. Aceste fibre libere pot sta suspendate în aer câtva timp. Marea majoritatea a persoanelor care lucrează sau intră în clădiri cu azbest friabil au risc foarte mic de a face o boală respiratorie din cauza fibrelor, dar concentraţia de siguranţă pentru azbest este incertă.

Nu trebuie să mânuiţi chiar dumneavoastră materialul pentru a fi expus la fibre. Electricienii, vopsitorii şi alţii care lucrează în vecinătatea persoanelor care manipulează azbestul au risc, ca şi persoanele care manipulează sau spală hainele celor care muncesc împreună cu acestea sau în preajma lor.

Mai multe regulamente guvernamentale federale, statale şi locale (în SUA) impun acum controlul sau îndepărtarea azbestului, mai ales în şcoli. Multe companii de asigurări nu asigură clădirile care conţin azbest.

Azbestoza rezultă, în general, când fibrele de azbest se acumulează în jurul bronşiolelor. Plămânii reacţionează la fibre prin formarea de mici mase de ţesut fibros (fibroză). Simptomele apar când ţesutul de cicatrizare face ca plămânii să-şi piardă elasticitatea. Primul simptom al azbestozei poate fi dispneea de efort.

Pe radiografia de torace, ţesutul de cicatrizare apare ca zone mici, difuze, opace, vizibile la început în părţile inferioare ale plămânilor, dar treptat, pe măsură ce boala evoluează, se întind în sus. În final, întregul plămân poate fi afectat, având aspect de fagure de miere pe radiografia toracică.

Gravitatea bolii se corelează direct cu cantitatea şi durata expunerii. De obicei, sunt necesari cel puţin 10 ani de expunere moderată sau severă înainte ca simptomele de azbestoză să apară.

Un alt efect al expunerii prelungite la azbest poate fi apariţia de plăci pleurale în jurul plămânilor. Aceste zone de îngroşare a foiţei care vă înveleşte plămânii (pleura) apar, de obicei, de-a lungul porţiunii inferioare a peretelui toracic sau în preajma diafragmei. Prezenţa plăcilor pelurale este o dovadă clară că aţi fost expus la azbest, dar nu înseamnă că plămânii sunt afectaţi, exceptând cazul în care aveţi alte semne şi simptome.

Diagnostic

Faceţi-i medicului o prezentare detaliată a istoricului profesiunilor dumneavoastră şi a oricărei alte posibile surse de expunere la pulberi toxice. Spuneţi-i despre disponibilitatea măştilor şi folosirea lor şi despre alte dispozitive de protecţie a respiraţiei de la locul dumneavoastră de muncă. O radiografie toracică anormală poate sugera că aţi fost expus la azbest, dar nu înseamnă neapărat că aveţi azbestoză. Examenele fizice şi simptomele de fibroză pulmonară debilitantă, inclusiv dezvoltarea de ţesut cicatricial, sunt, de asemenea, necesare pentru a pune un diagnostic.

Tratament

Tratamentul este aplicat, de obicei, pentru ameliorarea simptomelor. Oxigenoterpia sau drenajul fluidului din jurul plămânilor vă pot ameliora respiraţia. Ocazional, transplantul de plămân a fost folosit pentru a trata azbestoza.

Mezoteliomul

Pe lângă afectarea funcţiei pulmonare, azbestoza poate creşte riscul pentru un cancer rar al învelişului plămânului numit mezoteliom.

Mezoteliomul se poate dezvolta la 20-40 de ani după expunerea la fibrele de azbest şi poate apărea chiar dacă aţi fost expus doar 1-2 ani sau mai puţin. Unele persoane cu mezoteliom nu au istoric de expunere la azbest.

Semnele şi simptomele includ dureri intense toracice, dispnee şi scăderea în greutate. La aproape 1/2 dintre cei cu mezoteliom, boala se extinde, producând tumori în alte părţi ale corpului. În alte cazuri, tumorile sunt limitate la torace. Acumularea de fluid între cele două foiţe pleurale (revărsat pleural) contribuie adesea la apariţia dispneei şi la durere toracică.

Şansa de vindecare depinde de mărimea şi de localizarea cancerului, dacă este extins şi cât de mult, şi de felul în care răspunde la tratament. Mezoteliomul este, de obicei, tratat cu chirurgie de îndepărtare a tumorii, prin radioterapie, chimioterapie sau alte combinaţii ale acestor terapii.

Pneumoconioza minerilor şi silicoza

Semne şi simptome

- Scurtarea respiraţiei
- Tuse care produce spută

Pneumoconioza minerilor şi silicoza rezultă din inhalarea particulelor industriale care staţionează în plămâni pentru totdeauna. Pneumoconioza este produsă de inhalarea de praf de cărbune pe durate lungi de timp, de obicei minimum 10 ani. Boala este mult mai frecventă la minerii din minele de antracit – care, în SUA este exploatat în special în Est – decât la minerii din minele de cărbune bituminos, care este exploatat mai ales în Vest.

Silicoza este produsă de inhalarea de siliciu liber (cristale de cuarţ). Expunerea la siliciu liber apare în ocupaţii ca minerit, tăiere de pietre, lucrul în cariere (mai ales de granit), explozii în nisip, explozii în piatră, construcţii de drumuri şi în industria materialelor abrazive. Sunt necesari, de obicei, 15-20 de ani până la apariţia simptomelor.

Muncitorii care exercită ocupaţii cu expunere intensă la siliciu şi care nu au echipament de protecţie – cum ar fi cei de la exploziile de nisip în spaţii închise, cei care construiesc tuneluri în stânci cu un conţinut ridicat de cuarţ sau care fabrică săpunuri abrazive – pot face silicoză în mai puţin de un an.

Diagnostic

În majoritatea cazurilor, aceste boli nu produc simptome respiratorii, decât dacă fumaţi. Ele sunt, în general, diagnosticate atunci când pe o radiografie toracică sunt vizibile zone mici, neregulate, opace, şi care pot fi atribuite unui istoric de expunere la praful de cărbune sau la siliciu. În caz de expunere îndelungată, zonele neregulate se măresc şi se unesc în noduli rotunzi.

Atât pneumoconioza, cât şi silicoza pot să ducă la apariţia unui ţesut de cicatrizare important, ceea ce se numeşte fibroză masivă progresivă. Doar un mic procent din indivizii cu pneumoconioză dezvoltă fibroză masivă, dar cei care au silicoză o fac mai des. Mecanismul de producere este necunoscut.

Fibroza este diagnosticată când o arie opacă având diametrul mai mare de 1,5 cm este observată deasupra unor zone opace mai mici pe o radiografie toracică. Zonele opace se pot uni şi acoperi întregul lob pulmonar. În acest stadiu, boala produce dispnee şi tuse productivă. Simptomele sunt adesea mai severe decât ar arăta aspectul radiografiei toracice.

Cât de grave sunt pneumoconioza şi silicoza?

În stadiile incipiente, aceste boli nu afectează respiraţia, care se produce, de obicei, o dată cu dezvoltarea fibrozei masive. Chiar dacă se evită expunerea ulterioară, fibroza masivă poate produce moartea. Durata de supravieţuire poate fi mai mică de 2 ani. În plus, persoanele cu silicoză au un risc de 3 ori mai mare decât al celorlalţi de a face tuberculoză.

Tratament

Nu există un tratament specific pentru vreuna dintre aceste boli, deşi transplantul de plămân poate fi o opţiune în unele cazuri. Dacă aveţi vreuna dintre ele, evitaţi să vă mai expuneţi la praful cauzator de boală. Dacă fumaţi, opriţi-vă. În plus, limitaţi expunerea la iritanţi respiratori cum ar fi fumurile iritante sau aerul rece, uscat sau foarte umed. Dacă aveţi silicoză şi testul IDR la PPD este pozitiv, veţi avea nevoie de tratament pentru tuberculoză, chiar dacă nu aveţi simptome.

Astmul bronşic profesional

Semne şi simptome

- Dispnee
- Tuse
- Constricţie toracică
- Wheezing

Semne şi simptome de urgenţă

- Respiraţia extrem de dificilă
- Buze şi unghii albăstrui
- Dispnee severă
- Accelerarea pulsului
- Transpiraţie
- Tuse severă

La 2-5% dintre persoanele cu astm, cauza este corelată cu ocupaţia lor sau cu mediul.

Câţiva agenţi cunoscuţi că ar produce astm sunt coloranţii, praful de lemn, praful de cereale, polenurile, vopselurile sintetice, guma arabică şi sacâzul (agent de cositorire). Inhalarea unuia dintre aceşti agenţi nu înseamnă că veţi face astm, dar la unii indivizi poate declanşa boala.

Bronşita industrială

Bronşita care apare la minerii din minele de cărbune şi la muncitorii expuşi la praf de bumbac, in sau cânepă se numeşte bronşită industrială. Aburii de amoniac, acizii puternici, anumiţi solvenţi organici, clorul, hidrogenul sulfurat, dioxidul de sulf şi bromul, de asemenea pot determina bronşită.

Semnele şi simptomele comune sunt scurtarea respiraţiei şi o tuse cronică, producătoare de mucus.

Nu este clar dacă expunerea la pulberi produce bronşită la aceşti muncitori sau dacă expunerea agravează bronşita de alte cauze, cum ar fi fumatul. Boala se vindecă, în general, prin repaus, consum de multe lichide şi evitarea expunerii la iritantul care a produs-o. Uneori ajută folosirea unui umidificator sau a unui vaporizator.



Diagnostic

Semnele şi simptomele astmului profesional sunt aceleaşi ca şi ale astmului nonocupaţional. Diagnosticul se bazează în principal pe istoricul medical şi pe rezultatele testelor funcţionale pulmonare. Testarea poate include un test de provocare bronşică, în care sunteţi expus la alergenul suspectat sau la o substanţă iritantă în laborator astfel încât reacţia căilor dumneavoastră aeriene la acesta să poată fi măsurată.

Tratament

Tratamentul constă, în general, în medicamente bronhodilatatoare şi antiinflamatoare, cum ar fi corticosteroizii, pentru a menţine deschise bronşiile. De asemenea, este importantă evitarea substanţei care produce astmul. S-ar putea să aveţi simptome de astm ani în şir după ce aţi încetat să mai veniţi în contact cu agentul excitant. Pentru mai multe informaţii despre astm vezi cap. 21, „Alergiile şi astmul".

Alveolita alergică

Semne şi simptome

- Tuse persistentă care produce mari cantităţi de spută
- Wheezing
- Dispnee
- Scăderea funcţiei pulmonare

Cauze

Această boală este produsă de expunerea la prafuri organice. Este cunoscută sub multe denumiri, de obicei corelate cu ocupaţia prin intermediul căreia este contractată.

- Plămânul de fermier, produs de expunerea la praful din fânul mucegăit.
- Bissinoza, produsă de praful din bumbac sau, într-o măsură mai mică, din firele sau frânghiile din in, iută sau cânepă.
- Plămânul de umidificare, produs de praful sau de umezeala din umidificatoare, sisteme de încălzire şi de aer condiţionat, contaminate cu fungi.
- Bagassioză, produsă de fungii din fibrele mucegăite din trestia de zahăr (bagassa).
- Suberoză, produsă de inhalarea de praf de porumb.
- Sequoioză, produsă de rumeguşul de sequoia.
- Boala curăţătorilor de scoarţă de arţar, produsă de praful din buştenii şi scoarţa de arţar mucegăiţi.
- Plămânul cultivatorilor de ciuperci, produs de praful din gunoiul de grajd mucegăit.
- Plămânul lucrătorilor din industria detergenţilor, produs de aditivii enzimatici.

> **SFATURI PENTRU PREVENIRE**
>
> Prevenirea este cea mai eficientă acţiune. Dacă aveţi o ocupaţie care vă expune la risc pentru a dezvolta o afecţiune pulmonară profesională, folosiţi tot timpul o mască de protecţie contra prafului şi luaţi şi alte măsuri de prevenire a expunerii la praf.

Diagnostic

Toate aceste prafuri produc aceleaşi simptome la indivizii care au sensibilitate faţă de ele. Testele funcţionale pulmonare pot ajuta medicul în punerea diagnosticului.

Cât de gravă este alveolita alergică?

Fumătorii sunt mai susceptibili la toate aceste boli şi au complicaţii mult mai grave decât nefumătorii cu aceeaşi boală.

Tratament

Evitarea prafului iritativ ameliorează, de obicei, simptomele. Beţi multe lichide. Folosiţi un umidificator pentru a reduce praful din interior. Curăţaţi-l regulat pentru a-l menţine fără mucegaiuri şi bacterii. Dacă este necesar, medicul vă poate prescrie medicamente cum ar fi un bronhodilatator sau un corticosteroid.

Bissinoza

Semne şi simptome

- Constricţie toracică

Bissinoza este o boală asemănătoare astmului care se întâlneşte uneori la muncitorii care lucrează în industria bumbacului sau, cu o mai mică pondere, la cei care produc fire sau frânghii din in, iută sau cânepă. Cunoscută şi sub denumirea de febra de luni – un nume fals, deoarece nu dă febră – bissinoza rezultă din inhalarea prafului din capsulele plantei verzi. Cei care lucrează cu fibre din bumbac sau de alt tip în procesul de curăţare – scuturare, amestecare şi zdrobire (întindere) – care preced toarcerea, au risc crescut.

Diagnostic

Boala poate apărea imediat după prima expunere sau după ani de lucru în industrie. S-ar putea să simţiţi o constricţie în torace la sfârşitul zilei de luni, prima zi de lucru, presupunând că aţi avut liber weekend-ul. La început, simptomele nu apar în restul săptămânii, dar la 10-25% dintre cei afectaţi constricţia toracică persistă câteva zile, apoi întreaga săptămână şi în weekend şi pe durata concediului.

Cât de gravă este bissinoza?

Bissinoza, în general, nu este gravă. Dar, dacă persistă sau se agravează, poate conduce la o boală cronică, precum emfizemul sau bronşita cronică. Pentru a evita afectarea plămânilor, este indicată schimbarea locului de muncă. Dacă nu vă mai expuneţi la fibre, boala se vindecă.

Tratament

Bronhodilatatoarele şi antihistaminicele ajută la controlul simptomelor.

Plămânul de fermier

Semne şi simptome

- Febră
- Frisoane
- Tuse productivă
- Agravarea dispneei de efort
- Oboseală
- Greaţă şi vărsături
- Scăderea apetitului şi în greutate

Aburi, gaze, fum şi poluarea aerului

Expunerea la concentraţii crescute de aburi şi de gaze toxice, la poluanţi ai aerului de interior şi de exterior, şi la fum poate produce diverse simptome respiratorii.

Aburii şi gazele industriale

Expunerea pe termen lung la concentraţii scăzute sau expunerea accidentală la concentraţii ridicate de toxine chimice industriale pot produce diverse probleme respiratorii temporare (acute) sau, uneori, de lungă durată (cronice). De obicei, este afectat tractul respirator inferior, producând simptome, cum ar fi dispnee şi tuse, şi ducând, eventual, la bronşită cronică. O listă de substanţe chimice toxice include amoniacul, cianurile, formaldehida, hidrogenul sulfurat, diazometanul, dioxidul de azot, izocianaţii, ozonul, fosgenul, anhidrida ftalică şi dioxidul de sulf.

Procesul industrial de încălzire a anumitor metale, cum ar fi cadmiul, cromul, nichelul şi beriliul, la temperaturi mari, şi răcirea lor rapidă eliberează aburi care pot produce diverse boli respiratorii dacă sunt inhalaţi. Semnele şi simptomele apar, de obicei, la câteva ore de la expunere şi dispar în 24 de ore, revenind doar dacă se repetă expunerea.

Dacă lucraţi într-un sector industrial care utilizează temperaturi înalte, cum ar fi topitorie, cositorire, prelucrarea minereurilor, industria ceramică şi lucrul la furnal, puteţi avea risc. Folosirea de compuşi nenocivi, asigurarea unei ventilaţii adecvate şi utilizarea de maşini sigure şi de tehnici corecte pot ajuta la evitarea expunerii la aburi toxici.

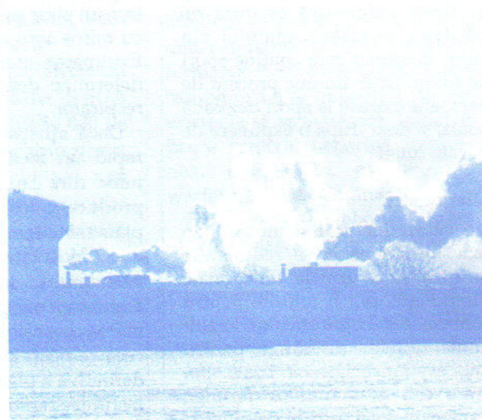
Fumătorii expuşi la aceşti aburi şi la aceste gaze au risc mai crescut de cancer pulmonar.

Poluanţii aerului din afara locuinţei

Poluarea aerului, cum ar fi cea produsă de automobile, de uzine şi fabrici, poate creşte concentraţiile de ozon şi de dioxid de sulf din aer. Expunerea la această poluare poate produce wheezing la persoane care au astm şi poate determina dispnee la vârstnici, la copiii mici şi la persoanele care au o boală cardiopulmonară cronică. În zilele în care concentraţia ozonului este crescută, de obicei după o perioadă lungă de vreme fierbinte şi umedă, ar fi mai bine pentru persoanele care au risc să stea în casă.

Poluanţii aerului din casă

Preocupările legate de folosirea eficientă a energiei au condus la construcţia de case mult mai bine izolate decât vechile locuinţe, şi multe instrucţiuni tehnice în prezent se bazează pe aspirarea aerului de afară în sistemele de încălzire şi de aer condiţionat. De aceea, aburii care pe vremuri nu ridicau probleme importante se pot acumula în locuinţă în loc să fie evacuaţi. Un exemplu este fumul de ţigară care, pe



lângă faptul că are efecte grave asupra fumătorului, are consecinţe şi asupra nefumătorilor care sunt expuşi la el. S-a dovedit că fumatul pasiv creşte numărul infecţiilor respiratorii şi scade funcţia pulmonară la copiii ai căror părinţi fumează.

La persoanele cu astm, locurile cu ventilaţie scăzută, fumul de lemn din sobe şi aburii de la dispozitivele de încălzire a podelei, pe bază de kerosen, pot agrava simptomele.

Alt agent cu potenţial risc este formaldehida. Este prezentă în izolaţia cu spumă de uretan şi în unele tipuri de pardosire folosite în construcţia noilor locuinţe, a caselor mobile şi a mobilei. Produsele noi făcute din formaldehidă pot avea un miros puternic datorat aburilor de formaldehidă, care pot irita ochii, nasul, gâtul şi căile aeriene. Formaldehida se evaporă gradat în câteva luni, după care nu mai produce nici o problemă. Dar înainte de evaporare, poate agrava simptomele persoanelor cu boli respiratorii.

Fumul

Atunci când arde ceva pe bază de carbon, produce monoxid de carbon care, inhalat, afectează transportul oxigenului în sânge. Toţi fumătorii au o proporţie din acest gaz inodor. Atenţie, de aceea, dacă aveţi o sursă de foc în locuinţă, cum ar fi o sobă cu lemne sau un şemineu. Efectele inhalării de monoxid de carbon sunt atât de subtile încât trec aproape neobservate, şi vă puteţi pierde conştienţa înainte de a vă da seama că ceva nu este în regulă. Fumul care are o concentraţie mare de particule suspendate, de asemenea, irită plămânii.

Multe materiale din plastic, din poliuretan sau din alte sintetice folosite în mobilierul de casă emană gaze toxice atunci când ard. Sunt deosebit de riscante pentru plămâni şi pot cauza boli acute severe. Pompierii şi alte persoane care se expun pe durată lungă la fum au risc crescut de boală cronică, deşi acesta este dificil de măsurat.

Plămânul de fermier este un tip de boală pulmonară produsă de inhalarea repetată a prafului din fânul mucegăit care conţine spori de fungi. Doar un mic procent de persoane expuse la spori dezvoltă boala, şi doar după o expunere de durată lungă.

Diagnostic

Un istoric medical şi un examen fizic, împreună cu o radiografie toracică şi cu testele funcţionale pulmonare, pot fi folosite pentru confirmarea diagnosticului. Rezultatele testelor de sânge pentru anticorpii asociaţi cu boala pot arăta clar plămânul de fermier, dar rezultatele nu sunt specifice.

Cât de grav este plămânul de fermier?

În cazurile acute, evitare expunerii la fânul mucegăit de obicei reduce severitatea simptomelor în câteva ore, deşi pot trece săptămâni până la refacerea completă. Boala se poate croniciza, mai ales dacă vă expuneţi în continuare la concentraţii mici de fungi pe durate lungi de timp.

Tratament

Evitarea expunerii la praful din fânul mucegăit este singura metodă sigură de a preveni evoluţia bolii pulmonare cronice. Dacă nu puteţi evita contactul cu fânul mucegăit, medicul vă poate recomanda un tip special de mască de protecţie pentru praf. Dacă aveţi o boală gravă, medicul vă poate prescrie corticosteroizi.

Plămânul lucrătorului din siloz

Semne şi simptome

- Iritaţie şi secreţie nazală abundentă
- Tuse
- Dispnee

Plămânul lucrătorului din siloz este o boală acută care apare prin inhalarea de aburi de monoxid de azot, emanaţi de masa umedă din silozuri. Dacă este inhalat, gazul irită bronşiile şi plămânii.

Cât de grav este plămânul lucrătorului din siloz?

Gravitatea bolii depinde de durata expunerii. Un fermier poate muri după ce a petrecut mai mult timp într-un siloz plin cu gaz gălbui şi cu miros acru de oxizi şi de azot. Expunerea mai redusă poate să determine doar iritarea tractului respirator.

Dacă aţi fost expus, consultaţi rapid un medic. Iritarea plămânilor din cauza aburilor poate produce o colecţie de fluid în plămâni (edem pulmonar), care să ducă la o afectare definitivă a plămânului sau să fie fatală. Expunerea mai poate produce inflamarea bronşiolelor (bronşiolită), ceea ce poate determina afectarea definitivă a plămânilor dacă nu se instituiee rapid tratamentul.

Tratament

Medicul vă poate prescrie un corticosteroid pentru a evita afectarea definitivă a plămânilor.

Plămânii şi sistemul cardiovascular

Activitatea inimii şi cea a plămânilor sunt corelate. Sângele circulă din inimă prin plămâni pentru a fi oxigenat. Dacă se formează un cheag de sânge în vene şi intră în circulaţia sangvină, se poate opri într-o arteră din plămâni (embolie pulmonară). Boala cronică pulmonară poate conduce şi la o insuficienţă cardiacă de ventricul drept (cord pulmonar).

Embolia pulmonară

Semne şi simptome

- Dispnee severă
- Stare de anxietate
- Tuse care produce sânge sau spută cu striuri de sânge
- Transpiraţie excesivă
- Tahicardie

Semne şi simptome de urgenţă

- Pierderea bruscă a conştienţei

Termenul *embolie* se referă la blocarea unei artere cauzată de un embolus. De obicei, un embolus este un cheag de sânge, dar uneori poate fi o globulă de grăsime, o bulă de aer, ţesut dintr-o tumoră sau un conglomerat de bacterii. Acest cheag este dus într-un vas de sânge din plămâni, unde se opreşte şi blochează circulaţia sângelui.

Majoritatea embolusurilor au originea în cheagurile de sânge (trombii) din venele membrului inferior sau din pelvis. Venele îi transportă prin partea dreaptă a inimii spre un plămân. Embolusurile pot să ia naştere şi din pereţii inimii. Dacă un cheag ajunge în partea stângă a inimii, va merge de acolo spre creier sau spre altă zonă a corpului, şi nu spre plămân. Când cheagul blochează aportul de sânge către ţesuturi se produce moartea ţesutului (infarct).

O embolie poate apărea în orice arteră mică, dar plămânii sunt cei mai expuşi deoarece tot sângele din corp trece prin ei în fiecare timp al circulaţiei.

Semnele şi simptomele în urma blocajului depind de mărimea embolusului şi de starea sistemului cardiopulmonar.

Diagnostic

Embolia pulmonară poate fi dificil de diagnosticat, mai ales la persoanele cu boli cardiace sau pulmonare. Medicul poate recomanda o radiografie toracică, o tomografie computerizată (CT) a toracelui şi a plămânilor sau o angiogramă pentru depistarea cheagului.

Un scaner pulmonar numit scaner de ventilaţie-perfuzie utilizează cantităţi mici de trasori radioactivi (radioizotopi) pentru studiul circulaţiei aerului şi al sângelui în plămâni. Radioizotopii sunt ataşaţi unor substanţe cunoscute ca radiofarmaceutice astfel că un dispozitiv special (cameră gamma) poate arăta imagini ale mişcării aerului în plămâni şi ale circulaţiei sângelui în vasele din plămâni.

Această investigare poate fi de folos în diagnosticarea emboliei pulmonare. Totuşi, rezultatele a aproximativ 50% dintre aceste scanări pulmonare sunt incerte.

Angiografia pulmonară este testul de maximă acuratețe pentru depistarea embolusurilor din plămân. Pentru aceasta, se injectează o substanță de contrast într-o venă din braț sau din picior. Când aceasta circulă prin arterele pulmonare, ele apar strălucitoare, astfel că sunt mult mai vizibile pe o radiografie pulmonară, iar cheagurile, dacă sunt prezente, pot fi observate. Medicul vă poate recomanda și alte teste.

Cât de gravă este embolia pulmonară?

Embolia pulmoanră produce deces într-o oră la aproape 10% dintre cei afectați. Dacă supraviețuiți și vi se pune un diagnostic corect și luați un tratament adecvat, evoluția este bună. Vă puteți reveni în câteva săptămâni dacă nu aveți altă boală gravă.

În fiecare an boala afectează cam 500 000 de persoane în SUA și produce aproximativ 50 000 de decese. Intervențiile chirurgicale, repausul prelungit la pat sau inactivitatea, accidentul vascular cerebral, infarctul miocardic, obezitatea și fractura de șold sau de picior cresc riscul de embolie pulmonară. În plus, orice creștere a tendinței de coagulare a sângelui vă face mai susceptibil la boală.

Tratament

Cel mai frecvent, tratamentul este medicamentos.

Tratament medicamentos

Medicul vă poate prescrie terapie anticoagulantă pentru a preveni formarea altor cheaguri de sânge sau pentru a le împiedica pe cele existente să se mărească. Inițial se poate prescrie heparină intravenos, adesea în asociere cu warfarină orală (Coumadin).

Dacă aveți o embolie pulmonară masivă, boli cardiopulmonare preexistente sau dacă alte tratamente nu sunt eficiente, terapia de dizolvare a cheagurilor (trombolitică) poate fi o opțiune.

Mai degrabă decât să realizeze o simplă prevenție a formării cheagurilor, medicamente ca streptokinase (Streptase), urokinase (Abbokinase) și activatorul plasminogenului tisular alteplase (Activase) dizolvă cheagurile.

Toate aceste medicamente au reacții adverse și necesită supravegherea medicală atentă.

Tratament chirurgical

Intervenția chirurgicală este rareori necesară, dar un filtru venos poate ajuta persoanele cu embolusuri recurente care au devenit fibroase și care obstrucționează vasele pulmonare. Pentru prevenirea transportului cheagurilor în artera pulmonară, medicul poate să plaseze chirurgical un filtru în principala dumneavoastră venă (vena cavă inferioară) din abdomen, care merge de la membrele inferioare și pelvis către partea stângă a inimii.

Profilaxie

După orice fel de intervenție chirugicală veți fi sfătuit să vă dați jos din pat și să mergeți sau să faceți mișcări active sau pasive ale picioarelor cât mai repede pentru a preveni formarea cheagurilor de sânge.

Când stați așezat prea mult timp, cum ar fi într-un avion sau într-o mașină, aveți grijă să mergeți din când în când sau măcar să vă îndoiți degetele și să vă mișcați picioarele. Dacă sunteți imobilizat, ridicați picioarele sau folosiți suporturile pentru picioare. Toate acestea pot preveni

Transplantul de plămân și de inimă

Transplantul de plămân a fost realizat prima dată pe la începutul anilor '60, dar mai târziu a fost întrerupt din cauza rezultatelor slabe. Descoperirea prin anii '70 a unui nou medicament imunosupresiv denumit ciclosporină (Neoral, Sandimmune) a renăscut posibilitatea de a realiza transplant pulmonar cu succes. Dar studiile făcute pe animale au arătat că aportul de sânge către noii plămâni era insuficient și că plămânii transplantați nu se vindecau adecvat.

În anii '80 cercetătorii au găsit soluția. Ei au descoperit că transplantul de plămâni împreună cu cel de cord asigură suficient sânge noilor plămâni. În anul 1981 s-a realizat cu succes primul transplant de inimă-plămân.

Acest procedeu are multe probleme și limite. Găsirea donorului de plămâni și inimă este foarte dificilă deoarece plămânii unei victime a unui traumatism care provoacă moartea creierului sunt adesea afectați. Pentru a putea fi folosiți, plămânii trebuie să se potrivească cu dimensiunile corpului, cu grupa sangvină și cu tipul de țesut.

Totuși, s-au înregistrat progrese. Folosind medicamente imunosupresoare și proceduri noi, s-au realizat cu succes multe transplanturi dublu-plămân sau doar de plămân, fără a se transplanta și inima. Aceasta deschide posibilitatea ca un donator de inimă și de ambii plămâni să poată salva viața a 3 oameni, în loc de a unuia singur. Dacă inima unei persoane căreia i se face transplant de plămân este sănătoasă, inima donatorului poate fi folosită pentru altcineva.

Transplantul de plămân poate fi luat în calcul la persoanele cu fibroză pulmonară idiopatică, o boală cronică a plămânilor căreia nu i se cunoaște cauza. Calitatea și durata vieții unei persoane cu fibroză pulmonară pot crește prin transplant pulmonar. Uneori, poate fi realizat un transplant pulmonar pentru persoanele cu emfizem. Decizia de asumare a riscurilor transplantului pulmonar la persoanele cu emfizem se bazează pe posibilitatea îmbunătățirii calității vieții.

Transplantul pulmonar este un procedeu riscant și complicat. Majoritatea celor care fac cu succes transplante pulmonare ajung să trăiască relativ normal la scurt timp după aceea. Evoluția pe termen lung nu este cunoscută încă.

stagnarea şi coagularea sângelui în venele picioarele, cauză frecventă de embolusuri.

Dacă aveţi risc de embolie pulmonară recurentă, vi se pot prescrie heparină, warfarină sau un medicament antitrombotic de tip aspirină.

Cordul pulmonar

Semne şi simptome

- Edeme ale membrelor inferioare
- Dispnee de efort
- Pulsaţii în venele gâtului
- Ficat mărit şi dureros
- Slăbiciune şi oboseală

Cordul pulmonar este mărirea şi chiar insuficienţa funcţională a ventriculul drept din cauza bolii pulmonare. Deoarece inima şi plămânii sunt strâns legate ca funcţie, bolile de plămâni afectează adesea şi inima.

Sângele pleacă din partea dreaptă a inimii către plămâni, unde dioxidul de carbon este eliminat, iar oxigenul este preluat. În mod normal, nu este necesară o presiune prea mare pentru a mişca sângele în plămâni, aşa încât pereţii musculari ai ventriculului drept nu sunt la fel de puternici ca ai ventriculului stâng, care pompează sânge sub mare presiune în restul corpului. Totuşi, dacă emfizemul, fibroza sau alte boli cronice grave de plămân vă afectează plămânii, este nevoie de o mai mare presiune pentru a pompa sângele în ei. Deşi inima poate compensa aceasta pentru o vreme, în final se va decompensa.

Diagnostic

Testele folosite pentru diagnosticarea cordului pulmonar pot include un test funcţional pulmonar, radiografie toracică, electrocardiogramă şi echocardiogramă.

Cât de grav este cordul pulmonar?

O dată simptomele de cord pulmonar apărute, media de supravieţuire este de 2-5 ani. În situaţia în care cauza de bază este emfizemul necomplicat, supravieţuirea poate fi mult mai lungă.

Tratament

Un pas important este de a trata boala de bază care determină cordul pulmonar, dacă este posibil. În plus, medicul vă poate recomanda să folosiţi oxigen, să consumaţi mai puţină sare şi lichide, şi să luaţi diuretice pentru a controla acumularea de fluid în ţesuturi. ■

CAPITOLUL **28** PARTEA a V-a



Bolile sânilor

Structura sânului femeii este remarcabilă şi complexă. În cea mai mare parte, sânul unei femei este format din ţesut gras şi conjunctiv. Aceste ţesuturi alcătuiesc o reţea de vase de sânge şi de glande producătoare de lapte numite lobuli.

Pe parcursul lactaţiei, aceste glande secretă lapte într-un sistem de canale – canalele lactifere – care leagă lobulii de mamelon. Sânii sunt ataşaţi de musculatura pieptului (muşchii pectorali) prin ţesuturi conjunctive (de legătură).

Mameloanele pot fi aplatizate, dar ele conţin ţesuturi care devin erecte la anumiţi stimuli cum ar fi frigul, în timpul actului sexual sau ca urmare a atingerii.

Mameloanele anumitor femei sunt întotdeauna erecte, iar ale altor femei sunt retractate. Oricare din cele trei tipuri de mameloane sunt perfect normale.

În jurul mameloanelor se găseşte areola, un ţesut circular de aceeaşi culoare ca şi mamelonul. Glandele sebacee din areolă lubrifiază mamelonul în timpul alăptării. La unele femei, aceste glande sunt vizibile sub forma unor mici proeminenţe. Foarte multe femei prezintă fire de păr pe marginile areolei. Administrarea de pastile contraceptive accelerează creşterea părului în această zonă.

Unele femei sunt foarte preocupate de sânii lor. Ele cred că sânii lor sunt fie prea mici, fie prea mari sau sunt îngrijorate că un sân este mai mare decât celălalt.

În prezent, marimea sânilor nu contează nici în ceea ce priveşte receptivitatea sexuală a femeii, nici în capacitatea acesteia de a alăptă. Femeile cu sâni mici sunt la fel de receptive ca şi femeile cu sâni mari şi pot hrăni un copil la fel de bine. Mergând mai departe, este normal la o pereche de sâni ca unul să fie diferit faţă de celălalt ca mărime şi formă. De obicei, sânul drept este mai mic decât cel stâng.

Modificările normale ale sânului

Pentru a înţelege bolile şi disfuncţionalităţile care afectează sânii, este foarte important să ştim cum funcţionează normal sânul. Hormonii joacă un rol major atât în dezvoltarea sânului cât şi în schimbările sânilor în funcţie de diferitele stadii ale vieţii.

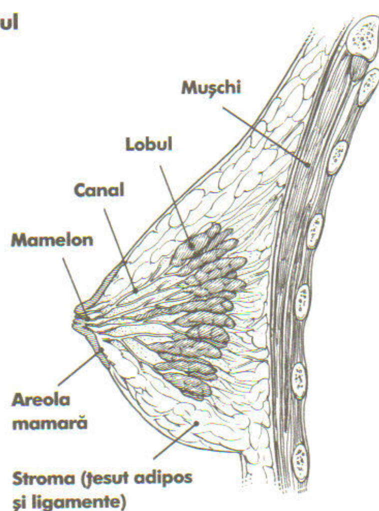
De la pubertate până după menopauză sânii unei femei se schimbă pe măsură ce hormonii ei fluctuează. La pubertate, când corpul femeii produce cantităţi mari de estrogen, sânii dezvoltă rapid atât o reţea de ţesut conjunctiv (stroma) cât şi un sistem de glande, canale lactifere, vase de sânge, canale limfatice şi nervi. În acelaşi timp, sânii dezvoltă celule grase care alcătuiesc cea mai mare parte a ţesutului sânului.

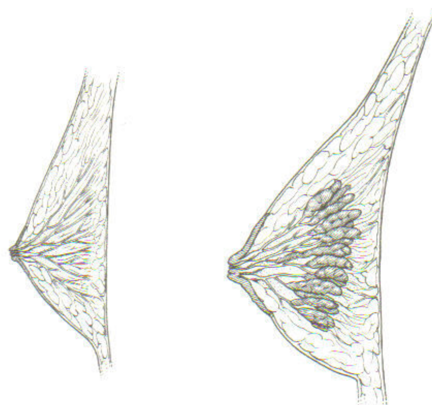
Sistemul limfatic este alcătuit din limfă, vase limfatice şi ganglioni limfatici. Limfa este un lichid transparent care conţine produşii nefolositori ai ţesutului şi sistemul celulelor imunitare. Vasele limfatice sunt similare unor vene foarte mici care transportă limfă în loc de sânge. Majoritatea vaselor limfatice ale sânului sunt drenate spre ganglionii limfatici axilari, care sunt colecţii de celule ale sistemului imun.

După pubertate, sânii unei femei suferă modificări lunare. Pe parcursul primei jumătăţi a ciclului menstrual, ovarele secretă estrogen, care generează creşterea de noi celule în glandele, canalele şi alte ţesuturi ale sânului. Creşte, de asemenea, şi cantitatea de sânge care circulă prin sâni.

Pe parcursul celei de-a doua jumătăţi a ciclului menstrual, după ovulaţie, glandele sânilor sunt stimulate de progesteron cât şi de estrogen şi încep să secrete anumite substanţe care sunt precursoarele laptelui. Dacă femeia nu rămâne însărcinată,

Sânul





La pubertate, sânul femeii dezvoltă rapid ţesut adipos şi ligamente (stroma). Sânul adult (dreapta) conţine mai mult ţesut gras şi se schimbă ca răspuns la variaţiile lunare ale nivelului hormonilor.

Micşorarea sânilor

Micşorarea sânilor poate fi mai mult decât o problemă estetică. Sânii foarte mari pot cauza o serie de probleme, printre care:

- dureri cronice de spate, gât şi umeri;
- ţinută dificilă;
- iritarea permanentă a pielii sub sâni;
- urme adânci pe sâni generate de bretelele sutienului;
- dificultăţi în efectuarea exerciţiilor fizice.

Asemenea probleme reprezintă unul dintre motivele pentru care intervenţiile chirurgicale de reducere a sânilor au crescut cu 88% din anul 1997.

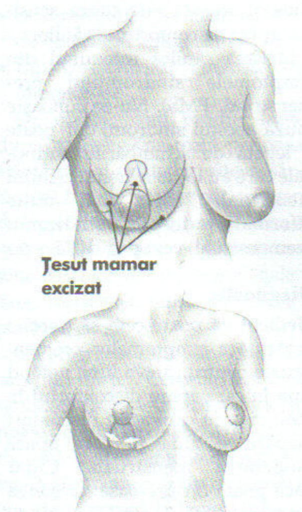
O analiză a 29 de studii care implică peste 4 000 de femei care au suferit o operaţie de reducere a sânilor arată că intervenţia le-a îmbunătăţit semnificativ problemele psihice şi marii majorităţi a femeilor calitatea vieţii. Beneficiile includ: ameliorarea durerilor de cap, spate, gât, de sâni, precum şi reducerea durerilor şi amorţelii braţelor cauzate de presiunea exercitată asupra umerilor de bretelele sutienului.

Cea mai utilizată tehnică pentru micşorarea chirurgicală a sânilor constă în efectuarea unei incizii în jurul zonei închise la culoare a sânului (areolei) şi, în jos, până la pliul format sub sân, pentru ca medicul chirurg să îndepărteze ţesutul. Operaţia lasă semne permanente, care pot fi acoperite de sutien sau de costumul de baie.

Ca orice intervenţie chirurgicală, reducerea sânilor are un mic risc de infecţie şi reacţie adversă la anestezie. Vă puteţi trezi cu sâni de mărimi diferite sau cu mameloanele inegal poziţionate. Puteţi suferi, de asemenea, pierderea permanentă a sensibilităţii sânilor sau a mameloanelor.

Anumite metode de reducere a sânilor pot păstra o parte suficientă din sistemul canalelor lactifere pentru a permite o alăptare viitoare.

Recuperarea durează, de obicei, 6 săptămâni. Reducerea chirurgicală a sânilor poate fi recomandată medical şi acoperită de asigurarea medicală; dar, de obicei, necesită în prealabil o autorizare din partea companiei de asigurări (în SUA).



Cea mai utilizată tehnică de reducere a sânului implică efectuarea unei incizii în jurul areolei şi, în jos, până la pliul format sub sân. De obicei, chirurgul îndepărtează 450-1350 g de ţesut de la fiecare sân.

nivelul hormonilor scade, corpul ei absorbind secreţiile şi noile celule, iar cantitatea de sânge din sâni se reduce.

La unele femei sânii devin dureroşi imediat după ciclul menstrual. Alte femei prezintă chisturi în sâni care se măresc pe parcursul acestei perioade. Pilulele contraceptive pot, de asemenea, genera creşterea sensibilitaţii şi umflarea sânilor, deşi majoritatea femeilor care iau astfel de pilule nu au suferit efecte adverse.

Pe parcursul sarcinii, sânii se măresc gradual. Împreună reuşesc să ia în greutate aproape 450 g. Sistemul de canale ale sânului, stimulat de hormonii produşi de placentă şi de glanda hipofiză, creşte şi se ramifică.

Corpul produce mai multe celule în stromă şi adaugă celule grase. Mameloanele şi areola se măresc şi devin închise la culoare, schimbări care deseori sunt permanente.

După naştere, alţi hormoni afectează sânii. Prolactina, produsă de glanda hipofiză, reglează cantitatea de lapte produsă. Chiar înainte de înţărcare, producţia de prolactină se diminuează. După ce copilul este înţărcat, curgerea laptelui matern încetează şi sânii revin aproape la starea prenatală.

La menopauză, modificările sânilor care intervin pe parcursul ciclului menstrual încetează. Anumite probleme, cum ar fi nodulii mamari, se diminuează sau dispar. Oricum, riscul apariţiei cancerului la sân creşte o dată cu vârsta.

Este foarte important să ne autoexaminăm sânul (vezi pag. 836) o dată pe lună la fiecare vârstă. Autoexaminarea sânului devine şi mai importantă după menopauză.

Bolile sânilor

Afecţiunile sânilor merg de la tumefierea şi sensibilitatea neconfortabilă, dar inofensivă, a sânilor, de care suferă multe femei înainte de menstruaţie, până la cancerul mamar.

Sensibilitatea şi tumefierea premenstruală

Semne şi simptome

- Tumefierea sânilor
- Noduli mamari
- Disconfort la nivelul sânilor

În timpul fiecărui ciclu menstrual pot apărea schimbări temporare ale sânilor. Aşa cum pereţii uterului se îngroaşă în fiecare lună pregătind o posibilă sarcină, sânii dezvoltă noi celule în glandele şi canalele lor, pregătindu-i pentru

alăptare. Astfel, în săptămâna dinaintea menstruației sau mai înainte, sânii devin mai mari. Uneori, aceasta este cauza sensibilității și disconfortului sânilor.

Mărirea sânilor este unul din simptomele sindromului premenstrual (PMS). Nu se cunoaște cauza acestui sindrom, dar poate fi legată de schimbările hormonale care au loc la sfârșitul ciclului menstrual. Pentru mai multe informatii despre sindromul premenstrual, vezi pag. 1075.

Diagnostic

Medicul vă poate cere să țineți o evidență a simptomelor premenstruale pentru câteva luni, notând ziua în care apare disconfortul în sâni, ziua în care acest disconfort dispare și ziua în care apare sângerarea menstruală. Chiar dacă poate fi dureroasă, creșterea premenstruală a sânilor nu este considerată gravă.

Tratament

Medicația și tehnicile de autoîngrijire pot ușura disconfortul simptomelor premenstruale.

Tratament medicamentos

Medicul vă poate prescrie un tratament diuretic care reduce reținerile de apă. El poate fi administrat cu 10 zile înainte de venirea ciclului menstrual sau cu 1-2 zile înainte de data la care apar de obicei simptomele.

Dacă aveți dureri severe ale sânilor, administrarea unui antiinflamator nesteroidian (NSAID), cum ar fi ibuprofenul (Advil, Motrin etc.), înainte de venirea ciclului menstrual, poate ușura aceste dureri.

Autoîngrijire

Vă veți simți mult mai bine dacă renunțați la sare înainte de terminarea ciclului menstrual deoarece aceasta produce reținerea lichidelor în țesuturi, ceea ce determină mărirea sânilor. Cofeina poate contribui la creșterea sensibilității sânilor; de aceea, este recomandată renunțarea la cofeină sau trecerea la produsele decofeinizate. De asemenea, un sutien confortabil purtat 24 de ore pe zi vă poate ajuta. Un sutien cu sârmă poate irita sânii sensibili. Dacă purtați acest tip de sutien, încercați să-l înlocuiți cu unul obișnuit sau renunțați la el pe parcursul acestei perioade a lunii.

MEDICINĂ COMPLEMENTARĂ

Pentru sensibilitatea crescută a sânilor și pentru durerea acestora, unele femei consideră folositoare suplimentele de vitamina E. Însă, studiile pe scară mică nu au demonstrat că aceste suplimente reduc durerea. Suplimetele orale de ulei de primula s-au dovedit de ajutor femeilor care suferă de dureri generate de ciclul menstrual. Pentru dozarea corespunzătoare, consultați medicul.

Infecțiile sânului

Semne și simptome

- Creșterea sensibilității și înroșirea tegumentului sânului
- Mărirea dureroasă a sânilor
- Mărirea ganglionilor limfatici axilari
- Simptome asemănătoare gripei
- Febră (rar)

Infecțiile sânilor (mastita) apar în mod obișnuit la femeile care alăptează sau care au încetat recent alăptarea, fiind cauzate de bacterii care pătrund în unul sau în ambii sâni.

Dacă infecția este severă, se pot forma abcese. Țesuturile înconjurătoare se autoprotejează prin secretarea unei substanțe care creează un perete în jurul infecției. Puroiul colectează în interior.

Diagnostic

Apariția acestor semne și simptome la o femeie care alăptează sugerează mastita. Infecțiile sânului pot apărea și la femeile care nu alăptează. Medicul o să dorească să vă consulte la câteva săptămâni după diagnosticul inițial și după tratament pentru a se asigura că infecția a dispărut.

Persistența sau recidiva unei mastite face necesară o evaluare pentru a elimina diagnosticul de cancer. Această evaluare poate include mamografia, ecografia și biopsia.

Cât de gravă este infecția sânului?

Infecțiile sânului răspund, de obicei, rapid la tratament. Dacă nu se întâmplă acest lucru, se poate forma un abces, care trebuie drenat.

Tratament

Medicamentele pot elimina, de obicei, infecțiile. Uneori, însă, este necesară intervenția chirurgicală.

Tratament medicamentos

Medicul vă va prescrie cu siguranță un antibiotic și probabil un analgezic pentru dureri și febră. Dacă alăptați, continuați să o

? Întrebare și răspuns

Ce este infecția candidozică a sânilor?

Candida este o ciupercă ce vă poate afecta mameloanele și sânii pe perioada alăptarii. Puteți avea dureri ale mameloanelor și sânilor chiar și atunci când copilul este bine poziționat și suge corespunzător. Durerea poate fi resimțită la un singur sân sau mamelon sau la amândouă.

Semnele și simptomele includ: piele roșie, iritată și cu senzație de mâncărime pe mamelon sau areolă. Mameloanele crăpate, care nu se vindecă, se pot datora unei astfel de infecții. Alte simptome pot fi: o durere înțepătoare, arzândă a sânilor pe parcursul alăptării sau după. Copilul poate să nu prezinte semnele și simptomele amintite sau poate avea o erupție sau eritem fesier cauzate de această ciupercă.

Această infecție poate apărea după un tratament cu antibiotice. Consultați medicul pentru diagnostic și tratament.

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Dacă alăptaţi, profilaxia intrării bacteriilor în sâni vă poate ajuta să preveniţi infecţiile. Păstraţi-vă mameloanele curate şi uscate între alăptări. De asemenea, evitaţi hainele care vă freacă sau irită mameloanele.



faceţi. Aceste medicamente nu ar trebui să afecteze producerea de lapte sau copilul.

Autoîngrijire

Odihniţi-vă corespunzător şi creşteţi consumul de lichide. Durerea poate fi redusă şi prin aplicarea căldurii în zona afectată.

Tratament chirurgical

De obicei, un antibiotic este tratamentul suficient. Dacă, însă, se formează un abces acesta trebuie drenat. Medicul poate aspira abcesul cu un ac sau îl poate drena făcând o mică incizie.

Afecţiunile mameloanelor

Semne si simptome

- Secreţii din mameloane
- Un mamelon retractat de curând
- Noduli la nivelul areolei
- Descuamarea mameloanelor

Este înţelept să acordaţi atenţie schimbărilor apărute la nivelul mameloanelor. Deşi de cele mai multe ori, cauza este benignă, anumite schimbări pot fi legate de cancer.

Galben, verde, maro sau gri, lichidul care se scurge din multiplele canale ale ambelor mameloane se datorează probabil fie schimbărilor fibrochistice ale sânilor (vezi pag. 835), fie dilatării canalelor (ectazia canalelor mamare). Lichidul alburiu din canale este probabil lapte, mai ales dacă iese din ambele mameloane.

O scurgere de culoarea roşie-închis sau neagră conţine sânge. Ea poate indica o mică tumoră benignă care creşte într-un canal mamar, deşi cancerul mamar este o probabilitate îndepărtată. O scurgere apoasă (curată) poate indica de asemenea un cancer incipient.

Mameloanele retractate sunt normale, dacă le aveţi aşa de la pubertate. Dar dacă acest lucru apare mai târziu, poate fi semn de cancer.

Micii noduli apăruţi în areolă sunt în general chisturi cauzate de blocajul glandelor sebacee. Dacă infecţia avansează, un chist se poate transforma într-un furuncul. Descuamarea mameloanelor se datorează, de obicei, unor modificări benigne.

Dacă descuamarea persistă aveţi nevoie de o biopsie pentru a exclude posibilitatea unui cancer în fază incipientă. Boala Paget a sânului este un tip de cancer mamar care apare de obicei ca un mamelon roşu, descuamat sau cu senzaţie de mâncărime. Poate fi greşit dignosticat ca eczemă, un tip de boală cutanată.

Diagnostic

Dacă observaţi orice schimbare neobişnuită a mameloanelor sau a sânilor consultaţi medicul. În cazul scurgerilor mamare, acesta vă poate lua o probă pentru analize de laborator. Pentru mameloanele introduse în interior de curând sau a scurgerilor cu sânge, testele de cancer sunt necesare şi pot include şi o mamografie.

Cât de grave sunt afecţiunile mameloanelor?

Scurgerile mamelonare şi mameloanele retractate sunt rareori grave. Ele pot fi un semn de cancer, de aceea este foarte important ca medicul să vă consulte pentru a putea determina cauza.

Tratament

Dacă schimbările nu sunt legate de cancer este posibil să nu aveţi nevoie de tratament. Dacă un chist infectat evoluează spre furuncul, medicul vă va prescrie probabil un antibiotic. Necesitatea unei operaţii depinde de problema de bază.

Galactoreea

Semne si simptome

- Scurgeri albicioase mamelonare, de obicei din ambii sâni
- Lipsa ciclurilor menstruale (amenoree)

De obicei, sânii produc lapte după naştere – pe toată perioada alăptării – şi poate cu câteva săptămâni înainte. Dacă apar scurgeri de lapte în alte situaţii, aveţi o boală rară numită galactoree. Denumirea vine de la cuvântul grecesc "gala" care înseamnă lapte şi "rhoia" pentru a curge.

Galactoreea este din când în când un mister. Cercetările indică faptul că în 50% din cazuri nu se poate determina cauza. Aproximativ 25% dintre femeile cu această boală au un anumit tip de tumoră hipofizară numită lactinom. Tumora este de obicei necanceroasă, dar secretă prolactină, hormonul care regularizează producţia de lapte a sânului.

În celelalte 25% din cazuri, galactoreea are cauze variate. De exemplu, galactoreea poate fi un semn al tiroidei inactive (hipotiroidism) sau un efect secundar al medicaţiei.

Medicamentele care pot cauza galactoree includ methyldopa (folosită în cazul hipertensiunii arteriale), phenotiazina (un tip de tranchilizant), anumite tipuri de antidepresive şi dextroamfetamina (Dexedrine), un psihostimulent folosit în tratarea unor afecţiuni precum tulburarea de deficit de atenţie/hiperactivitate şi narcolepsie.

Diagnostic

Dacă aveţi semnele sau simptomele caracteristice, mergeţi la medic pentru examinarea sânilor. Acesta va lua o probă din lichidul secretat pentru a exclude un cancer mamar.

Pentru a-l ajuta în determinarea cauzei, medicul vă poate testa pentru detectarea altor boli cum ar fi hipotiroidismul. Alte analize pot să includă analize ale sângelui

Alăptarea

Femeile aleg să-şi alăpteze copiii datorită beneficiilor de sănătate pe care le oferă acestora şi datorită legăturii mamă-copil care se formează. Laptele matern este complex din punct de vedere biologic. Îi asigură copilului o protecţie unică împotriva infecţiilor şi îi stimulează dezvoltarea sistemului imunitar.

Lichidul gălbui, lipicios secretat de sâni în primele zile după naştere (colostrul) conţine hormonii şi anticorpii de care beneficiază copilul. După 3-5 zile, glanda hipofiză influenţează sânii în producerea laptelui matur, care conţine nutrimente esenţiale. Eliminarea laptelui din sâni stimulează producerea laptelui.

Eliminarea laptelui controlează fluxul laptelui matern. Când copilul suge, mameloanele răspund prin trimiterea unor impulsuri senzoriale la creier. Glanda hipofiză eliberează hormonii, în principal oxitocină, în sistemul sangvin. Când hormonii ajung la sâni determină contractarea celulelor din jurul cavitaţii care produce lapte (alveole), pompând laptele prin canalele lactifere.

Iniţial, acest proces poate dura mai multe minute. O dată cu stabilizarea alăptării procesul se desfăşoară mai rapid, uneori numai ca răspuns la plânsul copilului.

Vă puteţi aştepta, iniţial, la creşterea temporară a sensibilitaţii mameloanelor. Nu ar trebui să aveţi dureri care, în general, indică faptul că ceva nu este în ordine. Asiguraţi-vă că guriţa copilului este centrată pe mamelon. Vă este de ajutor, în evitarea rănirii mamelonului, poziţionarea corespunzătoare a copilului în timpul alăptării.

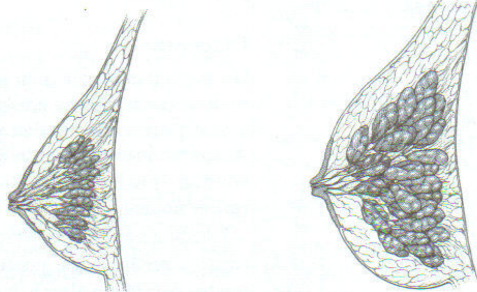
Alăptarea trebuie să fie o bucurie atât pentru copil cât si pentru mamă. Utilizarea în mod intermitent a unei pompe vă poate impiedica să aveţi un stil de viaţă flexibil.

Când alăptaţi, puteţi suferi o înfundare a canalelor lactifere sau apariţia unui nodul fierbinte şi dureros. Pentru ameliorare, încercaţi odihna, căldura, masajul şi alăptarea frecventă şi îndelungată a copilului. Dacă nodulii nu se ameliorează cu aceste măsuri puteţi avea o mastită.

Mastită este o infecţie a sânului, de obicei, produsă de bacterii. Semnele şi simptomele includ febră, simptome asemănătoare gripei, durere şi înroşire ale sânului. Pentru ameliorare, creşteţi consumul de lichide, odihniţi-vă şi aplicaţi caldură pe zona afectată. În plus, anunţaţi medicul care vă poate prescrie un antibiotic.

Înţărcarea copilului trebuie să fie un proces gradual. Înţărcarea bruscă poate să fie dificilă atât pentru copil, cât şi pentru mamă, şi poate genera întărirea (angorjarea) sânilor. Începerea alimentaţiei copilului cu alimente solide pe la 6 luni poate fi şi începutul procesului de înţărcare.

Prolactina, hormonul care pregăteşte sânii pentru alăptare, vă poate oferi, de asemenea, protecţie împotriva sarcinii. Dar nu vă bazaţi pe ea pentru contracepţie; puteţi ovula în timpul alăptării chiar dacă nu aveţi ciclu menstrual.



Când alăptaţi, sistemul de glande şi canale din sâni se dilată pe măsură ce laptele este produs, fenomen numit lactaţie.

pentru a determina nivelul prolactinei şi rezonanţa magnetică nucleară (RMN) a hipotalamusului şi a hipofizei.

Cât de gravă este galactoreea?

Galactoreea nu vă ameninţă sănătatea decât dacă este cauzată de o tumoră hipofizară. Astfel de tumori cresc încet şi unele dintre ele, eventual, stagnează. Ele pot fi tratate, uneori cu succes, cu medicamente. Dacă acestea dau greş, medicul vă poate recomanda intervenţia chirurgicală sau radioterapia.

Tratament

Tipul de tratament folosit pentru galactoree depinde de cauza care stă la baza bolii.

Tratament medicamentos

Pentru hipotiroidism, medicul vă va prescrie, cu siguranţă, tiroxină (Levothroid, Synthroid etc.). Dacă galactoreea este cauzată de o tumoră hipofizară sau testele nu reflectă cauza bolii, medicul vă poate prescrie bromocriptină (Apo-Bromocriptine, Parlodel). Acest medicament poate micşora tumora şi reduce nivelul prolactinei. Deseori, bromocriptina elimină galactoreea chiar şi atunci când cauzele ei rămân necunoscute.

Tratament chirurgical

În cazul unei tumori hipofizare mari, operaţia este necesară. Deoarece aceste tumori pot reapărea, este nevoie de un tratament îndelungat cu bromocriptină sau radioterapie.

Papilomul intraductal

Semne şi simptome

- Scurgeri apoase sau cu sânge din mamelon
- O mică tumefiere lângă mamelon

Papilomul intraductal este un nodul mic, benign, care creşte în canalele lactifere în apropierea mameloanelor. Aceste tumori rare sunt prea mici pentru a fi simţite. Ele pot fi detectate la examinare în mai puţin de 50% din cazuri.

Diagnostic

Medicul va parcurge toate procedurile de diagnosticare pentru a se asigura că nu aveţi cancer mamar. El va apăsa uşor asupra zonei din jurul mamelonului pentru a încerca să determine ce canal conţine tumora. Deşi această tumoră este benignă, ea trebuie eliminată pentru a fi siguri că nu este cancer.

Tratament

Intervenţia chirurgicală este necesară în majoritatea cazurilor de papilom intraductal. Dacă medicul simte tumora sau o vede la mamografie sau ecografie, operaţia o poate elimina. Dacă tumefierea nu este prezentă, dar secreţia persistă dintr-un singur canal, medicul poate recomanda un procedeu numit explorare de canal, în care canalele lactifere sunt eliminate. Dacă secreţia apare o singura dată, este recomandată urmărirea cu atenţie a acesteia, incluzînd şi mamografii regulate.

Nodulii mamari

Semne şi simptome

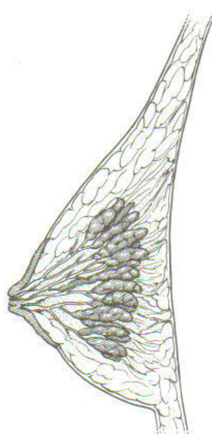
- O modificare a unei zone care se simte diferit faţa de restul sânului
- Una sau mai multe umflături ale sânilor care pot fi sau nu dureroase
- Uneori, un mamelon retractat, gropiţe în sâni sau scurgeri mamelonare verzui sau de altă culoare

Majoritatea nodulilor mamari nu sunt canceroşi. Dar unii sunt; de aceea este importantă examinarea lor.

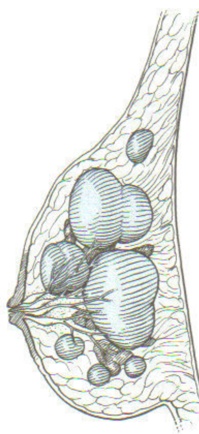
Chisturile

Un nodul mamar, care apare târziu în timpul ciclului menstrual, deseori este un chist inofensiv. După menstruaţie, aceşti noduli, de obicei, dispar. Un chist mamar este o pungă plină de lichid care tinde să se lărgească spre sfârşitul ciclului menstrual, când corpul reţine mai multe lichide. Unele chisturi sunt mici, altele pot fi cât un ou. Dacă este strâns, chistul îşi poate schimba uşor forma şi multe pot fi uşor deplasate sub piele.

Sân normal



Sân fibrochistic



Obstrucţia sau dilatarea canalelor aflate sub ţesutul mamar poate fi cauzată de chisturi. Chisturile apar cel mai des în jurul vârstei de 40 de ani, înainte de menopauză. Deoarece, în general, chisturile dispar după menopauză, modificările hormonilor ovarieni determină probabil aceste fluctuaţii de mărime.

Sânul fibrochistic

Sânul fibrochistic este mai frecvent la femeile cu vârsta între 20-30 ani. Această afecţiune este numită şi modificare fibrochistică, mastită chistică cronică sau boala mamară benignă.

Creşterea sau proliferarea canalelor şi ţesutului conjuctiv fibros în combinaţie cu dezvoltarea chistului, determină îngroşarea ţesutului glandular al sânului. De obicei, îngroşarea ţesutului este mai proeminentă în regiunea supero-externă a sânului. Această afecţiune este, de asemenea, asociată cu variaţii ale nivelurilor hormonilor pe parcursul ciclului menstrual şi poate fi dureroasă.

Adenofibroamele

Nodulii mamari, care nu sunt nici chisturi, nici cancer, sunt cel mai probabil adenofibroame. Aceste tumori benigne se dezvoltă, de obicei la femei în prima jumătate a perioadei de sarcină. Au o formă bine definită, cu o suprafaţă fermă, delicată. De asemenea, sunt mobile sub piele. Adenofibroamele se dezvoltă atunci când ţesutul conjunctiv creşte în glandele şi lobulii mamari.

Alte tipuri

Alte tipuri de noduli mamari sunt cei determinaţi de infecţii sau de sângerări cauzate de un traumatism (hematom). Un nodul produs de o tumoră în ţesutul adipos se numeşte lipom. De asemenea, un nodul poate fi cauzat de un papilom intraductal, mai ales dacă blochează un canal. Nici una dintre aceste afecţiuni nu sunt maligne.

Diagnostic

Prima preocupare a medicului este de a se asigura că nodulii nu sunt maligni. Dacă aveţi un singur nodul, care seamănă cu un chist, medicul va încerca să scoată (să aspire) lichidul din el folosind un ac subţire. Dacă lichidul poate fi aspirat, nodulul poate dispărea indicând că a fost vorba de un chist.

Lichidul din chist este gălbui şi nu necesită analiză. Dacă lichidul are însă, culoarea sângelui sau dacă nu dispare după aspirare, atunci medicul va trimite lichidul la laborator pentru depistarea cancerului. Medicul poate recomanda

Autoexaminare sânului

Autoexaminarea regulată a sânului vă poate salva viaţa, deoarece poate depista un nodul mamar malign. Majoritatea nodulilor mamari – aproximativ 75% – sunt benigni, dar dacă depistaţi unul, mergeţi la medic pentru a exclude varianta cancerului. Dacă este malign, tratamentul poate fi eficient dacă acesta este depistat într-un stadiu incipient.

Toate femeile ar trebui să-şi examineze sânii o dată pe lună. Dacă nu aţi ajuns la menopauză, cel mai bun timp este la câteva zile după ciclul menstrual deoarece atunci sânii sunt cel mai puţin sensibili sau umflaţi. Dacă sunteţi la menopauză, alegeţi o zi a lunii şi examinaţi-vă sânii lunar la acea dată.

Autoexaminarea sânului ia puţin timp şi nu este dificilă. Iată cum se procedează:

1. Aşezaţi-vă în faţa oglinzii, dezbrăcată. Cu braţele pe lângă corp priviţi-vă sânii în vederea depistării cutelor, gropiţelor sau schimbărilor de formă sau mărime ale acestora. Doar dacă nu aveţi mameloanele în mod normal retractate, asiguraţi-vă că nu s-a întâmplat acest lucru. Puneţi-vă mâinile pe şolduri, după care plasaţi-le după cap. Verificaţi aceleaşi semne în fiecare poziţie.

2. Apoi, intraţi sub duş, udaţi-vă şi săpuniţi-vă sânii. Aşezaţi-vă mâna stângă după cap şi examinaţi-vă sânul stâng cu mâna dreaptă. Imaginaţi-vă sânul ca fiind cadranul unui ceas şi plasaţi-vă mâna dreaptă la ora 12^{00}, deasupra sânului, la aproximativ 1,5 cm de claviculă. Cu palma întinsă, degetele lipite şi folosind cele 3 degete de la mijloc, faceţi o mică mişcare circulară palpând în căutarea chisturilor. Aplicaţi o presiune uşoară, apoi una moderată şi una profundă pentru fiecare poziţie. Mutaţi-vă mâna la ora 1^{00}, 2^{00} şi aşa mai departe. Când vă întoarceţi la poziţia de la ora 12^{00}, mutaţi-vă degetele aproape de mamelon (la aproximativ 1,5 cm) şi repetaţi aceleaşi mişcări, mergând în jurul ceasului într-un cerc în primul cerc, apoi faceţi un cerc şi mai mic. Continuaţi să utilizaţi acelaşi model până când verificaţi fiecare zonă a sânului, inclusiv mamelonul.

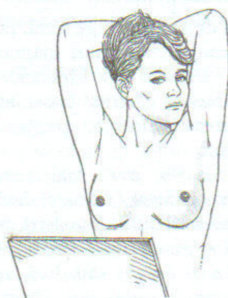
3. Pentru a verifica scurgerile mamelonare, formaţi un V cu degetul mare şi arătătorul şi plasaţi-le la dreapta şi stânga mamelonului. Apăsaţi pe areolă şi uşor trageţi o dată. Apoi schimbaţi poziţia V-ului astfel încât degetul mare şi arătătorul să stea pe areolă, deasupra şi lângă mamelon. Apăsaţi şi uşor trageţi.

4. În final, examinaţi aria adiacentă sânului, în axilă, deoarece şi ea conţine ţesut mamar şi ganglioni limfatici care drenează canalele limfatice din ţesutul mamar.

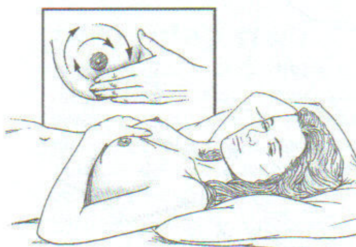
5. Repetaţi întreaga procedură folosind mâna stângă pentru sânul drept.

6. După ce aţi terminat duşul, aşezaţi-vă pe spate şi examinaţi-vă din nou sânii. Pentru a examina sânul drept puneţi o pernă sub umărul drept, aşezaţi braţul drept sub cap şi apăsaţi cu o mişcare circulară în modul descris anterior. Pentru a vă examina sânul stâng aşezaţi perna sub umărul stâng şi mâna stângă sub cap şi palpaţi-vă în întregime sânul în vederea detectării nodulilor.

7. Dacă aveţi sânii în mod normal cu noduli datorită modificărilor fibrochistice, notaţi câţi noduli aveţi, unde sunt situaţi şi aproximativ ce mărime au. Lunar verificaţi schimbările. O dată ce aflaţi ce este normal pentru sânii dumneavoastră, dacă descoperiţi un nou nodul sau noduli care persistă ca mărime de-a lungul a 2 sau 3 cicluri menstruale, consultaţi medicul.







Folosiți-vă ochii si mâinile pentru a vă examina sânii pentru modificări ale pielii, noduli, zone îngroșate sau tumefiate. Palpați-vă sânii pentru noduli în poziția în picioare și, din nou, întinsă pe spate.

și efectuarea unei mamografii sau ecografii.

Ecografia poate fi utilizată și pentru analiza inițială a nodului. Efectuată de un medic cu experiență, ecografia poate fi folosită cu încredere în examinarea chistului. Confirmat de ultrasunete, un chist nu necesită neapărat aspirare dacă nu aveți simptome. Însă, când chistul este dureros, aspirarea poate ușura disconfortul.

Dacă aspirarea nu indică lichid, medicul poate recomanda o mamografie. Dacă aceasta indică un nodul, iar ecografia arată mai degrabă o zonă solidă decât un chist plin cu lichid, atunci următorul pas este efectuarea unei biopsii care permite examinarea microscopică a tumorii.

Numeroase tipuri de biopsii pe ac, incluzând aspirația cu ac subțire (FNA), biopsia centrală și biopsia stereotactică, pot fi utilizate pentru analiza nodulilor. FNA tinde să fie cea mai puțin exactă pentru că de obicei nu este însoțită de o vizualizare adecvată; de aceea, prezintă riscul de a nu oferi o probă exactă din chist. În plus, această tehnică analizează celulele și nu indică structura țesutului.

Biopsia centrală, realizată de un radiolog sub ghidaj ecografic, este considerată foarte exactă. Această procedură este făcută sub anestezie locală. Biopsie stereotactică este, realizată de asemenea de un radiolog, sub anestezie locală, și implică utilizarea unei mamografii speciale pentru orientare.

Biopsia chirurgicală (biopsia excizională sau nodulectomia), care presupune excizia întregii tumori, este o altă modalitate de determinare a cauzei nodulului. Acest tip de biopsie se efectuează în spital sub anestezie locală sau generală.

Cât de grav este nodulul mamar?

Majoritatea nu sunt maligni. De obicei, nodulii benigni nu sunt periculoși exceptând faptul că produc un disconfort ocazional. Totuși, trebuie tratați cu seriozitate până când varianta cancerului este exclusă.

Anumiți noduli mamari, cum sunt adenofibroamele, sunt asociați cu un risc ridicat de cancer mamar. Conform unor studii recente, majoritatea modificărilor fibrochistice nu cresc riscul apariției cancerului mamar. Oricum, femeile cu noduli mamari întâmpină dificultăți în detectarea unei tumori canceroase, dacă aceasta există. Verificați anumitele modificări sau îngroșări ale sânilor la autoexaminările lunare. Dacă aveți o cât de mică suspiciune, consultați medicul.

Tratament

În funcție de tipul de nodul mamar pe care îl aveți, acesta poate fi tratat medicamentos sau chirurgical. Autoîngrijirea se poate dovedi și ea folositoare.

Tratament medicamentos

Unele femei iau analgezice ușoare, cum ar fi aspirina sau ibuprofenul (Advil, Motrin etc.), pentru calmarea durerilor generate de noduli și de modificările fibrochistice mamare. Danazolul (Danocrine) și bromocriptina (Apo-Bromocriptine, Parlodel) ameliorează de obicei durerea, dar au efecte adverse neplăcute și sunt foarte scumpe.

Anumite femei folosesc vitamina E pentru aceste simptome, dar nu există nici o dovadă că aceasta este eficientă. S-a demonstrat că uleiul de primula ameliorează durerea la unele femei cu dureri mamare determinate de ciclul menstrual.

Autoîngrijire

Suporturile adecvate pentru sâni, sutienele corespunzătoare, purtate chiar și noaptea, pot fi eficiente în ameliorarea disconfortului mamar. Dacă fumați, atunci nodulii mamari reprezintă un motiv în plus pentru a renunța. Dacă obișnuiți să consumați băuturi cu cofeină atunci ar trebui să renunțați sau să le înlocuiți cu cele decofeinizate. Deși dovezile nu sunt concludente, anumite femei raportează că nodulii s-au redus atunci când au renunțat la fumat și la cofeină.

Tratament chirurgical

Medicul poate aspira lichidul din chist pentru a reduce durerea. De altfel, aceste chisturi nu trebuie scoase sau tratate decât dacă sunt pline cu sânge, reapar sau necesită aspirare continuă.

Un chist aparent solid, chiar dacă ecografia şi mamografia arată că este benign, trebuie supus unei biopsii pentru a exclude cancerul. Un nodul care a fost confirmat de biopsie ca fiind adenofibrom este lăsat în pace, doar dacă nu produce disconfort. Medicul poate verifica la intervale regulate de timp dacă acesta creşte sau nu.

Un adenofibrom care continuă să crească este excizat chirurgical datorită unui risc mic de cancer.

Cancerul mamar

Semne şi simptome

- Noduli sau îngroşări ale sânului, care pot să nu fie dureroase
- Scurgeri mamelonare clare sau de culoarea sângelui
- Un mamelon retractat, dacă nu este în mod normal aşa
- Modificări ale conturului unui sân
- O depresiune sau pliu al tegumentului sânului
- Înroşirea pielii sânului

Aproximativ 175 000 de noi cazuri de cancer mamar sunt diagnosticate anual în SUA. O femeie adultă din SUA cu speranţa de viaţă de 85 de ani are şansa de 1 la 8 să dezvolte cancer mamar pe parcursul vieţii.

Printre femeile americane, cancerul mamar este cea mai frecvent diagnosticată formă de cancer vindecabil şi a doua importantă cauză de deces prin cancer, după cancerul pulmonar. Vârsta este şi ea un factor – aproximativ 78% din cazurile de cancer mamar sunt depistate la femeile peste 50 de ani.

Cancerul mamar poate ucide prin metastazare, pe cale limfatică şi sangvină în alte părţi ale corpului. Când cancerul este depistat şi tratat la timp – dacă este limitat în canalele lactifere, când tumora este mică şi înainte ca celulele maligne să se răspândească spre ganglionii limfatici vecini – şansele de tratare cu succes sunt de 90-95%.

Cu ajutorul mamografiei şi al altor metode de examinare, medicii pot detecta adesea cancerul mamar în fază incipientă. Astăzi, 75% dintre femeile cu cancer mamar incipient se recuperează complet.

Factorii de risc

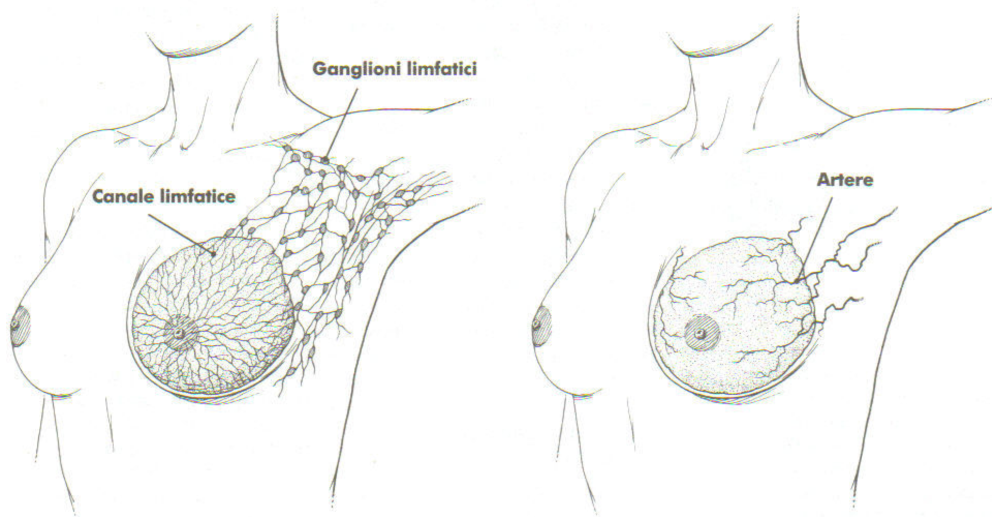
Oamenii de ştiinţă, în general, nu cunosc cauza cancerului mamar. Oricum, studiile au identificat anumiţi factori care sunt asociaţi cu creşterea riscului de apariţie a acestei boli.

Aveţi un risc mult mai mare decât majoritatea femeilor dacă mama sau sora dumneavoastră au avut cancer mamar, mai ales după vârsta de 50 de ani sau dacă au avut cancer la ambii sâni. Riscul este oarecum crescut dacă nu aţi avut niciodată copii sau aveaţi peste 35 de ani când aţi avut primul copil.

Apariţia cancerului la un sân creşte şansa apariţiei şi la celălalt sân. Riscul apariţiei cancerului mamar creşte, de asemenea, cu vârsta. În majoritatea cazurilor, cancerul mamar apare la femeile la care nu s-a identificat nici un factor de risc.

Testarea screening

Pentru a creşte şansa depistării cancerului mamar într-o fază incipientă, când şansele de tratare cu succes sunt ridicate, este foarte



Celulele canceroase mamare pot metastaza prin sistemul limfatic şi prin vasele sangvine.

importantă examinarea. Detectarea din timp a cancerului mamar, când tumora este mică şi înainte ca aceasta să se răspândească, reprezintă cheia supravieţuirii. Testarea screening include:

Examinarea clinică a sânului

Dacă aveţi între 20 şi 40 de ani, mergeţi la medic pentru examinarea sânilor cel puţin o dată la fiecare 3 ani. Dacă aveţi mai mult de 40 de ani, examinaţi-vă clinic sânii o dată pe an. Pe parcursul examenului clinic, medicul vă examinează sânii pentru depistarea nodulilor sau a anumite semne.

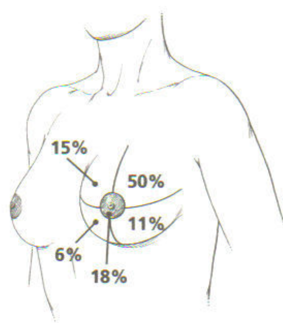
Autoexaminarea sânului

Prin autoexaminare cresc şansele de depistare a modificărilor mamare care pot apărea între examinările medicale. Ar trebui să vă autoexaminaţi sânii o dată pe lună pe tot parcursul vieţii.

Mamografia

Mamografia, o radiografie mamară care foloseşte doze mici de radiaţii, poate detecta tumorile chiar înainte ca dumneavoastră sau medicul să le depistaţi.

Mamografia salvează vieţi prin identificarea cancerului într-o fază



Cancerul se dezvoltă mai frecvent în anumite zone ale sânului decât în altele.

incipientă, când este încă vindecabil. Însă, testul nu este infailibil. Ocazional, greşeşte în detectarea tumorii, iar alteori indică o problemă care nu există.

Cel mai bine este să combinaţi mamografia cu examenele mamare clinice regulate efectuate de medic şi cu autoexaminarea sânului.

Mamografia, destinată femeilor fără noi griji sau noduli, constă în 2 vizualizări standard. Un nodul care trebuie evaluat mai îndeaproape, adeseori, necesită vizualizări adiţionale numite vizualizări mărite pentru a defini mai bine nodulul.

Cancerul mamar ereditar: prezentaţi risc?

Aproximativ 10-15% dintre cazurile de cancer mamar sunt moştenite. În anumite cazuri, cancerul mamar este legat de genele pentru cancerul mamar 1 şi 2 (BRCA1 şi BRCA2). Un test sangvin vă poate fi de folos în aprecierea riscului, dacă aveţi un istoric familial puternic de cancer mamar – dacă aveţi 2 sau mai multe rude apropiate cu această boală, mai ales când cancerul a apărut după vârsta de 50 de ani.

Având o modificare a uneia dintre cele 2 gene nu înseamnă că veţi avea cancer, dar riscul este ridicat. Cercetătorii caută diferite terapii de prevenire a cancerului mamar cauzat de anomaliile genetice. Între timp, dacă aveţi o modificare a genei, atunci trebuie să fiţi mai vigilentă în monitorizarea semnelor de cancer mamar. Autoexaminaţi-vă lunar sânii şi discutaţi cu medicul cât de des trebuie să faceţi examinarea mamară clinică şi mamografia.

Anumite femei cu risc crescut aleg să-şi îndepărteze chirurgical sânii (mastectomie radicală). Această procedură preventivă este numită operaţie profilactică. Reduce riscul de cancer mamar, dar nu-l elimină integral, deoarece anumite ţesuturi mamare rămân (vezi pag. 843).

Stilul de viaţă şi cancerul mamar

Deciziile pe care le luaţi privind exerciţiile fizice, consumul de alcool şi menţinerea greutăţii vă pot influenţa riscul de apariţie a cancerului mamar? Dovezile, din ce în mai multe, spun că da.

Exerciţiile fizice

Un studiu cuprinzând 25 624 de femei relevă faptul că riscul cancerului mamar este mai scăzut la femeile suple – care au indexul de masă corporală mai mic de 22,8 – care fac exerciţii cel puţin 4 ore pe săptămână. Pentru mai multe informaţii despre cum se determină indexul de masă corporală, vezi pag. 38.

Alcoolul

O analiză a numeroase studii indică faptul că femeile care consumă 2 – 5 porţii de băutură pe zi au un risc ridicat de apariţie a cancerului mamar în comparaţie cu nebăutoarele.

Greutatea

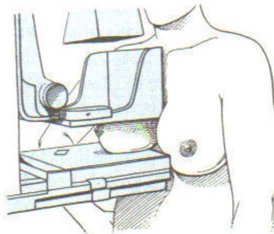
Un studiu cuprinzând un număr mare de femei a descoperit că greutatea acumulată după vârsta de 18 ani este asociată cu 16% din cazurile de cancer mamar la femeile ajunse la menopauză. Nu s-a găsit nici o legătură între greutatea acumulată după vârsta de 18 ani şi cancerul mamar la femeile care nu au ajuns încă la menopauză.

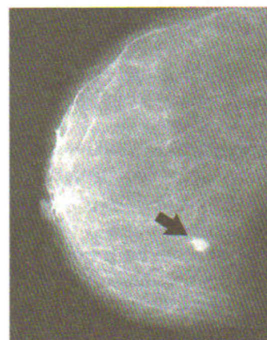
Pentru confirmarea acestor legături sunt necesare mai multe studii. Oricum, experţii spun că exerciţiile fizice şi dieta sănătoasă nu pot face rău deoarece aduc alte beneficii sănătăţii.



În timpul mamografiei este necesară compresia sânului între 2 plăcuţe pe dispozitivul de radiografie. Această compresie poate produce disconfort, dar aplatizează ţesutul mamar, făcând mai uşor de detectat anomaliile. În plus, un sân compresat este mai puţin iradiat şi compresarea lui reduce mişcarea, care ar putea crea o imagine neclară. Dacă sânul este inadecvat compresat, atunci acoperirea parţială a ţesutului mamar normal poate crea impresia unei anomalii care nu există.

Există o contradicţie în rândul medicilor cu privire la vârsta la care femeile ar trebui să facă mamografii în mod regulat. Femeile tinere rareori dezvoltă cancer mamar şi sânii lor sunt, de obicei, atât de denşi încât nu se radiografiază bine. Majoritatea specialiştilor sunt de acord că femeile mai tinere de 35 de ani, care nu sunt în categoria de risc ridicat, nu au nevoie de mamografie, iar femeile mai în vârstă de 50 de ani ar trebui să o facă anual.





Mamografiile sunt realizate de un dispozitiv de radiografie special (foto sus) care detectează tumorile înainte ca dumneavoastră sau medicul să le sesizaţi. Această mamografie (dreapta) arată cancerul mamar (vezi săgeata)

Controversa este dacă examinarea este necesară pentru femeile de 40 de ani şi dacă o femeie ar trebui să facă o mamografie iniţială la 35 de ani pentru a stabili o normă a sânului ei. Studiile recente indică faptul că mamografiile regulate salvează vieţi în rândul femeilor de 40 de ani, dar valoarea unei radiografii iniţiale rămâne sub semnul întrebării.

Progrese în detectarea cancerului

Mamografia combinată cu examinarea clinică rămân cele mai utilizate metode de examinare şi detectare la timp a cancerului mamar.

Mamografia standard poate omite 15% din cazurile de cancer mamar, în special la femeile cu sânii denşi. Şi 3 din 4 zone care par a fi o cauză de îngrijorare la mamografie se vor dovedi a fi benigne.

Progresele promiţatoare în examinarea mamară se referă la:

Detectarea ajutată de computer

După ce radiologul verifică mamografia, un computer cu o tehnologie sofisticată – o mamografie mărită de computer – scanează filmul de zone suspicioase şi le evidenţiază pentru o analiză mai amănunţită. Cercetările indică faptul că detectarea ajutată de computer (CAD) identifică mai multe zone susceptibile decât mamografia standard, dar majoritatea acestor zone susceptibile se dovedesc normale.

Mamografia digitală

O imagine mamografică pe un ecran de computer permite ajustarea contrastelor şi clarificare imaginii. Aceasta creşte capacitatea radiologului de a identifica diferenţele subtile din ţesuturi.

Un alt avantaj este că această imagine poate fi stocată şi transmisă electronic. Această tehnologie permite femeilor care trăiesc în zone îndepărtate să-şi transmită mai uşor şi mai repede mamografiile spre a fi citite şi interpretate de un medic din altă zonă. Mamografiile digitale pot îmbunătăţi detectarea cancerului mamar, dar studiile mai au încă de demonstrat dacă aceasta este mai eficientă decât mamografia standard.

Rezonanţa magnetică nucleară

Rezonanţa magnetică nucleară (RMN) poate arăta tumori prea mici pentru a fi detectate prin examinarea fizică şi foarte greu de sesizat la mamografiile standard. În plus, permite efectuarea de distincţii între tumorile maligne şi cele benigne.

Folosind un magnet legat la un calculator, RMN fotografiază interiorul sânului.

Spre deosebire de mamografie, nu indentifică microcalcificările, micile depozite de calciu care reprezintă un semn al apariţiei cancerului.

Deşi RMN nu este folosită pentru examinarea de rutină, studiile verifică dacă reprezintă un instrument de diagnosticare valoros pentru femeile care au un risc ridicat de dezvoltare a cancerului mamar.

Lavajul ductal

Este cea mai nouă tehnică de detectare pentru femeile cu un risc ridicat de dezvoltare a cancerului mamar. Constă în injectarea de ser fiziologic prin mameloane în canalele mamare, reabsorbţia soluţiei şi apoi examinarea acesteia pentru identificarea celulelor anormale.

Chimioprofilaxia

Progresul cercetărilor asupra cancerului mamar a condus la folosirea unor medicamente naturale sau sintetice pentru a reduce riscul de apariţie a acestuia. Spre exemplu, tamoxifenul (Nolvadex) poate reduce riscul de cancer mamar la femeile cu risc ridicat. Tamoxifenul face parte din clasa medicamentelor cunoscute ca modulatoare selective ale receptorilor estrogenici (SERM), care blochează efectele estrogenului asupra sânilor. Din păcate, tamoxifenul are un efect asemănător estrogenului asupra uterului, crescând riscul de cancer uterin.

Ca rezultat, cercetătorii caută alte SERM cu beneficiile tamoxifenului, dar fară potenţiale efecte adverse. Raloxifene (Evista) este un astfel de medicament aflat în cercetări.

În prezent, iată cele mai bune sfaturi.

- Dacă aveţi sub 40 de ani, probabil că nu aveţi nevoie de o mamografie decât dacă apare o problemă mamară sau dacă sunteţi supusă unui risc ridicat. Femeile cu un istoric familial de cancer mamar, ar trebui să înceapă efectuarea mamografiilor cu 5-10 ani înainte de vârsta la care cea mai tânără rudă care a dezvoltat cancer mamar a fost diagnosticată.
- Dacă aveţi 40 – 49 de ani, consultaţi-vă cu medicul despre cât de des ar trebui să efectuaţi mamografia, pe baza factorilor de risc şi preferinţe.
- Dacă aveţi 50 de ani sau mai mult, faceţi o mamografie anual.

Diagnostic

De obicei, diagnosticarea cancerului mamar începe cu examinarea sânului. Medicul poate, de asemenea, să vă strângă uşor areola pentru a vedea dacă există scurgeri mamelonare şi să palpeze zona axilară pentru implicarea ganglionilor limfatici. Cancerul mamar, în mod normal, se răspândeşte prin canalele limfatice.

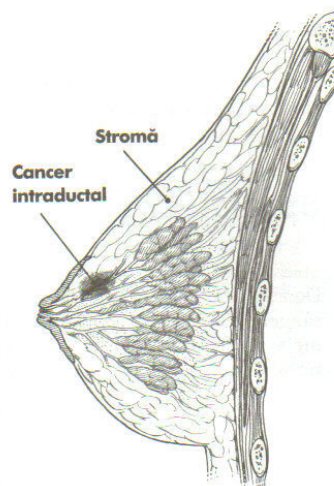
Mamografia este, în general, următorul pas. O leziune susceptibilă poate corespunde unui nodul pe care medicul îl poate depista la palpare. Mamografia poate descoperi, de asemenea, o zonă care nu corespunde unui nodul palpabil. Ea nu poate detecta întotdeauna cancerul mamar.

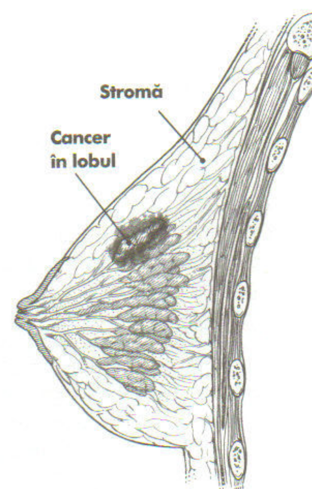
Medicul poate solicita şi o ecografie pentru a determina dacă o leziune este chistică (plină cu lichid). Dacă leziunea nu apare ca fiind un simplu chist benign, medicul poate folosi un ac subţire pentru a aspira lichidul, care este examinat pentru a detecta celulele maligne.

Dacă nodulul dispare după ce lichidul a fost aspirat, sunt şanse să fi fost un simplu chist. Chiar dacă lichidul aspirat nu arată cancer, veţi face alte examinări, de obicei, după 6 luni, pentru a vă asigura că nodulul nu a continuat să crească.

Când nodulul nu poate fi aspirat, poate fi evaluat cu ajutorul unei biopsii. O biopsie chirurgicală implică, de obicei, excizia întregului nodul pentru a determina dacă este malign sau nu. Medicul poate recomanda această biopsie dacă lichidul nu poate fi extras din nodul, dacă nodulul nu dispare după ce lichidul a fost extras, dacă nodulul reapare sau dacă lichidul conţine sânge sau celule maligne.

Biopsia mamară stereotactică este o procedură nechirurgicală în care medicul analizează mamografiile făcute din diferite unghiuri pentru a determina locaţia precisă a zonei suspecte. Computerul aliniază acul în acea zonă permiţând radiologului să îndepărteze o mică parte din ţesut. Ţesutul este trimis la laborator pentru o examinare microscopică în scopul excluderii





Cancerul mamar începe, de obicei, în una din 2 locaţii. În mod obişnuit, îşi are originea într-o creştere anormală în canalele lactifere (sus) care trece prin peretele canalului şi invadează ţesutul adipos şi conjunctiv (stroma). Aproximativ 70% dintre cancerele mamare sunt de acest tip. De asemenea, cancerul mamar se poate dezvolta într-un lobul (jos) şi se răspândeşte în aproape toată stroma.

cancerului. Biopsia stereotactică durează 30-40 minute şi este realizată sub anestezie locală. Lasă o cicatrice mică, costă 1/3 din costul biopsiei chirurgicale şi studiile indică faptul că poate fi foarte precisă.

Procedura de diagnosticare poate include testarea receptorilor hormonali pentru a vedea dacă estrogenul sau progesteronul determină creşterea tumorii, şi un test HER-2-neu pentru a prognoza reacţia tumorii la anumite medicamente.

Stadializarea cancerului mamar

Stadiile se referă la cât de repede se răspândeşte cancerul. Determinată de examinări şi de teste-diagnostic cum ar fi: analize ale sângelui, scanări osoase, tomografia computerizată, radiografiile, metastazarea este cel mai important factor în determinarea tratamentului optim şi cel mai important factor în precizarea diagnosticului şi a urmărilor.

Cancerul mamar poate fi grupat în 5 stadii clinice:

- **Stadiul 0** (neinvaziv sau *in situ*). Este forma incipientă a cancerului mamar care nu s-a răspândit în sân. Aceasta include carcinomul lobular *in situ* (LCIS), în care cancerul se limitează la nivelul lobulului, şi carcinomul ductal *in situ* (DCIS), în care celulele anormale rămân în canale.

- **Stadiul I.** Diametrul tumorii este mai mic de 2 cm şi cancerul nu s-a răspândit dincolo de sân.

- **Stadiul II.** Acest stadiu este împărţit în 2 substadii. În stadiul IIA, tumora este mai mică de 2 cm, dar cancerul s-a răspândit la ganglionii limfatici din axilă; sau tumora are 2 – 5 cm, dar cancerul nu s-a răspândit la ganglionii limfatici.

  În stadiul IIB, tumora are 2-5 cm şi cancerul s-a răspândit la ganglionii limfatici axilari sau tumora este mai mare de 5 cm, dar cancerul nu s-a răspândit la ganglionii limfatici axilari.

- **Stadiul III.** Şi acest stadiu este divizat în 2 substadii. În stadiul IIIA, tumora este mai mică de 5 cm şi cancerul s-a răspândit la ganglionii limfatici axilari astfel încât au devenit o masă comună sau tumora este mai mare de 5 cm şi cancerul s-a răspândit doar la ganglionii limfatici axilari.

  Stadiul IIIB presupune o tumoră de orice mărime în care cancerul s-a răspândit la ţesuturile vecine – piele, torace, muşchi sau coaste – sau s-a răspândit la ganglionii limfatici parasternali din torace.

- **Stadiul IV.** Cancerul, indiferent de mărime, s-a răspândit în diferite părţi ale corpului cum ar fi: oase, plămâni, ganglioni limfatici alţii decât cei din vecinătate.

Întrebări pe care trebuie să le puneţi medicului

Pentru a fi un partener activ al medicului în determinarea celei mai bune forme de tratament al cancerului mamar, trebuie să ştiţi cât de multe puteţi despre ceea ce aveţi de înfruntat. Experţii în cancer vă recomandă să vă întrebaţi medicul următoarele:

1. Ce tip de cancer aveţi?
2. Cât de mare şi unde este localizat?
3. Cât de multe tumori aveţi şi unde sunt localizate?
4. În ce stadiu şi grad este cancerul?
5. S-a răspândit cancerul la ganglionii limfatici? Dacă da, unde?
6. Cum afectează vârsta şi menopauza tratamentul?
7. Ar trebui testată tumora pentru depistarea mutaţiilor genetice?
8. Ar trebui să cereţi o a doua opinie?



Tratament

Tratamentul pentru cancerul de sân depinde de mulți factori, dar de cele mai multe ori presupune o combinație de tratament chirurgical, radioterapie, hormonoterapie și chimioterapie.

Tratament chirurgical

Mamografia de rutină și informarea crescută a femeilor și a medicilor despre cancerul de sân au contribuit la o creștere a numărului de cancere diagnosticate de timpuriu.

Dacă este descoperit într-un stadiu timpuriu, cancerul de sân poate fi vindecat pe cale chirurgicală. Și o dată cu dezvoltarea tehnicii numite biopsia ganglionului limfatic santinelă, chirurgii sunt capabili să determine cu mai multă acuratețe cât de mult țesut mamar trebuie excizat.

Procedurile chirurgicale pentru cancerul de sân includ:

Nodulectomia

Această procedură presupune excizia tumorii și a unei cantități mici din țesutul mamar înconjurător. De asemenea, uneori trebuie excizați unii ganglioni limfatici din axilă. Pentru o tumoră mică detectată timpuriu, excizia chirurgicală a acesteia poate fi suficientă. Dacă tumora este mare sau există metastaze, pot fi necesare și alte proceduri chirurgicale.

Mastectomia radicală

Rar practicată astăzi, mastectomia radicală presupune excizia întregului sân, incluzând porțiunea de tegument ce conține mamelonul și areola, ca și mușchii peretelui toracic subiacent (mușchiul pectoral). Această procedură presupune, de asemenea, excizia a numeroși ganglioni limfatici axilari cu scopul de a stopa răspândirea cancerului, dar introducerea biopsiei ganglionului limfatic santinelă a eliminat această procedură.

Frecvent efectuată cu 20 de ani în urmă, mastectomia radicală este mutilantă și poate determina tumefierea semnificativă a brațului (limfedem), ca și diminuarea mobilității acestuia.

Astăzi, chirurgii utilizează de obicei această procedură doar pentru tumorile mari care au invadat porțiuni extinse din peretele muscular toracic. Adesea, ei încearcă mai întâi micșorarea dimensiunilor tumorii prin chimioterapie preoperatorie (neoadjuvantă). Reducerea dimensiunilor tumorii mamare poate oferi pacientei o altă opțiune terapeutică față de mastectomia radicală, care îi poate salva sânul.

Mastectomia radicală modificată

Pe măsură ce medicii au căpătat din ce în ce mai multe cunoștințe despre comportamentul biologic al cancerului de sân, a devenit evident că operații mai puțin mutilante ca mastectomia radicală sunt la fel de eficiente în tratarea tumorii primare și sunt mai puțin debilitante și mutilante.

Mastectomia radicală modificată este similară mastectomiei radicale, dar păstrează mușchii peretelui toracic (pectoralii). Menținerea acestora (mușchii pectorali) ușurează reconstrucția ulterioară a sânului. Biopsia ganglionului limfatic santinelă poate ajuta la determinarea gradului necesar de excizie a ganglionilor limfatici prin mastectomie radicală modificată.

Mastectomia simplă

O mastectomie simplă este similară mastectomiei radicale modificate,

Biopsia ganglionului limfatic santinelă

În cazul unui cancer de sân invaziv, care are tendința de a se răspândi în ganglionii limfatici și în fluxul sangvin, medicul în mod obișnuit utilizează excizia ganglionilor limfatici axilari. Aceasta presupune o intervenție chirurgicală mai extinsă și, uneori, poate duce la complicații postoperatorii, cum ar fi acumularea de lichid în braț (limfedemul), infecțiile și paresteziile.

Astăzi, mulți medici recurg la o procedură numită biopsia de ganglion limfatic santinelă pentru a determina dacă tumora a metastazat în sistemul limfatic. Ganglionul limfatic santinelă este primul ganglion limfatic în care drenează tumora și, de aceea, primul loc în care se poate găsi cancerul metastazat. Prin descoperirea ganglionului limfatic santinelă în timpul intervenției chirurgicale, medicul îl poate exciza pentru a fi analizat extemporaneu.

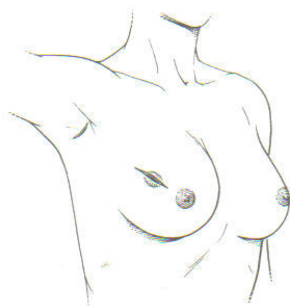
Studierea timpurie a acestuia arată dacă el conține sau nu celule canceroase, adică dacă tumora a metastazat. Dacă el nu conține celule canceroase, excizia ulterioară a ganglionilor limfatici nu este neapărat necesară. Prezența sau absența cancerului în glanglionii limfatici axilari este, de asemenea, importantă pentru determinarea tratamentului postoperator.

O cale de a găsi ganglionul limfatic santinelă este de a injecta o substanță colorantă albastră în apropierea tumorii. Aceasta circulă și se acumulează în ganglionul limfatic santinelă (vezi ilustrația color, pag. 424). O altă metodă constă în injectarea unei mici cantități de substanță radioactivă în vecinătatea tumorii și utilizarea unui instrument numit cameră de detecție gamma pentru a vedea unde s-a acumulat substanța radioactivă. Uneori, sunt utilizate ambele metode împreună. O dată localizat, ganglionul limfatic santinelă este excizat în cursul nodulectomiei sau mastectomiei și trimis la laborator pentru analiză.

Studiile arată că biopsia ganglionului limfatic santinelă aduce informații prețioase despre răspândirea cancerului. Aceasta arată că practica standard de excizie a unora, dacă nu a tuturor ganglionilor limfatici axilari nu este în general necesară dacă ganglionul santinelă nu conține celule canceroase. Dacă ganglionul limfatic santinelă este malign, este necesară o disecție ulterioară a ganglionilor limfatici pentru a determina stadiul implicării acestora. De asemenea, aceasta este necesară dacă ganglionul limfatic santinelă nu poate fi identificat prin nici una dintre metodele menționate anterior.

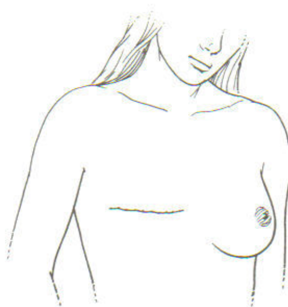
Cu toate că cercetările asupra acestei proceduri continuă, majoritatea medicilor practică acum biopsia de ganglion limfatic santinelă la unele dintre pacientele cu cancer de sân.

Terapia conservatoare a sânului



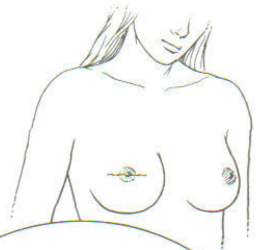
Terapia conservatoare a sânului vă păstrează sânul după o nodulectomie şi prelevarea unui ganglion limfatic axilar prin iradierea ţesutului mamar restant.

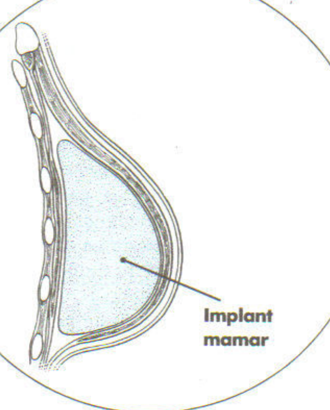
Mastectomia radicală modificată



În mastectomia radicală modificată, întregul dumneavoastră sân este excizat, împreună cu unul sau mai mulţi ganglioni limfatici axilari. Muşchii peretelui toracic sunt păstraţi.

Reconstrucţia sânului





În reconstrucţia sânului, poate fi inserat un implant mamar prin muşchii peretelui toracic. Chirurgul poate, de asemenea, reconstrui mamelonul şi areola.

dar fără efectuarea exciziei ganglionilor limfatici axilari. Intervenţia este mai indicată atunci când cancerul se află în locuri multiple în sân, dar este limitat la canalele galactofore (cancer *in situ*). În acest caz, riscul de răspândire a cancerului la ganglionii limfatici este neglijabil.

Mamografia nu este necesară după o mastectomie simplă, deoarece nu rămâne prea mult ţesut mamar de scanat. Autoexaminarea sânului şi examenul fizic al acestuia sunt importante.

Terapia de conservare a sânului

Investigaţiile mai recente au arătat că rata de succes pentru chirurgia conservatoare a sânului este comparabilă cu aceea a mastectomiei radicale modificate. Terapia de conservare a sânului presupune excizia tumorii şi a unei zone mici din ţesutul mamar normal – o nodulectomie cu o excizie locală largă – urmată de 6 săptămâni de radioterapie a ţesutului mamar restant şi a locului nodulectomiei. În timpul acestei proceduri, chirurgul va preleva unul sau mai mulţi ganglioni limfatici axilari, prin incizii separate în axilă, utilizând dacă este posibil tehnica biopsiei ganglionului limfatic santinelă.

Mastectomia subcutanată

În această procedură, chirurgul excizează doar ţesut mamar, păstrând tegumentul, mamelonul, areola, muşchii peretelui toracic şi ganglionii limfatici. Este una dintre numeroasele proceduri de chirurgie estetică, ce este efectuată ca măsură profilactică la pacientele cu risc crescut de cancer mamar. Este mai puţin utilizată astăzi deoarece îndepărtează mai mult ţesut mamar ca o mastectomie simplă.

Frecvent, chirurgii cuplează această intervenţie cu un implant mamar pentru restabilirea conturului sânului. Din cauza ţesutului mamar rezidual, este indicat să faceţi anual mamografie.

Reconstrucţia sânului

Majoritatea femeilor care au suferit o mastectomie au beneficiat de operaţii de reconstrucţie a sânului. Cu toate că încă există controverse asupra siguranţei implanturilor protetice cu silicon, majoritatea studiilor nu au găsit o legătură între acestea şi bolile sistemice. *Food and Drug Administration* (din SUA) a aprobat utilizarea implanturilor siliconice umplute cu ser fiziologic pentru reconstrucţia postmastectomie. Zeci de mii de femei au avut rezultate excelente după această procedură.

Dacă nu doriţi să aveţi un asemenea implant mamar, chirurgul dumneavoastră vă poate reconstrui sânul din tegument, ţesut adipos şi muşchi prelevaţi din peretele abdominal sau toracic. Dar aceasta este o intervenţie mult mai complexă şi nu reprezintă o opţiune pentru oricine.

Reconstrucţia sânului vi se poate face în acelaşi timp cu mastectomia sau ca procedură separată după un timp, în funcţie de preferinţele dumneavoastră şi ale chirurgului. În orice caz, nu este o idee bună să folosiţi propriul mamelon la reconstrucţia sânului după o mastectomie pentru cancer, deoarece cancerul poate reapărea în mamelon.

Chirurgii esteticieni pot reconstrui şi pigmenta un nou mamelon şi o nouă areolă. Reconstrucţia nu interferează cu chimio- sau hormonoterapia, nici nu ascunde un cancer recidivant şi nici nu măreşte probabilitatea ca acesta să apară.

Tratament chirurgical paliativ

Dacă aveţi cancer metastazat cu originea în sân şi zona axilară, localizat în oase, creier sau ficat, vi se poate efectua o procedură

numită chirurgie paliativă pentru a preleva țesut necesar analizelor de laborator și pentru stabilirea stadiului tumorii.

Intenția acestui tip de intervenție nu este de a vindeca tumora, ci pentru a controla dezvoltarea ei și pentru a reduce complicațiile acesteia. În cazul în care tumora este mare și ulcerată, o mastectomie simplă poate ameliora durerile, infecția și sângerările.

Radioterapia

Dacă ați beneficiat de tratament chirurgical conservator al sânului, aveți, de asemenea, nevoie de radioterapie. Dacă vi s-a făcut o mastectomie, iradierea peretelui toracic sau a zonei axilare poate fi necesară pentru distrugerea oricărei celule canceroase care ar fi putut scăpa exciziei chirurgicale. În cazul în care cancerul mamar a metastazat în oase, medicul dumneavoastră poate utiliza radioterapia pentru a vă ameliora durerile.

Radioterapia folosește radiații X cu energie înaltă concentrate în aria tumorii pentru a distruge celulele canceroase. De asemenea, este utilizată pentru a micșora o tumoră ce nu poate fi îndepărtată chirurgical sau, uneori, înainte de excizia chirurgicală.

Terapia hormonală

După tratamentul chirurgical, puteți vorbi cu medicul dumneavoastră despre beneficiile pe care le-ați putea avea cu ajutorul terapiilor adiționale în scopul prevenirii dezvoltării oricărei celule canceroase care se poate răspândi fără a putea fi detectată. Radioterapia este una dintre opțiuni.

De asemenea, unele tipuri de cancere pot răspunde la tratament medicamentos care contracarează efectele hormonilor dumneavoastră, mai ales ale estrogenilor. Cel mai frecvent prescris medicament pentru cancerul de sân este tamoxifenul (Nolvadex).

În cazul în care cancerul de sân este pozitiv la receptorii hormonali (care se determină prin teste ale receptorilor hormonali), estrogenul și, uneori, progesteronul poate favoriza creșterea celulelor canceroase. Pentru acest motiv, pacientele care au beneficiat de terapie de substituție hormonală cu estrogeni în timpul diagnosticării cu cancer sunt sfătuite să-l întrerupă. Medicamentele de tipul tamoxifenului au efect antiestrogenic prin legarea la receptorii hormonali, astfel împiedicând estrogenul de a se lega de aceștia și de a alimenta astfel cancerul.

Terapia de interferare cu acțiunea hormonilor poate stopa dezvoltarea tumorii sau chiar micșorarea ei. Dacă un medicament hormonal nu mai are efect, altul poate ajuta. În acest fel, medicul poate frecvent opri boala pe ani de zile. În cazul în care terapia hormonală nu are efect, medicul dumneavoastră poate încerca o altă abordare, de obicei chimioterapia.

Chimioterapia

Medicamentele anticanceroase utilizate în chimioterapie sunt toxice, dar utile pentru multe

Alegerea procedurii chirurgicale

Este important ca dumneavoastră și medicul să discutați împreună opțiunile pe care le aveți pentru îndepărtarea tumorii și reconstrucția sânului. Pentru a vă ajuta să luați cea mai bună decizie, citiți materialele disponibile și, dacă aveți nedumeriri și incertitudini, cereți o a doua opinie.

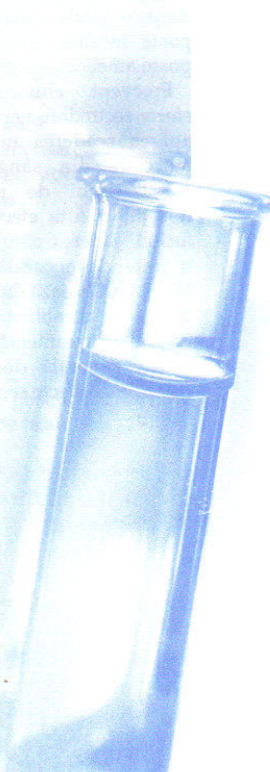
O dată ce ați suferit o intervenție chirurgicală pentru cancer de sân, puteți apela la diverse grupuri de auto-ajutor (în SUA), cum ar fi *Reach to Recovery*, un program sponsorizat de *American Cancer Society*, în cadrul căruia voluntarii acestui grup vă pot vizita în spital pentru a vă oferi suport moral și sfaturi practice asupra multor probleme cum ar fi exercițiile fizice sau protezele de sân.

Anticorpii monoclonali

Terapia biologică este o arie de cercetare foarte promițătoare pentru cancerul de sân. Cancerul se poate dezvolta când sistemul dumneavoastră imunitar funcționează inadecvat sau este depresat. Terapiile biologice, cunoscute și sub denumirea de imunoterapii, au ca scop îmbunătățirea sau stimularea răspunsului dumneavoastră imun pentru a lupta contra cancerului

Un tip de terapie biologică, numită terapia cu anticorpi monoclonali (MOAB), include medicamentul trastuzumab (Herceptin). Acest medicament a fost aprobat de *Food and Drug Administration* pentru tratamentul cancerului de sân metastatic. Este eficient pe tumorile care produc cantități crescute de proteină HER-2-neu ce se găsește pe suprafața celulelor canceroase. Aproximativ 25% dintre tumorile maligne de sân produc în exces această proteină. Herceptinul, care este fabricat în laborator, se administrează intravenos și poate fi utilizat singur sau în asociere cu alte medicamente chimioterapice.

MOAB poate îmbunătăți sistemul imunitar al persoanei cu cancer, interferă cu creșterea celulelor canceroase și acționează împreună cu medicamentele antitumorale în introducerea toxinei direct în tumoră în efortul de a o distruge. Pentru mai multe informații despre indicațiile tratamentului cancerului, vezi cap. 19, "Cancerul".



Cancerul de sân la bărbat

Deşi cancerul de sân la bărbat este rar, se poate întâmpla. Dacă tatăl sau fratele dumneavoastră are această boala, şi dumneavoastră prezentaţi un risc crescut de a o avea, fie că sunteţi bărbat sau femeie. Pentru mai multe informaţii despre bolile sânului la bărbaţi, vezi cap. 12, "Sistemul endocrin".

paciente cu cancer de sân. După tratamentul chirurgical iniţial, medicul dumneavoastră poate analiza riscul de recidivă al cancerului de sân şi ce beneficii aţi avea după chimioterapie. Scopul chimioterapiei este de a distruge orice celulă canceroasă care se poate răspândi în alte zone ale organismului.

În cazul în care cancerul de sân recidivează, chimioterapia poate stopa dezvoltarea tumorii sau chiar o poate micşora. Aceasta poate încetini progresia bolii şi poate ameliora simptomele.

Frecvent, chimioterapia are efecte secundare neplăcute. Poate apărea scăderea numărului de leucocite din sânge, crescând astfel riscul de producere a infecţiilor. Alte efecte secundare includ: căderea părului, greţuri şi o stare de oboseală accentuată. Medicii utilizează diferite medicamente în combinaţii variate, în funcţie de tratamentele anterioare, starea generală de sănătate şi riscurile de efecte secundare. ■

CAPITOLUL 29 PARTEA a V-a

Sistemul digestiv



Arsurile gastrice, crampele, greaţa, diareea, constipaţia sunt doar câteva din modurile prin care sistemul digestiv vă arată că nu funcţionează corespunzător. Foarte multe persoane au aceste simptome ocazional. Deseori, durează 1-2 zile şi apoi dispar. La alte persoane semnele şi simptomele digestive persistă şi devin un deranj zilnic.

S-a estimat că 1 din 3 americani - poate chiar mai mulţi - suferă de o afecţiune digestivă. Dovada o găsiţi în farmacii. Rafturile sunt pline de medicamente pentru bolile digestive: laxative, medicamente pentru atenuarea acidităţii, antidiareice.

O privire de ansamblu asupra funcţionării sistemului digestiv vă ajută să înţelegeţi de ce afecţiunile digestive sunt aşa des întâlnite.

Sistemul digestiv înseamnă mult mai mult decât stomacul şi intestinele. Este un sistem complex care transformă alimentele în energia de care aveţi nevoie. De aceea, digestia este una dintre funcţiile critice ale corpului.

Funcţionarea sistemului digestiv

Digestia începe înainte să luaţi prima înghiţitură. Aroma alimentelor pe care urmează să le mâncaţi – sau simplul gând la mâncare – este suficientă pentru a stimula secreţia de salivă.

O dată ce aţi luat prima muşcătură glandele salivare pompează cu viteză sucurile care încep sfărâmarea chimică a alimentelor. Însă nu toată munca este făcută chimic. Dinţii sfărâmă şi mărunţesc alimentele, în timp ce limba le amestecă cu saliva.

Saliva conţine enzima numită ptialină, care transformă amidonul (carbohidraţi) în zaharoză. Masticaţia reduce alimentele la o consistenţa moale. Când înghiţiţi, în procesul de deglutiţie bolul alimentar este împins în spatele cavităţii bucale, spre laringe şi apoi în partea de sus a esofagului.

Alimentele sunt împiedicate să intre în laringe şi căile respiratorii de un capac, numit epiglotă care se închide o dată ce bolul alimentar trece în esofag. Dacă epiglota nu se închide complet, poate avea loc o scurtă criză de tuse, popular spunându-se: „mâncarea a luat-o pe partea cealaltă". Această tuse are un rol de protecţie, aducând bolul alimentar înapoi în cavitatea bucală, împiedicându-l astfel să alunece spre trahee şi plămâni.

Esofagul

Esofagul este un conduct lung de 25-30 cm care duce direct spre stomac. Bolul alimentar este împins spre esofag de muşchii din spatele cavitaţii bucale (faringele). Când ajunge în partea principală a esofagului, au loc o serie de contracţii (peristaltice) care împing bolul alimentar spre stomac. Peristaltismul este de asemenea mecanismul prin care alimentele parcurg restul tubului digestiv până ajung la muşchii anali.

Muşchiul care înconjoară porţiunea de bază a esofagului (sfincterul esofagian) are un rol critic în trecerea alimentelor spre stomac. Când se relaxează, sfincterul se deschide şi permite intrarea alimentelor în stomac. După aceea se închide pentru a preveni reintrarea alimentelor în esofag (regurgitarea). Când acest sfincter nu mai funcţionează corespunzător şi conţinutul acid din stomac regurgitează în esofag, peretele sensibil al esofagului este afectat. Când se întâmplă acest lucru, simptomele resimţite la nivelul stomacului sunt arsurile. Arsurile frecvente sunt simptomele unei afecţiuni des întâlnită numită boala de reflux gastroesofagian.

Stomacul

Pereţii stomacului sunt alcătuiţi în principal din mai multe straturi de muşchi puternici. Aceşti muşchi produc agitarea stomacului, care sfărâmă alimentele în bucăţele din ce mai mici. În acelaşi timp sucul gastric secretat de glandele stomacului se amestecă cu particulele alimentare. Sucul gastric conţine pepsina, o enzime digestivă care divizează proteinele din amestec, şi acidul clorhidric care activează pepsina şi creează un mediu optim pentru activitatea enzimelor gastrice.

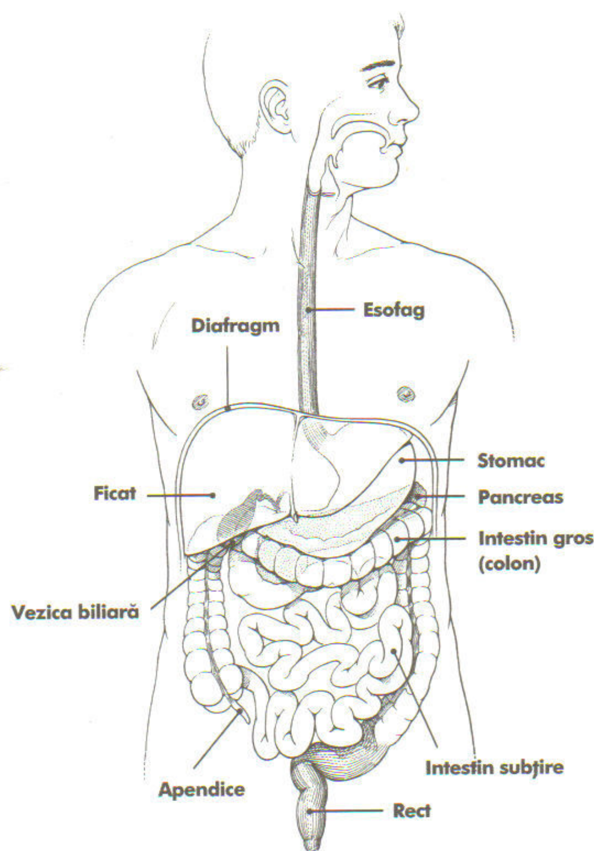
În stomac există un echilibru delicat între acidul produs de glandele sale şi rezistenţa stomacului la acest acid. Dacă echilibrul este tulburat, mucoasa stomacului este afectată, apărând ulcerul peptic sau o inflamaţie difuză numită gastrită.

Alimentele părăsesc stomacul în 2 faze. Porţiunea superioară a stomacului se contractă prima, împingând materialul lichid spre intestinul subţire. Conţinutul mai solid al stomacului este eliminat mai târziu, în principal prin acţiunea muşchilor din parte inferioară a stomacului. Aceste alimente parţial procesate (chimul gastric) traversează canalul piloric spre prima parte a intestinului subţire numită duoden. Foarte puţine alimente sunt, de fapt, absorbite de stomac - doar mici cantităţi de alcool, zaharuri simple şi anumite medicamente.

Intestinul subţire

Intestinul subţire este un tub a cărui lungime variază, la adulţi, între 6 şi 8 metri, în funcţie de tonusul pereţilor musculari şi de modul în care este măsurat.

Intestinul subţire este divizat în 3 părţi. Duodenul este prima şi cea mai scurtă parte a intestinului subţire şi este locul unde începe cu



adevărat absorbţia. Jejunul, parte de mijloc şi cea mai lungă a intestinului, este locul unde are loc cea mai mare parte a absorbţiei. Secţiunea finală a intestinului subţire, ileonul are de asemenea funcţii de absorbţie importante (de exemplu vitamina B_{12}). Este responsabilă şi de trecerea alimentelor în intestinul gros.

Duodenul contribuie la amestecarea alimentelor şi neutralizează acidul provenit din stomac. Canalele biliare de la ficat şi vezicula biliară, şi canalele pancreatice descarcă sucurile digestive în duoden pentru prepararea chimului, astfel încât absorbţia să fie maximă.

În timp ce alimentele semisolide îşi continuă mişcarea prin intestinul subţire, acestea sunt supuse în continuare digestiei prin diverse enzime. În acest proces, alimentele sunt descompuse în componente foarte mici care sunt absorbite prin pereţii intestinului subţire şi introduse în sistemul sangvin. Amidonurile sunt transformate în zahăr simplu şi proteinele sunt divizate în aminoacizi. Grăsimile sunt descompuse de enzimile pancreatice. Datorită proprietăţilor-detergent pe care le au, acizii biliari de la ficat dizolvă moleculele de grăsimi în apă astfel încât să fie mai uşor absorbite în sistemul sangvin. În plus, mineralele, vitaminele, apa şi electroliţii ca: sodiul şi calciul, sunt absorbite prin intermediul pereţilor intestinului subţire în sistemul sangvin.

Până când alimentele sunt pregătite să treacă în intestinul gros, majoritatea nutrimentelor au fost deja absorbite.

Intestinul gros

O dată ce materialele reziduale ajung în intestinul gros (colon) rolul sistemului digestiv se schimbă. Acum funcţia sa este de eliminare, în principal a alimentelor nedigerate sau neabsorbite, a fibrelor şi apei.

Lichidul (în pricipal apa) din intestinul subţire este transportat spre colon unde majoritatea este absorbit în sistemul sangvin. Colonul este foarte eficient în procesul de eliminare. Din aproximativ 1 litru de lichid care ajunge în colon zilnic, 80% este absorbit înainte să ajungă în anus.

Restul materialului rezidual trece prin cele 3 segmente majore ale colonului – colonul drept (ascendent), tranvers şi stâng (descendent) - în colonul sigmoid în formă de S localizat în partea inferioară stângă a abdomenului. În final materialul rezidual ajunge într-o porţiune de 15-20 cm de colon numită rect, unde se colectează până la defecaţie.

Ficatul

Ficatul produce bila, un lichid care conţine colesterol şi acizi biliari. Bila curge din ficat şi prin intermediul canalului cistic ajunge la vezica biliară unde este concentrată şi stocată. Bila este descărcată în duoden unde îşi îndeplineşte funcţia principală de participare la absorbţia grasimilor prin pereţii intestinului subţire în sistemul sangvin. Acizii biliari sunt apoi reabsorbiţi de intestinul subţire- în principal de ileon- şi reciclaţi la nivelul ficatului pentru a fi folosiţi din nou.

Ficatul îndeplineşte şi alte funcţii. Una dintre acestea se referă la stocarea de glicogen, o hidrocarbură care este transformată în zahăr (glucoză) pentru a fi eliberat în sistemul sangvin atunci când nivelul zahărului din sânge scade. Glicogenul este depozitat în ficat când nivelul zahărului din sânge creşte. Multe proteine sunt sintetizate în ficat.

Ficatul ajută şi în determinarea cantităţii de nutrienţi, trimise spre restul corpului. Are, de asemenea, rol de curăţare a organismului, eliminând alimentele şi substanţele care şi-au îndeplinit scopul şi nu mai sunt folositoare. În plus, ficatul descompune anumite medicamente pentru a le permite să fie eliminate prin fecale. Alcoolul este metabolizat în ficat pentru a genera energie sau pentru a fi depozitat ca grăsime.

Vezica biliară

Vezica biliară este un organ în formă de pară, care este situat lângă ficat. Este un depozit al bilei produse de ficat. Bila intră în vezica biliară prin canalul cistic şi este stocată până când este necesară pentru digestia grăsimilor.

Deşi vezica biliară are un rol important, nu este vitală pentru funcţionarea normală a organismului, deoarece bila poate fi vărsată direct din canalele hepatice în duoden.

Pancreasul

De forma unei banane dar mai lat, pancreasul se întinde de la duoden, de capătul căruia este ataşat, până la splină. Acest organ produce 2 tipuri de secreţii- acelea care sunt descărcate în duoden şi acelea care trec direct în sistemul sangvin. Primul tip este numit suc pancreatic. El ajută la digestia grăsimilor, proteinelor şi anumitor carbohidraţi. Celălalt tip include insulina şi glucagonul, care reglează metabolismul zahărului din sânge (glucoza)

Bolile esofagului

Esofagul este tubul muscular care ajunge direct în stomac, transportând alimentele din faringe în stomac. Multe boli pot afecta esofagul şi interfera cu înghiţirea sau transportul alimentelor din cavitatea bucală în stomac.

Boala de reflux gastroesofagian

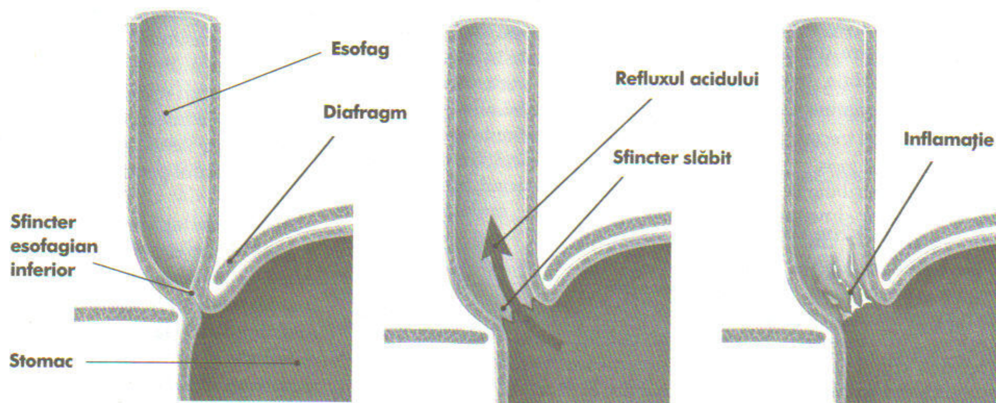
Semne şi simptome

- Senzaţie de arsură în piept, care de obicei începe în partea superioară a abdomenului şi se transmite spre gât.
- Regurgitarea conţinutului amar şi acid în gât şi cavitatea bucală, mai ales când staţi intinşi.
- Dureri în piept
- Tuse persistentă
- Sângerare
- Dificultăţi la înghiţire

Aproape toţi am simţit senzatia de arsură pe piept- şi uneori în gât- datorită acidului gastric care vine înapoi pe esofag. Un episod ocazional de arsuri nu este în general un motiv de îngrijorare. Multe persoane suferă totuşi de arsuri în mod regulat, în fiecare zi. Arsurile frecvente pot fi o problemă serioasă şi necesită atenţie medicală. Deseori, arsurile frecvente sunt un simptom al bolii de reflux gastroesofagian (BRGE).

Când mâncaţi, alimentele coboară prin esofag spre o valvă musculară care separă esofagul inferior de stomac. Numită sfincter esofagian inferior, această valvă se deschide pentru a permite alimentelor să intre în stomac şi apoi se închide.

Uneori muşchiul sfincterian se relaxează (se deschide) într-un moment nepotrivit, permiţând conţinutului acid al stomacului să reintre în esofag, producând aşa-numitele arsuri. Când acidul este regurgitat în esofagul superior, el lasă un gust înţepător în gură, care poate provoca tusea.



În mod normal, sfincterul esofagian rămâne închis, prevenind întoarcerea conţinutului acid al stomacului în esofag. Dacă sfincterul se relaxează sau se slăbeşte conţinutul stomacului poate intra în esofag, provocând arsuri şi inflamaţii ale ţesuturilor.

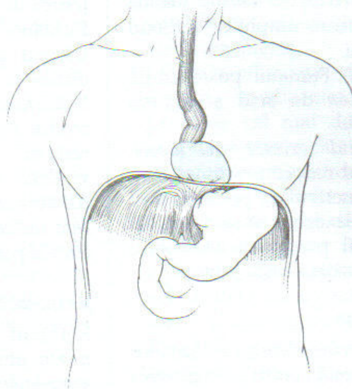
Hernia hiatală

Toracele este despărţit de abdomen printr-un muşchi de forma unei cupole, numită diafragm. Pentru a ajunge la stomac, esofagul trebuie să treacă printr-o deschidere (hiat) a diafragmului.

Când ţesutul din jurul hiatului slăbeşte, stomacul poate pătrunde, prin deschidere, în cavitatea toracică. Termenul folosit pentru acest fenomen este hernie hiatală. Hernia hiatală poate fi generată de slăbirea ţesuturilor de legătură cu diafragmul, probabil datorată presiunii crescute din abdomen (obezitatea).

Hernia hiatală este des întâlnită. Aproape 25% din persoanele cu vârsta peste 50 de ani au hernie hiatală. Deoarece majoritatea acestor hernii nu produc semne şi simptome, ele trec de obicei, neobservate. De fapt ele sunt descoperite accidental la radiagrafiile pulmonare, când se observă că o parte a stomacului este în cavitatea toracică. Hernia hiatală este des descoperită la persoanele cu arsuri care sunt supuse unor radiografii cu bariu. Este puţin probabil că o hernie hiatală mică va cauza probleme serioase iar ea însăşi nu este o afecţiune periculoasă.

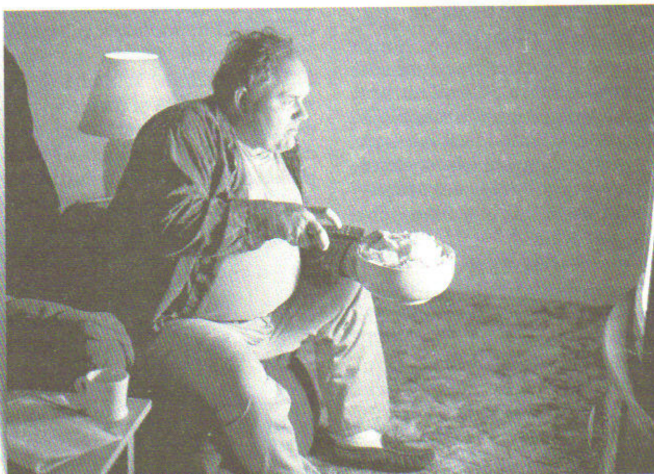
Herniile mari, în care o porţiune însemnată din stomac se află deasupra diafragmului, pot produce uşoare sângerări şi anemii (generate de lipsa fierului). Un pericol potenţial dar extrem de rar al herniilor mari este strangularea stomacului, în care stomacul herniat este atît de comprimat încât cantitatea de sânge care-l irigă este sever redusă. Simptomele includ dureri de piept persistente şi dificultăţi la înghiţire. Este o urgenţă medicală şi necesită intervenţie chirurgicală promptă.



În hernia hiatală, o porţiune a stomacului pătrunde prin diafragm în cavitatea toracică.

Refluxul constant al acidului poate irita mucoasa esofagului determinând inflamarea lui, afecţiune cunoscută sub denumirea de esofagită.

Cu timpul inflamaţia poate strâmta sau eroda esofagul producând sângerări, dificultăţi la înghiţire sau dureri în piept. Refluxul gastroesofagian este refluxul acid cronic, care cauzează esofagita. Oricine poate avea BRGE, chiar şi copiii şi sugarii. Însă, boala este mai des întâlnită la persoanele cu vârsta peste 40 de ani. Afecţiunea este des întâlnită şi la femile însărcinate datorită schimbărilor hormonale şi presiunii crescute din abdomen.



Factorii care pot creşte semnificativ riscul BRGE:

- *Supraponderalitatea.* Multe, dar nu toate persoanele cu BRGE sunt supraponderale. Surplusul de kilograme exercită o presiune suplimentară asupra stomacului şi diafragmului, muşchiul care separă toracele de abdomen, forţând deschiderea sfincterului esofagian inferior. Mâncatul foarte mult sau bogat în grăsimi poate avea aceleaşi efecte.
- *Moştenirea genetică.* Cercetătorii de la Clinica Mayo cred că o legătură genetică predispune anumite persoane la această boală. Dacă părinţii sau fraţii, surorile au sau au avut această afecţiune, şansele dumneavoastră de a avea această boală sunt ridicate.
- *Hernia hiatală.* Hernia hiatală este o afecţiune în care o parte a stomacului pătrunde în toracele

inferior, şi diafragmul nu mai poate susţine sfincterul esofagian inferior. O hernie hiatală mare poate amplifica refluxul acidului.

- *Fumatul.* Fumatul poate creşte cantitatea de acid şi agrava refluxul.
- *Consumul excesiv de alcool.* Alcoolul reduce presiunea asupra sfincterului, permiţându-i să se relaxeze şi să se deschidă. Alcoolul poate, de asemenea, irita mucoasa esofagului.

Diagnostic

De obicei o descriere a simptomelor este suficientă pentru a diagnostica BRGE. Dacă simptomele sunt severe şi nu răspund la tratament sunt necesare teste precum radiografia cu bariu a stomacului şi esofagului, şi examinări endoscopice ale tractului gastrointestinal superior. O probă ambulatorie de aciditate (pH) poate fi necesară pentru a determina nivelul acidului din esofagul inferior şi superior. Vezi cap. 39 „Teste diagnostice" pentru mai multe informaţii despre aceste teste.

Cât de gravă este boala de reflux gastroesofagian?

Arsurile ocazionale pot fi neplăcute, dar în general nu sunt o problemă serioasă. Însă, BRGE este o afecţiune serioasă care necesită tratament. Lăsată netratată, poate conduce la una sau mai multe complicaţii, şi anume:

Strâmtarea esofagului

Strâmtarea esofagului (strictura) intervine la aproximativ 10% din persoanele care suferă de BRGE. Distrugerea celulelor din esofagul inferior datorită expunerii la acid conduce la formarea unor cicatrice pe ţesuturi. Aceste cicatrice micşorează tractul prin care coboară alimentele şi îngreunează înghiţirea, cauzând blocarea alimentelor în această strictură.

Tratamentul pentru strictură constă într-o procedură care întinde ţesuturile şi lărgeşte esofagul, urmată de administrarea unor medicamente care inhibă secreţia acidă pentru a preveni reîngustarea (restricturarea).

Ulcerul

Acidul stomacal poate eroda ţesuturile din esofag, ducând la formarea unei răni deschise. Ulcerul poate sângera cauzând durere şi făcând dificil înghiţitul. Medicamentele şi schimbările în modul de viaţă pentru a controla refluxul acidului gastric pot vindeca ulcerul, dând timp ţesuturilor afectate să se vindece. Mai multe informaţii despre ulcer citiţi la pag. 860.

Esofagul Barrett

Refluxul persistent al acidului poate afecta pereţii esofagului, asemănători pielii normale, înlocuindu-i cu o mucoasă care seamănă cu cea a stomacului sau a intestinului subţire. Această dezvoltare anormală a ţesutului se numeşte metaplazie.

Metaplazia este generată de expunerile îndelungate şi repetate la acidul gastric şi este asociată cu un risc ridicat de cancer esofagian. Aproximativ 5% din persoanele care sunt afectate de BRGE au esofag Barrett. Odată dobândită această afecţiune riscul de a face cancer esofagian este mult mai ridicat decât în populaţia generală.

Tratamentul pentru esofagul Barrett include schimbări ale modului de viaţă şi medicamente pentru a controla refluxul acidului. Medicul poate examina periodic mucoasa esofagului pentru a creşte posibilitatea descoperirii şi tratării celulelor anormale (precanceroase) într-un stadiu incipient. Dacă testele indică faptul că aveţi o stare precanceroasă cunoscută ca displazie de grad înalt, medicul vă poate recomanda un tratament pentru a preveni dezvoltarea cancerului. Tratamentul constă în cauterizarea ţesutului anormal sau excizia unei părţi a esofagului.

Alte complicaţii

Alte complicaţii ale BRGE sunt: laringita, bronşita şi pneumonia de aspiraţie.

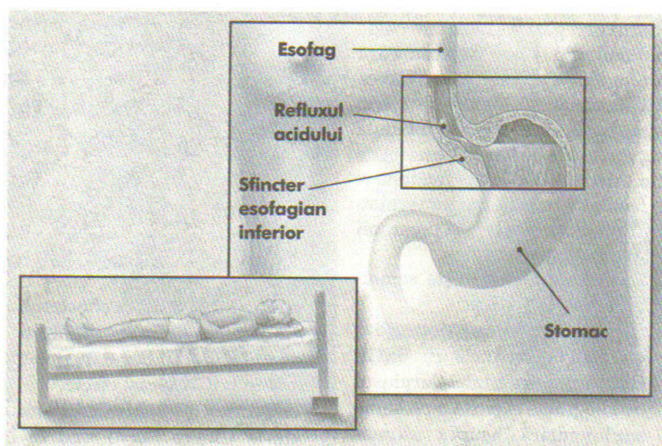
Tratament

Indiferent de severitatea bolii, primul pas în tratarea BRGE este efectuarea anumitor schimbări în stilul de viaţă. Pentru simptomele moderate, schimbarea comportamentelor, obiceiurilor, pot fi suficiente pentru tratarea bolii. Pentru simptomele mai severe modificările din stilul de viaţă permit controlarea cu uşurinţă a bolii prin medicaţie.

Autoîngrijire

Puteţi lua anumite măsuri pentru a diminua simptomele BRGE:

- *Nu fumaţi.* Fumatul creşte refluxul acidului şi usucă saliva. Saliva protejează esofagul de acidul gastric.



Ridicarea capătului patului vă ajută să păstraţi acidul în stomac în timp ce dormiţi. Plasaţi o cărămidă de 10 cm sub picioarele de la capătul patului.

- *Mâncaţi puţin la o masă.* Astfel se reduce presiunea exercitată asupra sfincterului esofagian inferior, prevenind deschiderea valvei şi refluxul acidului în esofag.
- *Staţi cu trunchiul ridicat după ce mâncaţi.* După ce mâncaţi aşteptaţi cel puţin 3 ore înainte de a merge la culcare. În acest timp majoritatea alimentelor din stomac trec în intestinul subţire şi nu mai pot reveni în esofag.
- *Nu faceţi exerciţii fizice după masă.* După masă aşteptaţi 2-3 ore înainte să vă angajaţi în activităţi obositoare.
- *Limitaţi alimentele grase.* Studiile indică o legătură puternică între consumul de grăsimi şi BRGE. Alimentele grase relaxează sfincterul esofagian inferior, permiţând acidului gastric să intre în esofag. Grăsimile încetinesc golirea stomacului şi cresc timpul în care acidul poate regurgita.
- *Evitaţi alimentele şi băuturile problemă.* Acestea se referă la: băuturi cofeinizate, ciocolată, ceapă, mâncărurile condimentate şi mentolate. Ele tind să crească producţia de acid a stomacului şi să relaxeze sfincterul esofagian. De asemenea, limitaţi citricele, tomatele şi mâncărurile pe bază de tomate. Ele sunt acide şi pot irita esofagul inflamat, înrăutăţind simptomele BRGE.



- *Limitaţi sau evitaţi alcoolul.* Alcoolul relaxează sfincterul esofagian inferior şi irită esofagul, înrăutăţind simptomele.
- *Eliminaţi kilogramele în plus.* Arsurile şi regurgitarea acidului pot apărea mai frecvent când kilogramele în plus adaugă presiune asupra stomacului.
- *Ridicaţi capătul patului.* Ridicaţi capul patului cu 15-23 cm. Acest lucru asigură o înclinarea graduală a corpului de la picioare la cap, prevenind refluxul acidului în esofag când dormiţi. Plasaţi un produs din burete sub saltea pentru a o ridica, sau aşezaţi bucăţi de lemn sub picioarele de la capătul patului.
- *Evitaţi hainele foarte strâmte.* Ele exercită presiune asupra stomacului.
- *Faceţi-vă timp pentru a vă relaxa.* Când sunteţi stresaţi digestia încetineşte, înrăutăţind simptomele BRGE. Deşi nu s-a demonstrat ştiinţific, tehnicile de relaxare cum ar fi respiraţia profundă, meditaţia, yoga, pot ameliora BRGE, prin reducerea stresului.

Tratament medicamentos

Pentru persoanele cu simptome severe medicaţia este, în general, principalul tratament. Medicamentele folosite pentru tratarea BRGE sunt:

- *Antiacidele.* Disponibile fără prescripţie medicală, antiacidele (Maalox, Rolaids etc.) neutralizează acidul gastric şi asigură rapid calmarea temporară. Antiacidele pot calma simptomele dar nu elimină refluxul. Aceste produse sunt în general sigure, dar administrate în mod regulat pot cauza efecte secundare cum ar fi diareea sau constipaţia. Unele dintre ele pot interfera cu alte medicamente administrate în cazul bolilor de inimă sau de rinichi.
- *Blocante ale secreţiei acide.* Cunoscute şi ca medicamente care blochează receptorii histaminici (H_2), aceste medicamente sunt disponibile cu prescripţie medicală, dar şi fără. În loc să neutralizeze acidul, ele reduc secreţia de acid. Ele includ: cimetidina (Tagamet), ranitidina (Zantec), famotidina (Pepcid) şi nizatidina (Axid). Avantajul acestor medicamente este faptul că reduc secreţia de acid, nu doar neutralizează acidul. Sunt în general sigure, dar unele interacţionează cu alte medicamente. Consultaţi medicul sau farmacistul cu privire la posibilele interacţiuni ale medicamentelor.
- *Inhibitori ai secreţiei de protoni.* Aceste medicamente sunt prescrise cel mai des pentru simptome severe. Sunt cele mai eficiente în prevenirea secreţiei de acid şi în tratarea BRGE. Exemple de astfel de medicamente: lansoprazol (Prevacid), omeprazol (Prilosec), rabeprazol (Acifex), pantoprazole (Protonix), şi esomeprazol (Nexium). Ele inhibă producţia de acid şi oferă timp ţesutului afectat al esofagului să se vindece. În trialurile clinice s-a demonstrat că aceşti inhibitori pot fi folosiţi în siguranţă cel puţin 10 ani. Folosind doza minimă, se evită apariţia efectelor secundare ale acestor medicamente: durerile abdominale, diareea şi durerile de cap.

Tratament chirurgical

Doar 5% din adulţii cu BRGE continuă să aibă simptome severe sau fac complicaţii în ciuda medicaţiei şi a schimbărilor în modul de viaţă. Foarte puţini necesită operaţie.

Cel mai utilizat tip de operaţie pentru BRGE este fundoplicatura Nissen. Ea implică întărirea sfincterului esofagian inferior prin înfăşurarea părţii de sus a stomacului în jurul esofagului inferior. Deseori, operaţia se realizează laparoscopic – o operaţie mai puţin invazivă, care presupune o mică incizie în abdomen în locul uneia mari.

Alte 2 proceduri folosite pentru a trata BRGE pot deveni alternative la medicaţie şi la operaţii. Prima procedură preuspune utilizarea unui dispozitiv, care funcţionează ca o maşină de cusut în miniatură, pentru a plasa copci lângă sfincterul slăbit. Materialul suturat este apoi legat, creând bariere pentru a preveni refluxul conţinutului stomacului în esofag. Cealaltă procedură foloseşte energia controlata de radiofrecvenţă, pentru a încălzi şi coagula ţesuturile din acea porţiune a

Sughiţul

Oprirea respiraţiei, băutul apei de pe partea cealaltă a paharului, respiraţia într-o pungă de hârtie, înghiţirea unei linguriţe de zahăr, sau o sperietură; acestea sunt toate metodele utilizate în mod obişnuit dar nu întotdeauna efciente, pentru a scăpa de sughiţ, o mică neplăcere care ne afectează pe fiecare din când în când.

În cea mai mare parte, sughiţul este inofensiv şi se rezolvă în scurt timp. Rar, poate persista câteva zile şi chiar săptămâni. Când se întâmplă acest lucru poate afecta alimentarea şi somnul. Intervenind după operaţii majore, sughiţul prelungit poate împiedica vindecarea unei plăgi abdominale. În câteva situaţii, sughiţul persistent poate fi un semn al unei afecţiuni grave.

Deşi aproape fiecare a sughiţat, foarte puţine persoane ştiu ce este acela un sughiţ. Foarte simplu, sughiţurile sunt contracţii repetate, involuntare ale diafragmei, muşchiul care separă pieptul de abdomen. Nervii frenici controlează contractarea liniştită, coordonată, normală a celor două părţi ale diafragmului pentru realizarea respiraţiei. Nervii frenici se întind de la gât până la piept. Sughiţul poate fi rezultatul iritaţiei tractului nervilor frenici. Contracţia reflexă a diafragmului poate fi rezultatul iritării nervilor.

Sughiţul apare cel mai probabil atunci când stomacul este plin, după o masă bogată sau după ce aţi băut alcool în exces. Ca tratament încercaţi asta: masaţi rădăcina limbii cu un tampon de bumbac, mişcând tamponul uşor înainte şi înapoi pentru un minut sau mai mult. Nu există o garanţie că această metodă va funcţiona, dar este adesea eficientă.

esofagului care conţine valva nefuncţională. Această procedură produce cicatrizarea, care ajută la închiderea valvei.

Aceste proceduri durează o oră sau mai puţin, nu necesită incizie, şi vă permite să mergeţi acasă în aceeaşi zi. Nu sunt recomandate dacă aveţi hernie hiatală sau esofagul Barrett.

Alte cauze de esofagită

Alături de BRGE alte afecţiuni pot cauza inflamaţia esofagului.

Sclerodermia esofagului

Sclerodermia este o boală caracterizată printr-o producere excesivă a ţesutului fibros (asemănător celui cicatricial), producând întărirea ţesuturilor. Această boală poate slăbi sfincterul esofagian inferior permiţând refluxul acidului în esofag şi cauzând simptome şi complicaţii similare cu cele ale BRGE.

Medicul vă poate prescrie un medicament care blochează acidul, pentru a reduce refluxul. Vă poate, de asemenea instrui cu privire la măsurile de autoîngrijire pentru a preveni refluxul (vezi pag. 852). Dacă strâmtarea esofagului împiedică sau întârzie trecerea alimentelor este necesară o procedură de dilatare a esofagului.

Esofagita produsă de Herpes simplex

Infecţia cu virusul Herpes simplex poate determina inflamaţia şi lezarea esofagului. Pesoanele care dezvoltă această afecţiune deseori sunt slăbite datorită altor boli sau au un sistem imunitar slăbit. Medicamentul antiviral aciclovir (Zovirax) poate fi folositor în tratarea acestui tip de esofagită.

Esofagita candidozică

Candida creşte în esofag şi produce inflamaţie şi durere la înghiţit. Aceasta este esofagita candidozică. O asemenea infecţie survine la persoanele care au un sistem imunitar slăbit, de exemplu ca rezultat al unor medicamente folosite în lupta împotriva cancerului. Mai multe medicamente antifungice pot trata esofagita candidozică.

Esofagita postiradiere

Inflamaţia esofagului poate fi rezultatul tratamentului cu radiaţii pentru cancer, în principal cancerul esofagian sau pulmonar. Simptomele pot fi arsuri şi dureri la înghiţit. Probabilitatea acestei afecţiuni creşte direct proporţional cu cantitatea de radiaţii primită. Cu ajutorul medicamentelor, de obicei inflamaţia se vindecă, odată ce tratamentul cu radiaţii încetează.

Esofagita produsă de pilule

Durerile acute în partea anterioară a toracelui care se amplifică la înghiţit pot fi rezultatul pastilelor şi capsulelor care rămân în esofag şi se dizolvă sau se sfărâmă înainte de a intra în stomac. Principalele vinovate sunt antibioticele (tetraciclina), potasiul, vitamina C, medicamentele pe bază de fier şi unele medicamente pentru artrită. Afecţiunea poate fi prevenită prin administrarea medicamentelor cu multă apă şi nestând culcat imediat după ce aţi luat medicamentele. Acest tip de esofagită se poate vindeca de la sine în câteva zile.

Dificultăţi la înghiţire

Semne şi simptome

- Lichidele sau alimentele solide se blochează la nivelul gâtului sau toracelui
- Regurgitarea alimentelor
- Un sunet gâlgâit (bolboroseală) în gât
- Dureri în piept la înghiţire

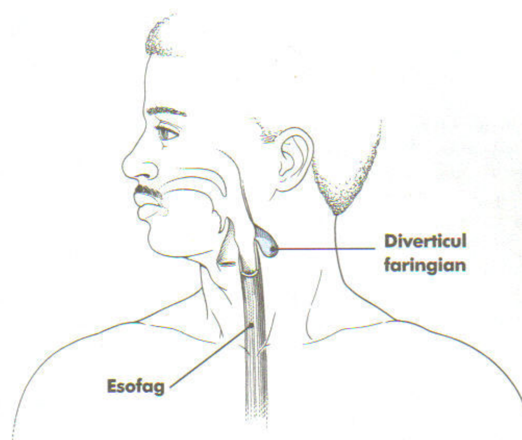
Semne şi simptome de urgenţă

- Imposibilitatea de a înghiţi lichide sau solide
- Salivarea excesivă

Cauzele dificultăţilor persistente la înghiţire sunt variate. Distrugerea sau funcţionarea necorespunzătoare a muşchilor din peretele gâtului şi esofagului pot cauza dificultăţi la înghiţire. Ulcerele sau cicatricele din ţesuturile esofagului determinate de refluxul acidului gastric pot fi o altă cauză.

De asemenea în mucoasa esofagiană se pot forma pungi (diverticule), care afectează mişcarea alimentelor în jos, prin esofag. Uneori, dificultăţile la înghiţire sunt asociate cu boli ca miastenia gravis şi cancerul. În plus, muşchii esofagului care împing mâncarea în stomac pot slăbi cu vârsta, îngreunând înghiţirea.

Dificultăţile la înghiţire pot fi trecătoare şi neimportante, dar este întotdeauna posibil ca aceste probleme să indice boli medicale severe. Este important să mergeţi la medic dacă durerile şi dificultăţile la înghiţire persistă.



Atunci când peretele muscular al gâtului slăbeşte, se poate forma o punga mică, numită diverticul faringian, reţinând mâncarea şi fluidele.

Achalazia

Achalazia este o disfuncţionalitate rară a esofagului cauzată de lipsa coordonării mişcărilor muşchilor esofagului şi a muşchiului sfincter inferior al esofagului. Această afecţiune face foarte dificilă trecerea în stomac a alimentelor solide şi lichide.

Persoanele care suferă de achalazie deseori regurgitează mâncarea. Câteodată, în special în stadiul iniţial al bolii, consumul unei mari cantităţi de lichide ajută la împingerea mâncării în stomac. În cele din urmă nici acest lucru nu mai ajută. Uneori poate apărea disconfort sau dureri în piept deşi arsurile la stomac sunt neobişnuite. Cauza principală a acestei boli nu este pe deplin cunoscută.

Dacă aveţi semne sau simptome de achalazie, medicul vă poate supune unor serii de teste, printre care şi o examinare radiografică cu bariu sau testarea muşchilor esofagieni, pentru a determina dacă funcţionează corespunzător. Pentru a exclude cancerul, se poate apela la o procedură numită endoscopie superioară. Pentru mai multe informaţii despre aceste teste citiţi cap. 39, " Teste diagnostice".

Dacă achalazia este lăsată netratată mai mult timp, se poate dezvolta cancerul de esofag. Malnutriţia, pierderea în greutate şi aspirarea alimentelor în plămâni, conducând la pneumonie, sunt alte probleme asociate cu achalazia. Medicaţia poate fi folositoare în anumite cazuri, dar de obicei îşi face puţin efectul. Câteodată un relaxant muscular derivat din toxina botulinică (Botox) poate fi injectat prin endoscopie în partea inferioară a esofagului, permiţând mâncării să treacă mai uşor în stomac.

O altă formă de tratament pentru achalazie presupune întinderea mecanică a muşchilor esofagului. Un tub subţire cu un balon ataşat este introdus în esofag până la zona îngustată. Balonul este umplut cu apă sau aer sub presiune pentru a lărgi şi dilata canalul. Dilatarea balonului slăbeşte sfincterul esofagian inferior, permiţând alimentelor să treacă prin esofag sub efectul gravitaţiei. Urmând acest tratament, contracţiile coordonate ale esofagului nu revin la normal, dar majoritatea oamenilor pot să înghită mai bine.

O altă opţiune este o procedură chirurgicală numită esofagotomie. Această operaţie constă în deschiderea toracelui de către un chirurg şi tăierea parţială a muşchilor din partea inferioară a esofagului pentru a permite o trecere mai uşoară a alimentelor. Riscurile acestei operaţii sunt mici şi rezultatele pe termen lung sunt în general bune. Unele tehnici mai noi implică o intervenţie chirurgicală mai puţin agresivă (laparoscopică), permiţând o recuperare medicală mai rapidă şi întoarcerea rapidă la activităţile normale.

Spasmul difuz

Spasmul difuz este termenul folosit pentru contracţiile puternice necoordonate ale esofagului, care apar de obicei după înghiţire. Aceasta este o altă disfucţionalitate rară, cu cauze necunoscute care afectează muşchii netezi din pereţii esofagului inferior.

Semnele şi simptomele pot fi uşoare şi pot chiar să dispară fără tratament. Puteţi confunda simptomele cu uşoare arsuri. Uneori refluxul acidului poate genera spasme. În această afecţiune, semnele şi simptomele apar deseori intermitent pe parcursul unei perioade de câţiva ani şi apoi devin mai severe. O procedură care se numeşte dilatarea cu balon poate lărgi esofagul producând iniţial o uşurare. Ocazional este necesară intervenţia chirurgicală.

Diverticulul faringian

Atunci când muşchii din peretele gâtului (faringele) slăbesc, mai ales cu vârsta, se pot forma pungi, numite diverticuli, uneori devenind suficient de mari încât să reţină mâncarea. Acest lucru este posibil mai ales atunci când sfincterul din partea superioară a esofagului nu funcţionează corespunzător.

Suferind de diverticul faringian, cunoscut şi sub numele de diverticul Zenker, faringele devine iritat, puteţi observa un sunet gâlgâit în gât, şi puteţi să regurgitaţi particule de alimente la scurt timp după masă. Pe măsură ce pungile se măresc, alimentele reţinute mai multe zile pot să genereze o respiraţie urât mirositoare. Există de asemenea riscul ca lichidul şi alimentele regurgitate să fie inhalate în plămâni, mărind astfel riscul unei infecţii pulmonare, cum este pneumonia.

Pentru un diverticul mare care produce simptome supărătoare, înlăturarea chirurgicală a diverticulului, deseori combinată cu chirurgia sfincterului esofagian superior, este cel mai utilizat tratament. Diverticulul poate, de asemenea, să apară în esofag, dar aceasta rareori produce probleme.

Paralizia faringiană

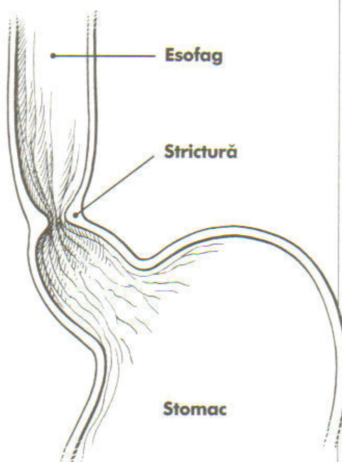
Caracteristicile principale ale paraliziei faringiene sunt slăbirea şi lipsa de coordonare a muşchilor faringelui, producând probleme la înghiţire. Persoanele cu această afecţiune au probleme la trecerea mâncării din gură în faringe şi apoi în esofag. Pe lângă dificultăţile la înghiţire şi disconfortul din gât, această disfuncţionalitate poate duce la inhalarea solidelor sau a lichidelor (aspirarea lor) pe trahee sau regurgitarea pe nas.

Se presupune că simptomele sunt rezultatul deficienţei transmisiei impulsurilor nervoase la muşchii faringieni şi se datorează deseori unor disfuncţii neurologice.

Testele pentru diagnosticarea paraliziei faringiene pot include examinarea radiografică cu bariu sau studierea motilităţii esofagului. O procedură care se numeşte endoscopie gastrointestinală superioară poate fi realizată pentru a elimina alte posibile cauze. Pentru mai multe informatii despre aceste teste vezi cap. 39 "Teste diagnostice".

Dacă paralizia se datorează unor afecţiuni neurologice, aceasta poate fi rezolvată prin tratamentul acestor afecţiuni. Persoanele care se recuperează în urma unui atac cerebral vor înregistra îmbunătăţiri în timp. Operaţia este rareori eficientă.

Mulţi oameni cu paralizie faringiană necesită temporar un tub nazogastric (de hranire) care este introdus prin nas în stomac. Uneori, tubul de alimentare este plasat direct în stomac, prin peretele abdominal, procedură care se numeşte gastrostomă. Aceasta face trecerea peste zona afectată din faringe sau esofag şi permite folosirea restului tractului gastro-intestinal pentru o digestie normală.



Îngustarea tractului esofagian se numeşte strictură esofagiană. Aceasta poate cauza dificultăţi la înghiţire.

Globus

Unii oameni au senzaţia unui nod în gât fără să aibă probleme la înghiţire. Această boală se numeşe globus. Uneori această afecţiune poate fi cauzată de stres.

Dacă medicul suspectează existenţa acestei boli, ca parte a examinării vă poate cere să identificaţi posibile surse de stres din viaţa dumneavoastră. Deseori eliminarea acestor surse de stres vă poate rezolva problema.

Strictura esofagiană

Semne şi simptome

- Dificultăţi la înghiţire

Strictura esofagiană reprezintă strâmtarea tractului esofagian, astfel încât solidele şi chiar lichidele nu pot trece fără dificultate.

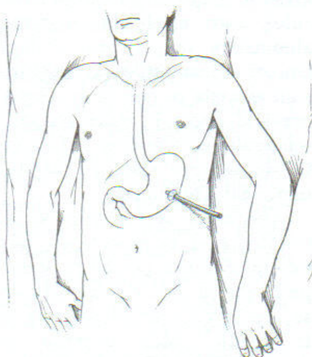
Gastrostoma

Atunci când înghiţirea la nivelul faringelui sau a părţii superioare a esofagului nu funcţionează, nu vă veţi putea alimenta corespunzător. Este, deci, necesară o altă metodă de a furniza mâncare stomacului.

Acest lucru se poate realiza prin plasarea unui tub în stomac, procedură numită gastrostomă. Tubul ocoleşte faringele şi esofagul, permiţând substanţelor nutritive să ajungă direct în stomac, de unde trec în intestinul subţire pentru digestie şi absorbţie. Uneori, o extensie a acestui tub este plasată direct în intestinul subţire.

Cu acest mecanism de hrănire, deseori numit sondă de alimentare, puteţi primi caloriile necesare. Medicul sau dieteticianul dumneavoastră vă va instrui asupra tehnicilor corespunzătoare de hrănire, inclusiv asupra numărului de calorii necesare pentru a se asigura o bună nutriţie.

Când capacitatea de înghiţire se restabileşte, sonda este îndepărtată.



Tubul de gastrostomie (de hrănire) permite individului să primească hrana direct în stomac.

La adulţi principala cauză a apariţiei acestei boli este ţesutul cicatricial produs de refluxul acid gastric (vezi pag. 850). Ţesutul cicatricial poate apărea şi din alte cauze, printre care şi radioterapia, o intervenţie chirurgicală anterioară pe esofag sau ingerarea de substanţe caustice.

O reţea de membrane subţiri care traversează esofagul, poate de asemenea să îngusteze partea superioara a esofagului. Din motive necunoscute, această afecţiune poate apărea mai des la femeile de vârstă mijlocie şi poate fi asociată cu deficitul de fier.

Dificultatea la înghiţire e de obicei observată la alimentele solide. O altă cauză care poate să determine strâmtarea esofagului este inelul la nivelul mucoasei. Acesta poate să apară lângă sfincterul esofagian inferior. Şi aceasta afecţiune provoacă dificultăţi la înghiţirea alimentelor solide.

Diagnostic

Pentru a determina cauza dificultăţii dumneavoastră la înghiţire şi pentru identificarea stricturii, medicul poate să efectueze o varietate de teste, inclusiv o examinare endoscopică şi o radiografiere cu bariu. Mai multe informaţii despre aceste teste, vezi cap. 39 "Teste diagnostice".

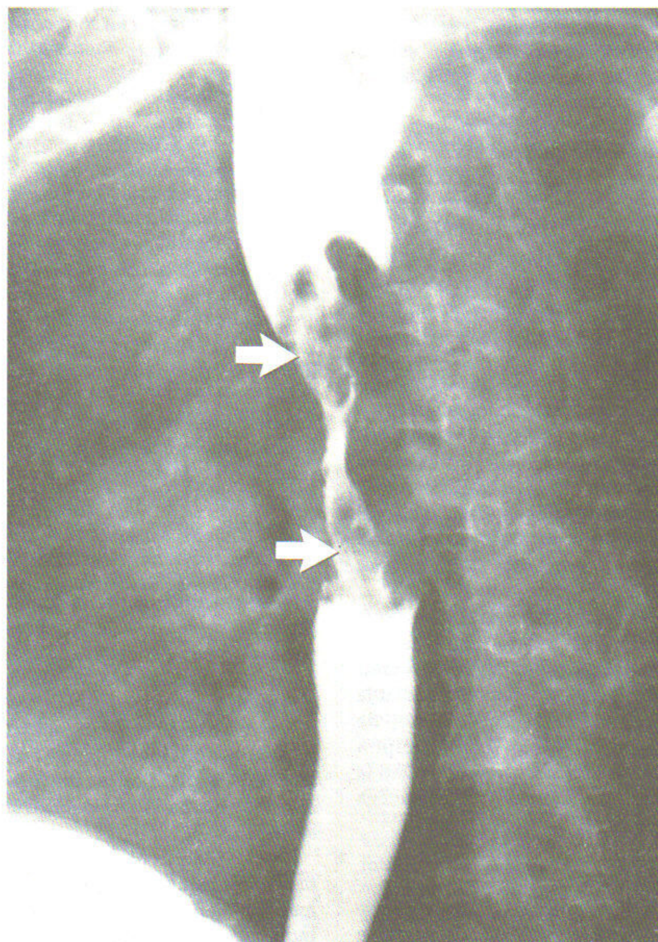
Tratament

O metodă de tratament constă în deschiderea cu un dilatator a canalului îngustat. Dilatatorul lărgeşte ţesutul cicatrizat, reţeaua de membrane sau inelul.

Înainte de această procedură, trebuie să nu mâncaţi cel puţin 6 - 8 ore. În general se face o anestezie locală. Vi se poate de asemenea administra un sedativ. Un instrument subţire, care se numeşte endoscop cu fibră optică, este introdus în esofag pentru a realiza procedura.

Printr-o altă metodă, un fir de ghidare este introdus prin endoscop şi apoi endoscopul este retras. Dilatatoare din ce în ce mai mari sunt introduse de-a lungul firului şi prin strictură pentru a forţa deschiderea canalului. Uneori, sunt ataşate baloane pe firul de ghidare şi sunt deplasate spre locul stâmtat. Acolo baloanele sunt umflate, ajutând astfel la deschiderea canalului.

Dilatarea este în general sigură, dar la câteva ore dupa intervenţie puteţi simţi o încordare sau un disconfort în piept sau durere atunci când înghiţiţi. Avantajul dilatării este că permite alimentelor sau lichidelor care sunt blocate să se deplaseze liber prin esofag în stomac. Pot fi necesare dilatări repetate din vreme în vreme. Intervenţia chirurgicală este rareori necesară pentru a trata o strictură.



O radiografie cu bariu indică strâmtarea esofagului (vezi săgeţile) produsă de o tumoră canceroasă.

Corpii străini

Semne si simptome

- Dificultăţi la înghiţire
- Incapacitate totală de a înghiţi lichidele şi solidele
- Salivaţie excesivă

Semne şi simptome de urgenţă

- Incapacitatea de a respira sau de a scoate sunete
- Piele palidă şi lipicioasă

Uneori alimentele, cum ar fi o bucată mare de carne sau un os, sau alt obiect pot să se blocheze în faringe sau în esofag. Adulţii mai în vârstă care au proteză dentară sau cei care au dificultăţi la mestecarea corespunzătoare a alimentelor sunt predispuşi la

obstrucţia faringelui sau a esofagului. Copiii pot înghiţi monezi, bucăţi de jucării şi alte obiecte mici care se pot bloca în faringe şi esofag.

Blocarea faringelui poate genera sufocarea, fiind necesară o intervenţie medicală urgentă. Pentru dislocarea corpului străin trebuie executată manevra Heimlich (vezi pag. 344). Mai frecvent alimentele sunt blocate mai jos pe esofag blocând intrarea în stomac. Dacă obstrucţia este parţială, veţi putea încă să beţi lichide. Dacă, însă obstrucţia este totală nu vă veţi mai putea înghiţi nici saliva.

Multe obiecte străine pot ajunge în stomac şi trece prin tractul gastrointestinal fără complicaţii. Însă dacă obiectul este ascuţit poate zgâria sau perfora esofagul, stomacul sau intestinul în drumul său.

Dacă obstrucţia generează incapacitatea de a înghiţi sau vă afectează respiraţia, cereţi ajutor de urgenţă sau mergeţi imediat la cea mai apropiată secţie de urgenţă. Dacă puteţi respira satisfăcator, dar aveţi dificultăţi la înghiţire mergeţi de asemenea imediat la secţia de urgenţă.

Diagnostic

Medicul poate efectua o varietate de teste, inclusiv o endoscopie, în cadrul căreia un tub cu fibră optică este introdus în faringe, în jos, pentru a identifica localizarea şi severitatea obstrucţiei. Înainte de introducerea acestui instrument se adminitrează un sedativ pentru anestzierea faringelui.

Tratament

Deseori, medicul scoate obiectul străin înţepenit în faringe sau esofag, folosind un endoscop. Sau poate împinge obiectul în stomac, dacă poate trece cu uşurinţă prin tractul digestiv.

După ce obiectul a fost îndepărtat din esofag şi edemul s-a retras, medicul va examina esofagul pentru a determina dacă există anumite anomalii care ar fi putut contribui la obstrucţie.

Tumorile esofagiene

Semne şi simptome

- Dificultăţi progresive la înghiţire
- Pierderea în greutate
- Regurgitaţii
- Sânge în vomă sau scaun

Majoritatea tumorilor esofagiene se formează în zona de mijloc sau în cea superioară a esofagului, şi aprope 90% din acestea sunt canceroase (maligne). Principalul simptom în cazul tumorilor esofagiene, fie că sunt maligne sau benigne, este dificultatea progresivă la înghiţire. Dificultatea începe la alimentele solide şi în cele din urmă include şi lichidele. Pe măsură ce boala se agravează apar pierderea în greutate, regurgitarea mâncării şi respiraţie urât mirositoare.

Deoarece dificultăţile la înghiţire apar treptat de-a lungul unei perioade mari de timp, oamenii întârzie să meargă la doctor. În majoritatea cazurilor atunci când o persoană este diagnosticată cu tumora esofagiană, tumora este atât de mare încât cuprinde aproape jumătate din diametrul esofagului.

Probabilitatea de apariţie a tumorilor maligne este de 2 ori mai mare la bărbaţi decât la femei. Indivizii cu risc mare pentru acest tip de cancer sunt cei cu vârsta cuprinsă între 50-60 de ani care sunt fumători înrăiţi şi care consumă cantităţi mari de alcool.

Diagnostic

Testele diagnostice utilizate pentru identificarea unei tumori esofagiene pot include o radiografie cu bariu şi o examinare endoscopică superioară. Dacă tumora este descoperită, se recoltează o mostră din ţesut (biopsie), care este analizată în laborator. Medicul poate dispune efectuarea unei tomografii computerizate sau o ecografie endoscopică pentru a detemina răspândirea cancerului. Pentru mai multe informaţii despre aceste teste vezi cap. 39 „Teste diagnostice".

Cât de grave sunt tumorile esofagiene?

Majoritatea tumorilor din esofag sunt maligne. Datorită faptului că atunci când este descoperit cancerul, boala este foarte avansată, ratele de vindecare sunt foarte mici. Detectarea la timp este cheia succesului tratamentului.

Tratament

Cel mai obişnuit tratament chirurgical pentru cancerul esofagian este îndepărtarea porţiunii canceroase a esofagului şi reconectarea secţiunilor sănătoase rămase.

Dacă este îndepărtată o porţiune mare a esofagului, chirurgul poate forma un nou tract de la faringe la stomac folosind o porţiune a intestinului subţire. Acest tip de operaţie reduce semnele şi simptomele, şi poate prelungi viaţa, dar nu întotdeauna duce la vindecare.

Chimioterapia şi radioterapia sunt uneori folosite, separat sau în combinaţie, pentru a uşura simptomele, micşorând tumora sau distrugând celulele canceroase care s-au răspândit dincolo de esofag. Un tratament relativ nou, numit terapie fotodinamică, foloseşte medicamente pentru a face sensibile celulele canceroase la lumina laserului, în încercarea de a distruge cancerul (vezi pag. 469).

Uneori, pentru a ameliora înghiţirea, în esofag este introdus un tub de plastic (stent). Tubul creşte deschiderea prin tractul obstrucţionat de cancer, uşurând alimentarea.

Varicele esofagiene

Semne şi simptome

- Vărsături cu sânge
- Paloare, transpiraţii şi leşin

În cazul varicelor esofagiene, venele care căptuşesc esofagul se lărgesc în mod anormal. Presiunea din venele dilatate (varicele) ale esofagului poate produce ruperea acestora. Rezultatul este o sângerare abundentă. Varicele esofagiene nu sunt foarte frecvente şi de obicei apar ca o complicaţie a unei afecţiuni a ficatului.

Cât de grave sunt varicele esofagiene?

Deşi mai puţin obişnuite, varicele esofagiene sunt o problema gravă. Sângerarea vă poate pune în pericol viaţa.

Tratament

Tratamentul depinde în mare parte de locul unde are loc sângerarea şi cât de gravă este aceasta. Deseori medicamentele sunt folosite pentru controlarea iniţială a sângerării. Medicul vă poate plasa un tub special în stomac pentru a opri temporar sângerarea. Acest tub (numit sondă Sengstaken-Blakemore) are baloane ataşate la nivelul esofagului şi al stomacului. Când ajung la nivelul respectiv baloanele pot fi umflate pentru a comprima varicele.

Alte opţiuni cuprind plasarea unei mici benzi de cauciuc peste venele lărgite pentru a opri sângerarea sau injectarea în vene a unei soluţii care iniţial distruge şi apoi cicatrizează venele varicoase, proces numit scleroterapie varicеală. Aceste metode pot opri sângerarea, însă trebuie repetate.

O altă procedură recentă, numită şunt portosistemic transjugular intrahepatic (TIPS), implică plasarea unui tub din plasă metalică (stent) între vena hepatică şi vena portă (vena care aduce sângele de la intestine şi stomac la ficat) care deviază sângele de la vena portă şi reduce presiunea asupra venelor esofagiene. Blocarea venei porte, datorită unei boli a ficatului, este de obicei cauza creşterii presiunii în venele esofagiene.

Dacă aceste metode nu dau rezultate, operaţia poate fii necesară pentru a devia sângele de la venele rupte.

Traumatismul esofagian

Semne şi simptome

- Dureri toracice
- Respiraţie rapidă
- Transpiraţie
- Vărsături cu sânge

O ruptură sau înţepătură poate surveni uneori la nivelul esofagului. Leziunea poate apărea ca urmare a înghiţirii unui obiect străin sau ca urmare a unei proceduri de diagnostic în care un instrument este introdus în esofag. Poate fi de asemenea o complicaţie a unei alte boli, sau rareori un rezultat al unei vărsături puternice.

Traumatismul esofagian poate produce vărsături cu sânge. În cazurile severe, când este vorba de o perforare mare, respiraţia devine rapidă, agitată, însoţită de dureri de piept.

Tratament

Primul pas constă în efectuarea testelor-diagnostic pentru a determina localizarea şi sursa sângerării. Dacă ruptura este severă, cum ar fi o perforaţie mare, operaţia este necesară pentru a repara esofagul. Dacă leziunea este mai puţin gravă, afecţiunea poate fi tratată cu lichide administrate intravenos sau cu antibiotice până la vindecare.

Bolile stomacului

Un sac concav, de forma literei J, stomacul se află în partea stângă a cavităţii abdominale, chiar lângă cutia toracică. El primeşte alimentele de la esofag şi le transformă într-un amestec semilichid. Cea mai mare parte a conţinutului stomacal trece în intestinul subţire pentru continuarea digestiei şi pentru absorbţie.

Stomacul este un organ remarcabil, dar nu întotdeauna funcţionează fără piedici. La început este afectată mucoasa stomacului conducând la boală. Mucoasa este în general rezistentă la leziuni, dar în timp rezistenţa poate ceda.

Indigestia

Semne şi simptome

- Disconfort sau un sentiment de saturaţie în abdomenul superior
- Greaţă
- O senzaţie de balonare, adesea ameliorată de eructaţii

Indigestia (dispepsia) este un termen nespecific utilizat pentru definirea simptomelor asociate cu disconfortul abdominal, apărute în special după masă. În mod obişnuit oamenii asociază indigestia cu durerile de stomac sau cu disconfortul. Indigestia, în sine, nu este o afecţiune. Mai exact ea este un simptom pe care majoritatea oamenilor îl resimt la un moment dat.

Unele persoane resimt indigestia numai după ce consumă anumite alimente sau cantităţi excesive de alcool. Alţii au indigestie în fiecare zi. Uneori, indigestia este cauzată de un ulcer sau de inflamaţia mucoasei stomacale (gastrită). În multe cazuri nu este descoperită o cauză specifică. Indigestia este în mod obişnuit asociată cu o afecţiune numită dispepsie neulceroasă. În această afecţiune apar simptome similare cu ale ulcerului, dar acesta nu este depistat. Dispepsia neulceroasă poate avea multe cauze:

Reacţie adversă la medicamente sau suplimente

Medicamentele antiinflamatoare nesteroidiene cum ar fi aspirina, ibuprofenul (Advil, Motrin) şi naproxen (Aleve, Naprosyn) pot cauza ulcer şi gastrită. Aceste medicamente pot irita sistemul digestiv fără a produce leziuni vizibile asupra stomacului sau intestinului. Acelaşi lucru poate fi valabil şi pentru alte medicamente şi suplimente, incluzând antibiotice, steroizi, minerale şi plante medicinale.

Supraproducţie de acid gastric

Celulele care secretă acid în stomac pot produce o cantitate mult mai mare decât cea normală de suc digestiv, care irită ţesuturile gastrice.

Dereglarea stomacului

Din motive necunoscute stomacul poate să nu funcţioneze corespunzător sau nu se goleşte normal. Acest lucru se întâmplă uneori după anumite infecţii virale.

Sensibilitate la acid

Ţesuturile din stomac şi duoden pot fi foarte sensibile la nivelurile normale ale acidului gastric şi se pot irita uşor.

Sensibilitate la alimente

Stomacul și intestinele pot prezenta o sensibilitate la unele alimente, ingrediente sau băuturi. Adesea, dar nu întotdeauna, acestea includ unele condimente, citricele și legumele cu conținut acid crescut. De asemenea, la unele persoane apar aceste simptome după consumul de cafea.

Reacție exagerată la stimuli normali

Semnalele nervoase dintre stomac și creier pot fi afectate, producând un răspuns exagerat la modificările normale care au loc în timpul digestiei.

Stresul

Indigestia poate fi răspunsul organismului dumneavoastră la stres.

Factori psihologici

Depresia, anxietatea sau alți factori care vă afectează starea emoțională pot juca un rol în apariția indigestiei.

Diagnostic

Deoarece termenul de *indigestie* este vag, este important să descrieți medicului cât mai exact simptomele pe care le prezentați. Unde este localizat disconfortul? Apare înainte, în timpul, la scurt timp sau la câteva ore după o masă? Deoarece indigestia poate fi produsă de probleme oriunde în tractul digestiv, răspunsul la aceste întrebări îl poate ajuta pe medic să localizeze zona afectată.

Testele diagnostice pe care medicul vi le recomandă pentru diagnostic depind de natura și severitatea simptomelor dumneavoastră specifice, și de vârstă. Ele pot include: endoscopia digestivă superioară, examen radiologic baritat, ecografie sau tomografie computerizată a pancreasului, ficatului și vezicii biliare. Vezi cap. 39 "Teste diagnostice" pentru mai multe informații despre aceste teste.

Cât de gravă este indigestia?

Indigestia este mai mult un disconfort decât o problemă gravă. Totuși, deoarece poate fi semnul unei afecțiuni subiacente majore, tratați-o cu seriozitate, mai ales dacă debutul este recent. Este important să consultați un medic înainte să apară alte probleme mai grave.

Tratament

Dacă indigestia este provocată de o cauză specifică, de ex. ulcer sau gastrită, tratarea acestora ameliorează simptomele. Când cauza nu este identificată, modificarea stilului de viață și unele medicamente reprezintă tratamentul cel mai eficient.

Autoîngrijire

Medicul vă poate sfătui să renunțați la unele alimente și băuturi care pot provoca indigestie. De asemenea, vă poate sfătui să renunțați la fumat, alcool sau AINS, care și ele pot contribui la apariția indigestiei.

În plus, el vă poate sugera unele tehnici de reducere a stresului, dacă acesta este cauza simptomelor. Eforturile trebuie îndreptate către toți factorii care par să contribuie la apariția acestei probleme.

Tratament medicamentos

Medicul vă poate recomanda să încercați, timp de câteva săptămâni, un tratament cu antiacide (Maalox, Rolaids) sau un blocant de acid, cum ar fi cimetidina (Tagamet), ranitidina (Zantac), nizatidine (Axid) sau famotidina (Pepcid) și să vedeți dacă simptomele se ameliorează.

De asemenea, vă poate recomanda sucralfat (Carafate) care acționează prin protejarea mucoasei gastrice. Uneori se prescrie metoclopramid (Reglan) pentru a accelera golirea stomacului. Aceste medicamente au grade variate de succes.

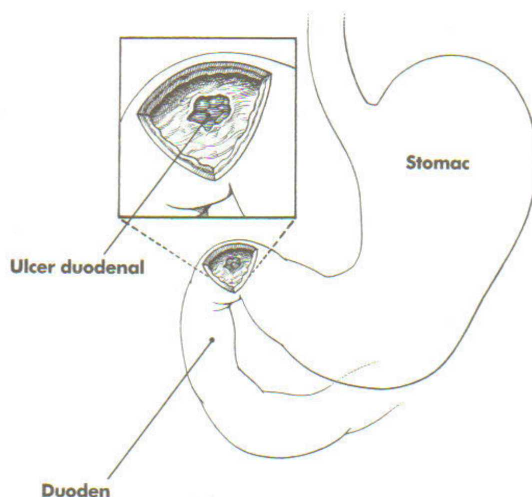
Ulcerul peptic

Semne și simptome

- Senzația de arsură, durere, rosătură sau o senzație de foame în partea superioară a abdomenului sau inferioară a toracelui, care este ameliorată de ingestia de lapte, alimente sau antiacide
- Scaune de culoare neagră, urât mirositoare; uneori constipație
- Senzație de balonare după mese
- Grețuri și vărsături

Semne și simptome de urgență

- Tegumente palide și reci, și senzație de leșin care sugerează o hemoragie masivă
- Vărsături cu sânge roșu-strălucitor



Ulcerul peptic localizat în partea superioară a intestinului subțire se numește ulcer duodenal.

Ulcerul peptic este o rană deschisă situată la nivelul mucoasei esofagului, stomacului sau duodenului. Ulcerul peptic nu este atât de rar în societatea noastră. Statistica arată că 1 din 10 oameni vor face ulcer peptic la un anumit moment în viața lor.

Cauze

Nu se cunoaște exact cum apare ulcerul peptic. Învelișul intern al esofagului, stomacului și duodenului este în mod normal rezistent la agresiuni, iar dacă este intact realizează un echilibru cu aciditatea din stomac. Odată ce acest echilibru se rupe, rezultatul poate fi un ulcer peptic.

În SUA, bacteria *Helicobacter pylori* este o cauză frecventă a ulcerului peptic, mai ales în zonele caracterizate de suprapopulare și de condiții economice și de viață precare.

Folosirea regulată a medicamentelor antiinflamatorii nesteroidiene (AINS), cum sunt naproxen (Aleve, Naprosyn) sau ibuprofen (Advil, Motrin) de asemenea pot irita mucoasa stomacului și a intestinului subțire și pot duce la apariția ulcerului. Aproximativ 20% dintre persoanele care iau AINS regulat dezvoltă un ulcer.

Fumatul și abuzul de alcool cresc de asemenea riscul de apariție a ulcerului. Nicotina crește atât concentrația, cât și volumul acidului din stomac. Alcoolul poate irita și eroda mucoasa gastrică și a intestinului subțire.

Tipuri

Cel mai frecvent tip de ulcer peptic este ulcerul duodenal. El apare în prima porțiune a intestinului subțire (duodenul). Ulcerul gastric (ulcer stomacal) este de obicei localizat în porțiunile joase ale stomacului, iar ulcerul esofagian este de obicei localizat la nivelul esofagului inferior.

Ulcerul duodenal

Nu există nici un simptom anume care să vă poată spune că aveți ulcer duodenal. Un indiciu posibil este totuși senzația de arsură, mâncărime, rosătură sau o senzație de foame în jumătatea medie a abdomenului dumneavoastră superior, sau o durere tranzitorie situată la baza sternului dumneavoastră. Dacă ulcerul este localizat pe peretele posterior al duodenului, puteți simți dureri la nivelul porțiunii mijlocii a spatelui, pe linia mediană. Cu timpul veți simți o senzație de umflare, de balonare și veți avea o senzație de greață după masă. O cicatrice formată după un ulcer prelungit poate să obstrueze canalul evacuator al stomacului (pilorul). Stomacul poate fi destins după masă și puteți să vomitați sau să regurgitați conținut acid din stomac.

Unele persoane nu simt nici o durere atunci când au ulcer. Sângerarea poate fi unicul semn. Scaunul poate fi negru ca smoala și urât mirositor sau poate fi de culoare maro. Dacă vomitați sânge roșu sau sânge care are aspectul de zaț de cafea, este vorba de o urgență medicală.

Ulcerul duodenal are o probabilitate mai mare să apară la fumătorii înrăiți, la care se și vindecă mult mai greu comparativ cu nefumătorii. Relația dintre fumat și formarea ulcerului nu este pe deplin înțeleasă, dar se știe că nicotina inhibă secreția alcalină a pancreasului, care ajută la neutralizarea acidului din stomac. În cazuri rare, o tumoră denumită gastrinom, localizată în pancreas sau la nivelul duodenului (sindromul Zollinger Ellison) poate cauza ulcer duodenal.

Ulcerul gastric

Excesul de acid gastric poate contribui la apariția unui ulcer gastric. Totuși, în cele mai multe cazuri se crede că ulcerul apare datorită mucusului și a barierei protectoare a stomacului, care nu mai este capabilă să reziste la cantitatea obișnuită de acid din stomac. Pentru că excesul de secreție acidă nu este cauza principală a ulcerului gastric, sunt necesare doze mai mici de antiacide lichide sau de medicamente care reduc secreția de acid comparativ cu ulcerele duodenale. Anumite medicamente, cum sunt analgezicele de tipul aspirinei,

? Întrebare și răspuns

Dar dacă ulcerul pe care îl am nu se va vindeca?

Aproximativ 90% dintre toate ulcerele peptice se vindecă între 1 și 3 luni de la începutul tratamentului. Acelea care nu se vindecă sunt denumite ulcere refractare.

Vindecarea ulcerului poate eșua din mai multe motive. Nerespectarea tratamentului este unul dintre acestea. În ulcerele determinate de bacteria *Helicobacter pylori*, eșecul terapiei se poate datora rezistenței bacteriei la antibiotice. Alți factori care pot interfera cu vindecarea ulcerului sunt consumul regulat de alcool, tutun, medicamente antiinflamatoare nesteroidiene (AINS). Uneori oamenii nu sunt conștienți că medicamentele pe care le iau AINS.

În cazuri rare, ulcerul poate fi cauzat de producția exagerată de acid la nivelul stomacului, ca în sindromul Zollinger Ellison, o infecție alta decât *Helicobacter pylori* sau alte anomalii digestive cum sunt boala Crohn sau cancerul.

Tratamentul ulcerului refractar presupune de obicei eliminarea tuturor factorilor care pot interfera cu vindecarea, împreună cu administrarea de doze mari de medicamente. Câteodată pot fi necesare medicamente adiționale. Tratamentul chirurgical pentru vindecarea unui ulcer este rareori utilizat, fiind necesar când ulcerul nu răspunde la tratament medicamentos agresiv.



ibuprofenului (Advil, Motrin) şi naproxen (Aleve, Naprosyn) pot cauza ulcer gastric. Aceste medicamente inhibă ciclooxigenaza, enzimă care catalizează producerea unei substanţe asemănătoare hormonilor (prostaglandine), care ajută la protecţia stomacului contra agresiunii fizice şi chimice.

Nu este simplu să distingem între ulcerul duodenal şi cel gastric doar pe baza simptomelor. Durerea din ulcerul gastric este mai puţin responsivă la administrarea de alimente; în unele cazuri alimentaţia poate chiar creşte durerea provocată de ulcerul gastric.

Diagnostic

Dacă medicul vă suspectează că aveţi un ulcer, acesta poate cere o serie de analize. Cele mai utilizate investigaţii sunt endoscopia superioară şi examinarea radiografică cu bariu (vezi cap. 39 "Teste diagnostice" pentru mai multe informaţii despre aceste teste). Dacă ulcerul este situat la nivelul stomacului, medicul poate preleva o mostră de ţesut (biopsie) cu ajutorul endoscopului pentru analize de laborator, pentru a exclude diagnosticul de cancer. Ulcerul duodenal rareori se malignizează.

În plus, alte analize pot determina dacă infecţia cu *Helicobacter pylori* este cauza ulcerului. Alte analize sunt analiza sângelui, analiza gazelor respiratorii şi testarea antigenelor din materiile fecale.

Cât de grav este ulcerul peptic?

Dacă este depistat precoce şi cu un tratament adecvat, majoritatea oamenilor se vindecă de ulcer în câteva săptămâni. Totuşi, tratamentul precoce nu garantează vindecarea pentru că unii oameni trataţi pentru ulcer fac recurenţe.

Anumite afecţiuni potenţial severe sunt asociate cu ulcerul peptic. Uneori un ulcer va sângera (hemoragie), necesitând spitalizare. O complicaţie a hemoragiei severe este şocul. Dacă sângerarea este redusă, dar continuă pentru o perioadă lungă de timp, se pot instala deficitul de fier şi anemia.

Perforaţia, o altă complicaţie de temut, se produce atunci când ulcerul erodează peretele stomacal până la nivelul cavităţii abdominale. Aceasta produce apariţia bruscă a durerii abdominale intense. Un ulcer trenant poate cauza o obstrucţie la nivelul canalului evacuator al stomacului.

Dar dieta şi stresul?

Înainte ca bacteria *Helicobacter pylori* să fie descoperită, precum şi înainte de depistarea relaţiei dintre ulcer şi AINS, acesta se credea că este rezultatul acţiunii unor anumiţi factori ce ţin de stilul de viaţă, cum sunt dieta şi stresul.

Nu există dovezi clare că persoanele care sunt supuse unui stres mare sau mănâncă în grabă, sau neregulat, sau condimentat, sunt mai predispuse să facă ulcer. Şi acum, că aceşti factori au fost eliminaţi dintre factorii cauzali, ei nu se mai găsesc printre măsurile de tratament. De exemplu, utilizarea unei diete de cruţare, cu mult lapte, nu mai este recomandată. De fapt, este descurajată consumarea cantităţilor mari de lapte, pentru că alimentele bogate în proteine şi calciu tind să stimuleze producţia de acid.

Totuşi, este o idee bună să evitaţi alimentele condimentate şi să reduceţi stresul în perioadele de activitate a ulcerului. Chiar dacă stresul şi alimentaţia nepotrivită nu determină ulcer, ele pot exacerba durerea ulceroasă. Stresul poate de asemenea încetini digestia, favorizând staza alimentelor şi a acidului digestiv în stomac şi în intestin pentru o perioadă mai lungă de timp.



Tratament

Pentru că multe ulcere sunt determinate de *Helicobacter pylori*, tratamentul îşi propune frecvent să atingă 2 obiective: unul este să omoare bacteria, iar al doilea este să reducă nivelul acidităţii de la nivel digestiv, pentru a înlătura durerea şi a încuraja vindecarea. Realizarea acestor deziderate presupune utilizarea unor combinaţii de medicamente cum sunt antibioticele, blocantele secreţiei acide, inhibitorii pompei de protoni sau antiacidele.

Mai multe combinaţii de antibiotice sunt eficiente contra *Helicobacter pylori*. Cele mai frecvent prescrise sunt amoxicilina (Amoxil, Trimox), claritromicina (Biaxin), metronidazol (Flagyl) şi tetraciclina (Achromycin V, Sumycin). Antibioticele sunt administrate timp de 1-2 săptămâni, în funcţie de tipul şi numărul antibioticelor care sunt administrate. Alte medicamente prescrise împreună cu antibioticele sunt luate de obicei pentru o perioadă mai mare de timp.

Blocanţii secreţiei acide – blocanţii histaminici (H2) - reduc cantitatea de secreţie acidă a stomacului, uşurând durerea ulceroasă şi favorizând vindecarea. Această clasă de medicamente cuprinde cimetidina (Tagamet), ranitidina (Zantac), nizatidina (Axid) şi famotidina (Pepcid). Medicul poate lua în considerare un inhibitor mai puternic al secreţiei acide, cum este omeprazolul (Prilosec), lansoprazolul (Prevacid), rabeprazolul (Aciphex) sau esomeprazol (Nexium), care aparţin unei clase de medicamente denumite inhibitorii pompei de protoni. Pantoprazolul (Protonix) poate fi administrat oral sau intravenos în spital. Inhibitorii pompei de protoni se pare că au şi efect inhibitor asupra *Helicobacter pylori*.

Odată ce ulcerul s-a vindecat, medicul vă poate sfătui să luaţi doze mici de inhibitoare ale secreţiei acide zilnic, mai ales dacă aţi avut un ulcer recurent. Alte medicamente utile sunt agenţii citoprotectori, care ajută protejând învelişul stomacului şi al duodenului, cum sunt sucralfatul (Carafate) şi misoprostol (Cytotec). Antiacidele sunt câteodată folosite pentru a suplimenta această medicaţie. În loc să reducă secreţia acidă, antiacidele neutralizează acidul existent în stomac şi pot realiza o reducere rapidă a durerii.

Tratamentul chirurgical poate fi o opţiune în cazul în care ulcerul nu răspunde la tratament sau apar complicaţii serioase cum sunt hemoragia, obstrucţia sau perforaţia. Cu ajutorul medicamentelor noi şi cu o mai bună înţelegere a cauzelor care produc ulcerul, tratamentul chirurgical al ulcerului este în prezent necesar mult mai rar.

Profilaxie

Echilibrul fragil dintre secreţia acidă a stomacului dumneavoastră şi tractul gastro-intestinal poate fi rupt de aspirină şi alte antalgice. Dacă sunteţi nevoit să luaţi regulat pastile împotriva durerii, întrebaţi doctorul despre acetaminofen (Tylenol) şi despre altele. Acestea nu provoacă ulcer şi neplăceri gastrice aşa cum fac alte analgezice. Medicamentele antiinflamatorii denumite inhibitorii COX2 (Bextra, Celebrex, Vioxx) pot să vă afecteze mai puţin sistemul digestiv.

Fumatul şi consumul excesiv de alcool contribuie la producerea ulcerului şi întârzie vindecarea la persoanele care au ulcer.

Dacă aveţi antecedente de ulcer, menţionaţi aceasta ori de câte ori un medic vă prescrie un medicament. Dacă un medicament care poate provoca ulcer este absolut necesar în tratamentul dumneavoastră, doctorul vă poate prescrie un al doilea medicament pentru a reduce riscul de recurenţă a ulcerului.

Sindromul Zollinger-Ellison

Semne şi simptome

- Simptome asemănătoare ulcerului la nivelul abdomenului superior
- Simptome severe asemănătoare ulcerului care nu cedează la administrarea de antiacide
- Diaree

Sindromul Zollinger-Ellison este o situaţie rară în care tumori denumite gastrinoame se formează în organism, cel mai frecvent la nivelul pancreasului şi duodenului. Tumorile secretă o substanţă care stimulează excesiv secreţia acidă a stomacului.

Drept urmare, multe persoane cu sindrom Zollinger-Ellison fac un ulcer peptic la un moment dat în evoluţia bolii lor. Ulcerele asociate cu sindromul Zollinger-Ellison sunt în mod tipic mai persistente şi răspund mai greu la tratament decât ulcerul peptic obişnuit. Sindromul poate apărea la orice vârstă; de asemenea şi simptomele apar mai frecvent între 30 şi 60 de ani.

Diagnostic

Dacă aveţi simptome care sugerează sindromul Zollinger-Ellison doctorul dumneavoastră vă va face analize sangvine pentru a determina dacă nivelul de gastrină din sângele dumneavoastră este crescut. În general o persoană cu sindrom Zollinger-Ellison are un nivel anormal de crescut de gastrină în ser, care determină producerea de cantităţi excesive de acid la nivelul stomacului. El poate solicita de asemenea o endoscopie superioară sau o radiografie cu bariu a stomacului, pentru a căuta semne de ulcer.

Gastrinoamele au frecvent dimensiuni reduse şi sunt greu de localizat, dar tehnicile diagnostice recente au îmbunătăţit identificarea şi localizarea acestei tumori. Aceste tehnici includ ultrasonografia, care poate fi utilizată şi în sala de operaţie, şi tehnici de medicină nucleară, care folosesc o doză mică de material radioactiv care se leagă de tumora şi apare ca zone calde la investigaţie.

Cât de grav este sindromul Zollinger-Ellison?

Sindromul Zollinger-Ellison poate fi o boală gravă. Tumorile se pot împrăştia lent, de obicei la nodulii limfatici şi la ficat. În plus, ulcerul asociat cu acest sindrom este frecvent sever şi nu este uşor de tratat cu medicamentele convenţionale sau chirurgical. Ca în majoritatea bolilor grave, cu cât sunteţi diagnosticat mai devreme, cu atât aveţi şanse mai mari de o revenire favorabilă.

Tratament

Ulcerele asociate cu sindromul Zollinger-Ellison sunt frecvent rezistente la dozele standard de medicamente administrate pentru ulcer. Mai ales dacă sunteţi o persoană tânără, cu o stare de sănătate bună, medicul poate alege să faceţi o operaţie pentru a identifica şi a scoate una sau mai multe tumori responsabile pentru producerea în exces de acid la nivelul stomacului. Câteodată, aceste tumori sunt atât de mici sau atât de multe, încât nu pot fi identificate şi extirpate.

Când chirurgul nu poate scoate gastrinoamele, veţi fi nevoit să luaţi medicamente pentru reducerea secreţiei acide. Cele mai eficiente medicamente sunt inhibitoarele pompei de protoni ca omeprazolul (Prilosec), lansoprazolul (Prevacid), rabeprazolul (Aciphex), pantoprazolul (Protonix), esomeprazol (Nexium), care au avantajul că suprimă producţia de acid pentru o perioadă de timp. Pentru acest tip de ulcer veţi fi nevoit să luaţi doze mai mari de medicamente pentru perioade mai lungi decât aţi face-o pentru un

ulcer peptic obişnuit. De obicei aceste medicamente sunt luate pe timp nelimitat pentru a preveni revenirea semnelor şi simptomelor.

De asemenea, veţi fi nevoit să faceţi investigaţii de urmărire pentru a vedea dacă apar sau se răspândesc tumorile.

Gastrita

Semne şi simptome:

- Disconfort în etajul abdominal superior
- Greaţă, însoţită ocazional de vărsături
- Sângerări

Gastrita reprezintă inflamaţia mucoasei gastrice. Se poate datora mai multor cauze care pot produce semne şi simptome diferite. Gastrita poate apărea ca rezultat al leziunilor produse de acid asupra mucoasei gastrice, când nu este prezent nici un ulcer. Fumatul excesiv sau consumul de alcool sunt cunoscute că produc gastrită sau că agravează semnele şi simptomele unei gastrite deja existente.

Gastritele pot fi de asemenea efectele secundare ale anumitor medicamente. O formă de gastrită – gastrita erozivă – este frecvent asociată cu ingestia de aspirină sau alte antalgice asemănătoare ca ibuprofenul (Advil, Motrin) sau naproxen (Aleve, Naprosyn). Stresul sever datorat arsurilor, traumelor, chirurgiei sau şocului poate produce gastrită de stres.

Interesant este faptul că gastrita este câteodată prezentă la persoanele al căror stomac nu produce acid. În aceste cazuri, mucoasa stomacului este atrofiată. Această situaţie, denumită gastrită atrofică, se poate asocia cu carenţa vitaminei B_{12} şi apare la mulţi pacienţi vârstnici.

Diagnostic

Medicul îşi poate forma un diagnostic pe baza descrierii simptomelor dumneavoastră. El vă poate întreba despre obiceiurile alimentare şi despre medicamentele pe care le luaţi. Va dori de asemenea să ştie dacă beţi sau fumaţi cu regularitate. În plus, medicul poate cere o radiografie cu bariu a stomacului. Totuşi, rezultatele acestor analize sunt frecvent normale. Diagnosticul de gastrită poate fi confirmat cel mai bine cu ajutorul unei endoscopii superioare, care evidenţiază leziunile tipice. O biopsie de ţesut gastric poate fi de asemenea utilă.

Cât de gravă este gastrita?

În majoritatea cazurilor simptomele de gastrită sunt relativ blânde şi puţin persistente. Nu reprezintă un pericol real şi nu au efecte de durată, mai ales dacă sunteţi diagnosticat precoce. Ocazional gastrita poate cauza sângerare.

Tratament

Soluţiile sau tabletele antiacide sunt un tratament convenabil şi comod pentru gastritele uşoare. Dacă antiacidele eşuează în înlăturarea durerii, medicul poate prescrie medicamente precum cimetidină (Tagamet), ranitidină (Zantac), nizatidină (Axid) sau famotidină (Pepcid) care reduc cantitatea de acid produsă de stomac. Medicamentele care protejează mucoasa gastrică, ca sucralfatul (Carafate) sau misoprostolul (Cytotec) pot fi de asemenea folosite. Dacă gastrita se asociază cu deficit de vitamina B_{12}, este posibil să vi se administreze vitamina B_{12} injectabil o dată pe lună pentru tot restul vieţii. Dacă gastrita se asociază cu consum de alcool, ţigarete sau analgezice, este esenţial să evitaţi factorii agravanţi.

Hemoragiile tractului gastro-intestinal

Semne şi simptome

- Sânge roşu în fecale
- Scaun negru ca păcura
- Vomă cu sânge

Sângerările tractului gastro-intestinal pot avea o mare varietate de cauze, cum sunt ulcerul peptic, gastritele, varicele esofagiene, traumatismele esofagiene, colitele ulcerative, tumorile canceroase (maligne), diverticuli şi hemoroizi.

Scaunul roşu sau maro poate identifica anumite probleme cum sunt polipii colonici, boala Crohn, cancerul sau colitele ulcerative. Una dintre cele mai frecvente cauze de sângerare abundentă în fecale, la persoanele mai în vârstă de 60 de ani este sângerarea din diverticuli sau din vase de sânge ale colonului.

Sângele roşu din materiile fecale poate indica pierderi sangvine la nivelul stomacului sau duodenului, mai ales dacă sângerarea este abundentă şi rapidă. Sângerarea lentă care se produce la nivelul stomacului şi duodenului, şi care traversează tractul gastro-intestinal determină apariţia de materii fecale negre şi lipicioase care se aseamănă cu smoala. Ingestia de *Glycyrrhiza glabra* (Lemnul dulce) sau ingestia de fier sau bismut-salicilat (Pepto-Bismol) pot de asemenea să înnegrească fecalele.

Dacă observaţi sânge în fecale sau pe vasul de toaletă, consultaţi medicul imediat. Sursa sângerării poate fi reprezentată de simpli hemoroizi, dar va trebui să excludeţi alte cauze mai serioase de hemoragie, cum este cancerul de colon.

Pe de altă parte, sângele vomitat sugerează că sângerarea este de la nivelul esofagului, stomacului sau a duodenului. Sângele care ajunge în intestin mai jos de duoden de obicei nu reflueazâ în stomac, ci trece în fecale. Voma cu sânge roşu-deschis indică faptul că sângerarea a debutat cu puţin timp anterior vomei. Sângele care a stat în stomacul dumneavoastră pentru o perioadă mai lungă de timp este de obicei de culoare roşu-închis sau maro şi are textura şi culoarea asemănătoare zaţului de cafea.

Diagnostic

Pentru sângerările care apar la nivelul porţiunii superioare a tractului gastro-intestinal, medicul poate recurge la o procedură numită endoscopie gastro-intestinală superioară, în care un tub optic reglabil este introdus prin esofagul dumneavoastră până în stomac pentru a descoperi sursa sângerării. Pentru sângerări de la nivelul tractului gastro-intestinal inferior, medicul poate recurge la colonoscopie, o procedură similară cu endoscopia superioară, numai că tubul este introdus prin rect în sus de-a lungul colonului.

Uneori sângele din fecale poate fi detectat numai cu ajutorul testelor diagnostice deoarece cantitatea este prea mică pentru a fi vizibilă. Această situaţie se numeşte hemoragie ocultă.

Tratament

Tratamentul depinde de cauza şi severitatea sângerării. Pentru hemoragiile din varice esofagiene s-au utilizat tehnici diferite pentru a opri sângerarea. Dacă sângerarea este dintr-un diverticul, injectarea medicamentelor direct în artera care aduce sânge la diverticul poate opri sângerarea.

Pentru hemoragia din ulcer, gastrită, polipi sau hemoroizi tratamentul cauzei declanşante va opri de cele mai multe ori sângerarea. Pe moment, utilizarea curentului electric sau a laserului dirijate cu ajutorul endoscopului poate opri hemoragia la nivelul stomacului, duodenului sau colonului. În anumite cazuri, cum sunt hemoragiile rezistente la aceste tratamente, chirurgia poate fi necesară.

Cancerul gastric

Semne şi simptome

- Disconfort abdominal în regiunea superioară şi mijlocie a stomacului
- Fecale negre ca smoala
- Vomă cu sânge
- Vomă după mese
- Pierderea ponderală
- Anemie
- Senzaţie de balonare după mese

Majoritatea tumorilor care se dezvoltă la nivelul stomacului sunt proeminenţe (polipi) necanceroase (benigne) care au un potenţial foarte redus de transformare malignă. Mult mai puţin frecvente sunt adenoamele care rareori devin maligne pe măsură ce cresc în dimensiuni. Cancerul gastric afectează de două ori mai mult bărbaţii faţă de femei, de obicei între 50 şi 70 de ani. Rareori, acest tip de cancer este întâlnit la oamenii mai tineri de 40 de ani.

Cauza tumorilor gastrice maligne nu este sigură. Încă de la descoperirea bacteriei *Helicobacter pylori* ca fiind o cauză frecventă a ulcerelor peptice, cercetătorii s-au întrebat dacă ar putea exista o legătură între această bacterie şi cancerul gastric. Un studiu pe termen lung al acestei teorii, efectuat în Japonia, a concluzionat că într-adevăr infecţia cronică cu *Helicobacter pylori* creşte riscul de cancer gastric.

Factorii genetici pot de asemenea avea o oarecare influenţă. Tumorile gastrice sunt de 2 până la 4 ori mai frecvente la rudele de gradul întâi ale indivizilor care au boala (comparativ cu populaţia generală). În plus, cancerul gastric este mult mai frecvent în unele ţări, cum este Japonia. Este interesant de remarcat că, totuşi, copiii cu părinţi japonezi migraţi în SUA au o incidenţă mult scăzută a cancerului gastric, ceea ce sugerează că factorii de mediu, cum este dieta, pot fi de asemenea cauze potenţiale.

Diagnostic

Nu există un anumit simptom care să sugereze că aţi putea avea cancer gastric. Unii indivizi cu tumori maligne gastrice au simptome asemănătoare cu cele ale indivizilor cu ulcer peptic.

Dacă o indigestie persistentă apare pentru prima dată în viaţa dumneavoastră însoţită de pierdere ponderală neexplicată şi de greaţă, medicul poate dori să efectueze o endoscopie superioară sau o radiografie cu bariu pentru a determina dacă simptomele dumneavoastră se datorează cancerului sau unei alte afecţiuni. În timpul unei examinări endoscopice, medicul poate preleva o bucăţică mică de ţesut de la nivelul stomacului dumneavoastră pentru analize de laborator (biopsie). În cazul în care cancerul este depistat, medicul poate de asemenea dori efectuarea unei tomografii computerizate sau a unei examinări endoscopice cu ultrasunete pentru a vedea dacă neoplasmul s-a întins (a metastazat). Vezi cap. 39,"Teste diagnostice", pentru mai multe informaţii.

Cât de grav este cancerul gastric?

Cancerul gastric poate fi dificil de tratat. În cazul în care este localizat doar la nivelul stomacului, şansele pentru ca tratamentul să aibă succes sunt bune. Dacă a metastazat, şansele de vindecare se reduc semnificativ.

Tratament

Extirparea chirurgicală oferă cea mai bună şansă pentru tratamentul cancerului gastric. Probabilitatea de a avea succes depinde aproape în exclusivitate de apariţia metastazelor. În cazul în care cancerul este depistat precoce şi tratamentul chirurgical poate îndepărta toate zonele afectate, recuperarea completă este posibilă. Chiar şi în situaţiile în care tratamentul chirurgical poate să nu ducă la vindecare, tratamentele chimioterapic şi radioterapic pot prelungi durata de viaţă. Chimioterapia şi iradierea pot de asemenea preveni recurenţa cancerului după intervenţia chirurgicală.

Chiar şi atunci când vindecarea nu este posibilă, tratamentul chirurgical încă poate fi util pentru a ameliora durerea, sângerarea sau obstrucţia.

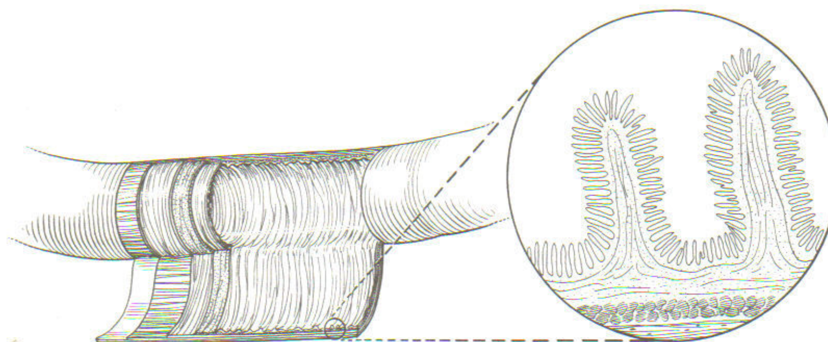
Boala Menetrier

Semne şi simptome

- Dureri gastrice
- Greaţă şi vomă
- Pierdere ponderală
- Sângerare intestinală
- Umflarea mâinilor sau a membrelor inferioare

Boala Menetrier are origine necunoscută. De obicei, apare după vârsta de 50 de ani.

În cazul acestei afecţiuni, mucoasa gastrică se dezvoltă excesiv (se hipertrofiază) şi formează pliuri mari care pot prezenta discontinuităţi de dimensiuni mici (eroziuni). Unele eroziuni pot evolua către ulceraţii şi pot cauza sângerare gastrică. Pe la nivelul acestor pliuri pot fi pierdute proteine, ceea ce determină scăderea proteinelor sangvine şi umflarea extremităţilor (edeme).



Peretele intestinului subţire este acoperit cu mici proeminenţe numite vili (vezi detaliul). Vilii cresc aria suprafeţei prin care nutrienţii pot fi absorbiţi.

Examenul radiologic poate evidenţia pliurile gastrice mărite. Pentru a exclude orice posibilitate de cancer, medicul poate efectua alte teste cum sunt endoscopia gastro-intestinală superioară sau o examinare endoscopică cu ultrasunete. În anumite condiţii, medicul poate opta pentru efectuarea unei incizii chirurgicale de dimensiuni mici la nivelul abdomenului (laparotomie) pentru a confirma diagnosticul.

Nu există un tratament unic pentru toţi indivizii care au această boală. Medicul poate insista să adoptaţi o alimentaţie bogată în proteine pentru a compensa pierderile proteice. Dacă veţi face şi alte afecţiuni asociate, cum ar fi ulcerul sau deficienţa proteică, acestea trebuie de asemenea să fie tratate. Utilizarea medicamentelor care suprimă secreţia acidă gastrică poate fi de ajutor, mai ales în cazul în care sunt prezente eroziunile sau ulceraţiile. Multe alte medicamente pot fi uneori utile. În cazurile grave, tratamentul chirurgical poate fi necesar pentru îndepărtarea cel puţin a unei porţiuni a stomacului.

Gastroenterita cu eozinofile

Semne şi simptome

- Durere abdominală
- Greaţă şi vomă
- Diaree intermitentă, posibil sangvinolentă
- Pierdere ponderală şi tulburări de creştere

Aceasta este o boală rară în care mucoasa gastrică şi cea intestinală sunt infiltrate cu un tip anume de celule albe (eozinofile). Diagnosticul poate fi pus pe baza unei biopsii tisulare de la nivelul stomacului şi tractului intestinal.

Tratament

Corticosteroizii sunt de obicei eficienţi în tratamentul acestei boli.

Bolile intestinale

Intestinul subţire este alcătuit din 3 părţi: duodenul, jejunul şi ileonul. Acest organ continuă procesele de digestie şi absorbţie care încep la nivelul stomacului. Bila de la nivelul ficatului şi sucurile pancreatice pătrund în intestinul subţire pentru a ajuta la procesul de digestie.

Majoritatea nutrienţilor din alimente sunt absorbiţi în sânge la nivelul intestinului subţire. Peretele intestinului subţire este tapetat cu foarte multe proeminenţe de dimensiuni reduse denumite vili. Aceste proeminenţe cresc semnificativ suprafaţa prin care mâncarea poate fi absorbită.

Intestinul subţire este conectat cu intestinul gros la nivelul valvei ileo-cecale. Prin această valvă materialul semilichid de la nivelul intestinului subţire trece în prima parte a intestinului gros (cecumul). Forma intestinului gros seamănă cu un U inversat, acesta urcând, mergând transversal şi apoi coborând la nivelul abdomenului.

Colonul ascendent porneşte pe partea dreaptă a abdomenului la nivelul cecumului şi merge în sus până aproape de ficat. Porţiunea colonului care traversează abdomenul de la dreapta la stânga este colonul transvers. Colonul descendent este porţiunea din stânga care se întinde până la nivelul colonului sigmoid. De forma literei S, colonul sigmoid se curbează la nivelul pelvisului unde se uneşte cu rectul. Rectul este un tub relativ drept de 10,5-15,5 cm, care duce la anus.

În intestinul gros resturile alimentare sunt solidificate şi pregătite pentru excreţie. Ceea ce trece din intestinul subţire în intestinul gros este de obicei un amestec de fibre neresorbabile, apă şi electroliţi (de exemplu sodiu). Pe măsură ce acest amestec progresează prin intestinul gros, o mare parte din apă şi săruri sunt absorbite la nivelul învelişului interior al acestuia. Odată ce apa este îndepărtată, reziduul devine o masă semisolidă care este eliminată la nivelul anusului sub formă de fecale. În momentul în care produşii de eliminare ajung la nivelul anusului, aproximativ 80% din produşii care au intrat iniţial în colon au fost resorbiţi.

Infecţiile gastrointestinale

Semne şi simptome

- Diaree apoasă, uneori cu sânge
- Crampe abdominale
- Febră
- Greaţă şi vomă
- Dureri musculare şi dureri de cap

Semne şi simptome de urgenţă

- Diaree profuză care merge până la deshidratare.

Infecţiile tractului gastro-intestinal sunt foarte răspândite peste tot în lume. În ţările în curs de dezvoltare, diareea cauzată de infecţii este printre principalele cauze de deces în rândul copiilor. Îmbunătăţirile în asistenţa sanitară şi igienă au avut un impact semnificativ în prevenirea multora dintre aceste infecţii, mai ales a acelora transmise prin mâncare sau apă contaminată. Chiar şi aşa, *Centers for Disease Control and Prevention* estimează că bolile datorate alimentelor infectate cauzează aproximativ 76 milioane de îmbolnăviri şi 5000 de decese în fiecare an.

Viruşii sunt responsabili pentru mai mult de 50% dintre infecţiile tractului gastro-intestinal. Alte infecţii ale tractului gastro-intestinal sunt cauzate de bacterii şi paraziţi.

Infecţiile virale

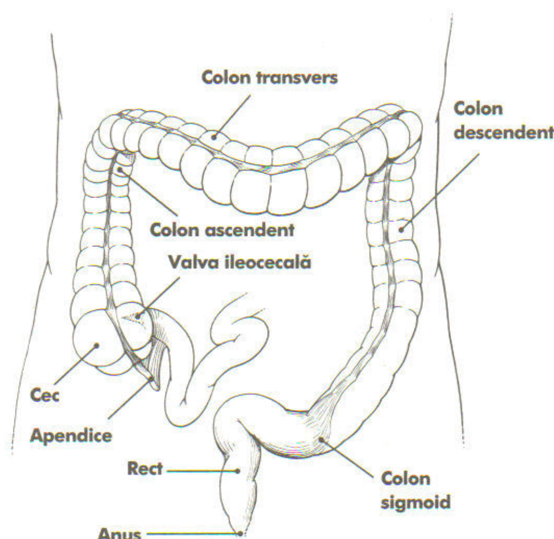
Gastroenteritele acute virale (gripa stomacală) reprezintă a doua boală ca frecvenţă în SUA, cea mai frecventă fiind infecţia tractului respirator superior. Semnele şi simptomele includ diaree, greaţă, vomă, febră uşoară, crampe abdominale şi dureri musculare.

Gastroenterita virală este adeseori cauza unui disconfort considerabil şi a unui absenteism crescut de la şcoală sau de la serviciu. În cazul anumitor persoane, mai ales la copii, la indivizii în vârstă şi la indivizii al căror sistem imun este supresat de boală sau de alte medicamente, semnele şi simptomele pot fi severe.

Mulţi dintre viruşii responsabili pentru gastroenterita virală sunt transmişi pe cale fecal-orală. Spălarea mâinilor este un element cheie în prevenirea transmiterii virusurilor către alţii. În general, infecţia se vindecă singură, antibioticele nefiind eficiente. Medicamentele antidiareice sunt în general evitate, deoarece ele pot preveni eliminarea virusului şi pot de fapt să prelungească infecţia.

Multe tipuri de virusuri pot cauza gastroenterită acută virală. Totuşi, cei mai comuni sunt rotavirusurile şi virusul Norwalk.

Intestinul gros



Rotavirusurile

Rotavirusurile reprezintă cea mai comună cauză de diaree infecţioasă în SUA. Sunt frecvent identificate ca fiind cauza diareei la copiii sub 2 ani. Reprezintă de asemenea cel mai obişnuit factor cauzator de diaree în rândul copiilor aflaţi în casele de copii. Rotavirusurile cauzează din când în când epidemii în rândul vârstnicilor din căminele de bătrâni. Frecvenţa cea mai mare a infecţiilor cu rotavirusuri este în timpul iernii. Virusul se transmite de la o persoană la alta.

Perioada de incubaţie este de 1 - 3 zile. Semnele şi simptomele tipice includ diaree apoasă nesangvinolentă, vomă şi febră uşoară care durează 5 - 8 zile. Nu există un tratament specific pentru gastroenteritele provocate de rotavirusuri. Centrele de cercetare depun eforturi constante pentru crearea unui vaccin.

Virusul Norwalk

Virusul Norwalk este o cauză importantă a epidemiilor de gastroenterită în familii şi comunităţi, afectând în special copiii mai mari şi adulţii. Această afecţiune este denumită şi voma de iarnă. Pe lângă diaree, greaţă şi vomă, mulţi oameni cu această boală resimt dureri musculare.

Virusul este contractat de obicei prin consumul alimentelor sau al apei contaminate. Perioada de incubaţie variază între 4 şi 72 de ore.

Alte cauze

Citomegalovirusul este o cauză obişnuită de diaree la oamenii cu un sistem imun slabit. Un medicament denumit ganciclovir (Cytovene) poate fi eficient în tratamentul provocate de citomegalovirus.

Infecţiile gastrointestinale cu virusul Herpes simplex sunt frecvente la indivizii care au raporturi sexuale anale (fiind expus în mod special participantul pasiv), precum şi la indivizii imuno-supresaţi. În general, oamenii infectaţi cu Herpes simplex acuză

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Deshidratarea este principala complicaţie a bolilor care cauzează diaree, cum sunt bolile gastrointestinale. La sugari şi copiii mici deshidratarea poate fi fatală în câteva zile. Dacă aveţi diaree consumaţi suficiente lichide iar când copilul dumneavoastră are diaree hidrataţi-l suficient. Apa de obicei nu aduce toate mineralele pierdute prin diaree, astfel încât o băutură pentru sportivi sau o soluţie cu electroliţi poate fi o alternativă mai bună.
În caz de diaree severă sau de vomă persistentă poate fi necesară administrarea de lichide intravenos în spital.



dureri anale, constipaţie şi uneori diaree sangvinolentă uşoară. Aceşti oameni pot de asemenea să aibă simptome neurologice, care includ durere şi amorţeală sau iritaţie la nivelul feselor, a porţiunii superioare a coapselor sau în zona anală.

Tratamentul de obicei constă în băi fierbinţi şi administrarea de calmante şi medicamente pentru înmuierea scaunului. Medicamentul antiviral acyclovir (Zovirax) poate reduce severitatea atacului iniţial şi probabilitatea recăderilor ulterioare.

Infecţiile bacteriene

Infecţiile gastrointestinale produse de bacterii sunt deseori mai uşor de identificat decât infecţiile virale. Infecţiile bacteriene sunt cunoscute sub numele de toxiinfecţii alimentare deoarece de obicei se produc în urma ingestiei de alimente contaminate. Boala de regulă se ameliorează fără a fi necesară intervenţia printr-un tratament specific. În unele cazuri antibioticele sunt utile.

Campylobacter

Infecţiile cu *Campylobacter* se produc la toate grupele de vârstă, dar cel mai frecvent apar în rândul copiilor de sub 1 an şi la adulţii tineri. *Campylobacter* poate fi cea mai comună cauză bacteriană de diaree infecţioasă la adulţii tineri. Infecţiile cu acest microorganism se produc de obicei în timpul verii şi toamna.

Cea mai obişnuită sursă de *Campylobacter* se pare că este reprezentată de mâncarea contaminată, în special carnea de pasăre şi laptele nepasteurizat. Perioada de incubaţie, din momentul expunerii şi până la debutul semnelor şi simptomelor, este de 2 - 4 zile. Boala poate avea un debut brusc, cu apariţia durerilor abdominale, a greţurilor, a febrei uşoare, a durerilor de cap şi a durerilor musculare. Puteţi să resimţiţi multe mişcări intestinale în fiecare zi. În cazurile severe scaunele pot fi sangvinolente.

Boala rareori durează mai puţin de o săptămână. Din când în când puteţi să resimţiţi o recădere sau o prelungire a bolii dumneavoastră. Medicamentele antidiareice nu sunt recomandate deoarece pot încetini curăţarea organismului de germeni şi pot prelungi astfel boala. Tratamentul antibiotic adeseori nu este necesar, dar un antibiotic cum este eritromicina sau tetraciclina poate fi administrat dacă semnele şi simptomele sunt severe.

Salmonella

Salmonella a fost considerată responsabilă pentru aproximativ 1/3 din cazurile de diaree provocată în urma ingestiei de alimente contaminate. *Salmonella* de obicei se găseşte în mâncarea însăşi, spre deosebire de situaţiile în *care* germenii se transmit pe calea mâinilor infectate. Aproximativ 2/3 din oamenii infectaţi cu acest tip de bacterie au sub 20 de ani. Infecţiile cu *Salmonella* se produc de obicei în timpul verii şi toamna.

Unele dovezi sugerează că *Salmonella* poate să fie prezentă la animalele tratate cu antibiotice, acest lucru fiind posibil să crească riscul de infecţie salmonelozică la indivizii care consumă carne de la aceste animale. Riscul potenţial pentru consumatori este o arie intens investigată.

Salmonella este găsită frecvent în carnea de animale, de pasăre, în ouă, brânza nepasteurizată, ciocolată făcută din boabe de cacao contaminate şi marijuana contaminată. Unele animale, cum sunt ţestoasele, iguanele, şopârlele şi şerpii pot fi de asemenea o sursă de infecţie. Boala se poate transmite pe cale fecal-orală. De exemplu, dacă schimbaţi scutecul copilului dumneavoastră care este infectat şi nu vă spălaţi pe mâini cum trebuie, iar apoi vă aşezaţi la masă, puteţi să vă infectaţi.

Când alimentele contaminate cu *Salmonella* nu sunt gătite cum trebuie sau nu sunt dezgheţate cum trebuie, vă puteţi infecta direct de la mâncare. Semnele şi simptomele infecţiei cu *Salmonella* includ crampe abdominale, diaree, greaţă şi febră.

În majoritatea cazurilor, infecţia se vindecă singură şi doar tratamentul suportiv (cum ar fi consumul multor lichide) este necesar. În cazul anumitor oameni, *Salmonella* poate să cauzeze o boală severă şi prelungită, iar tratamentul antibiotic poate fi necesar. În aceste cazuri scaunul este frecvent analizat pentru a fi siguri că un antibiotic eficient este ales pentru tipul particular de *Salmonella* pe care îl are persoana respectivă.

Shigella

Shigella este o cauză importantă a gastroenteritelor bacteriene în ţările în curs de dezvoltare şi la călătorii în aceste zone. Din când în când se produc epidemii şi în

SUA. Boala este cea mai frecventă la copii între 1 şi 5 ani.

Shigella se transmite în primul rând de la o persoană la alta pe cale fecal-orală. Episoadele infecţioase pot să apară şi la casele de copii. Din când în când infecţiile pot fi cauzate de contaminarea alimentelor de către persoane infectate care manipulează aceste alimente. Semnele şi simptomele obişnuite sunt diaree apoasă asociată cu crampe abdominale, febră şi uneori sânge şi mucus în scaun.

În general boala se ameliorează fără a fi necesară intervenţia. Antibioticele pot fi eficiente pentru scurtarea duratei diareei şi pentru eliminarea Shigellei din tractul gastrointestinal. Medicamentul de elecţie este ampicilina (Omnipen, Principen) şi poate fi administrat oral după ce s-au efectuat culturi din scaun. Alte medicamente care ar putea fi administrate include trimetoprimul şi sulfametoxazolul (Bactrim, Septra), ciprofloxacinul (Cipro) şi cloramfenicolul (Chloromycetin).

Escherichia coli

Microorganismul denumit *Escherichia coli* (*E. coli*) are mai multe subgrupe. Sursa acestei infecţii este de obicei reprezentată de apa şi alimentele contaminate. O anumită tulpină a acestei bacterii, denumită *E. coli* 0157:H7 este uneori găsită în carnea de vită gătită insuficient, în special în carnea de hamburgeri şi în produsele infectate. În aproximativ 2-7% din cazuri, în special la persoanele foarte tinere sau foarte în vârstă, *E. coli* 0157:H7 poate duce la o complicaţie gravă denumită sindromul uremic hemolitic. Această afecţiune potenţial fatală distruge eritrocitele (celulele roşii sangvine) şi produce insuficienţă renală.

Dacă diareea este uşoară, de obicei nu este necesar nici un alt tratament în afara hidratării. În cazul unor semne şi simptome mai grave sau mai prelungite, un antibiotic cum este trimetoprimul-sulfametoxazol (Bactrim, Septra) sau ciprofloxacinul (Cipro) este frecvent prescris. Medicamentele antidiareice de obicei nu sunt utilizate deoarece întârzie eliminarea din corp a microorganismului.

Dacă gătiţi carnea cum trebuie, în special carnea pentru hamburgeri, puteţi să preveniţi o infecţie cu *E. coli*, în special cu tulpina 0157:H7. Este de asemenea important să vă spălaţi pe mâini şi să spălaţi vasele de gătit după ce lucraţi cu carnea crudă şi să evitaţi contactul dintre această carne şi alte alimente. Pentru mai multe detalii despre *E. coli* 0157:H7 vezi pag. 493.

Clostridium perfringens

O altă cauză frecventă de toxiinfecţie alimentară este bacteria *Clostridium perfringens* şi toxina acesteia. Infecţia este de obicei contractată prin digestia alimentului contaminat, în mod special carne gătită sau congelată necorespunzător, care nu a fost preparată suficient înainte de a fi consumată.

Semnele şi simptomele includ crampe abdominale severe şi diaree, care debutează la aproximativ 8- 24 de ore de la consumul alimentelor ce conţin cantităţi mari de bacterii. Diagnosticul este pus prin identificarea bacteriei în materiile fecale ale unei persoane infectate. Boala de obicei se vindecă singură şi nu durează mai mult de o zi. În timpul bolii este important să consumaţi suficiente lichide pentru a preveni deshidratarea, o complicaţie potenţială a diareei.

Episoadele infecţioase se produc cel mai frecvent în locuri cum sunt cantinele şcolare, azilele de bătrâni şi spitalele, unde cantităţi mari de alimente sunt preparate din timp şi depozitate pentru mesele viitoare. Un tip potenţial letal al acestei infecţii bacteriene este cunoscut sub numele de enterită necrozantă, dar este foarte rar în SUA.

Staphylococcus

Toxiinfecţia alimentară cu *Staphylococcus* apare în urma consumului de ouă, produse lactate sau carne de pasăre, umpluturi pentru sandvişuri şi pentru ouă, pui, ton, cartofi şi macaroane care găzduiesc în mod obişnuit această bacterie. Bacteriile sunt

Toxiinfecţia alimentară

Toxiinfecţia alimentară este cauzată de ingestia unor alimente contaminate. Semnele şi simptomele acesteia constau de obicei în diaree şi greaţă. Voma şi durerile abdominale pot fi de asemenea prezente.

Cea mai frecventă cauză a toxiinfecţiei alimentare este toxina produsă de bacteria *Staphylococcus aureus*. Când acest microorganism contaminează anumite alimente, în special cremele, alimentele care conţin maioneză sau cartofii, carnea de pui, ouăle sau salata de ton, se multiplică rapid. Aceasta explică de ce toxiinfecţia alimentară cu stafilococ adeseori se produce în accese. Cel mai frecvent contaminarea se produce de la mâinile celui care manipulează alimentele.

Ce este de făcut?

De obicei disconfortul toxiinfecţiei alimentare trece în câteva ore. După ce voma sau diareea trec, consumaţi numai lichide în timpul primelor 12 ore; apoi, limitaţi-vă aportul alimentar la alimente moi pentru următoarele 24 de ore. În cazul copiilor foarte mici, vârstnicilor sau indivizilor care au alte afecţiuni, este indicată consultarea unui doctor.

Profilaxie

Cea mai bună strategie este să evitaţi alimentele contaminate. Păstraţi toată carnea şi resturile congelate. Nu lăsaţi alimentele să vină în contact cu sucurile de la carnea crudă. Spălaţi fructele şi legumele cu minuţiozitate.



de obicei transmise prin intermediul celor care manevrează alimentele şi proliferează atunci când alimentele nu au fost gătite sau refrigerate cum trebuie.

Debutul semnelor şi simptomelor, care includ greaţă, vomă, diaree, pierderea apetitului şi febră, este de obicei rapid, urmând îndeaproape ingestiei alimentelor contaminate. Prezenţa bacteriei în mostrele de fecale confirmă diagnosticul. Boala poate să dureze între 24-48 de ore, dar de obice se vindecă fără intervenţii. Medicamentele antidiareice nu sunt de obicei necesare şi pot prelungi infecţia prin împiedicarea eliminării bacteriei din organism. Pentru a evita deshidratarea, consumaţi suficiente lichide.

Spălarea corespunzătoare a mâinilor şi a instrumentelor pentru gătit, precum şi a vaselor de bucătărie înainte şi după prepararea alimentelor, poate să prevină infectarea. În plus, nu lăsaţi mâncarea afară. Congelaţi-o cum trebuie.

Infestaţiile parazitare

Infestaţiile parazitare reprezintă cea mai puţin frecventă dintre cele 3 cauze majore de boli diareice.

Giardia lamblia

Acest organism parazit produce giardioză, care este probabil cea mai frecventă cauză parazitară de diaree în SUA. Episoadele infecţioase de giardioză se pot produce în comunităţi unde rezerva de apă este contaminată de apele menajere. Giardioza poate fi de asemenea contractată în urma băilor în piscine, lacuri sau parcuri acvatice, sau prin băutul apei din lacuri sau din izvoare de munte.

Aproape 2/3 dintre persoanele cu giardioză nu prezintă semne sau simptome. Totuşi, ei pot transmite infecţia altora. Aceia care au semne şi simptome de obicei prezintă diaree apoasă, crampe abdominale şi uneori pierdere ponderală. De obicei, aceste semne şi simptome debutează la 1-3 săptămâni după expunere. Materiile fecale pot să miroasă urât, să aibă aspect grăsos şi să plutească. Pot să apară de asemenea balonare şi distensie abdominală. O febră foarte uşoară poate fi prezentă. Aceste semne şi simptome de obicei durează timp de 5-7 zile, deşi există persoane care pot avea probleme timp de mai multe luni.

Testele diagnostice pot să identifice parazitul. Giardioza este de obicei tratată cu metronidazol (Flagyl) sau cu quinacrină (Quinacrine). Examinări ulterioare ale materiilor fecale sunt importante deoarece este posibil ca medicamentele să nu elimine parazitul în întregime.

Entamoeba hystollitica

Entamoeba hystollitica este o cauză obişnuită a bolii diareice peste tot în lume, deşi este relativ puţin întâlnită în SUA. Infecţia se transmite de obicei de la o persoană la alta pe cale fecal orală. Medicul dumneavoastră poate să trateze infecţia cu metronidazol. Alte medicamente pot fi uneori utilizate.

Criptosporidium

Criptosporidium este o cauză frecventă de diaree la persoanele cu SIDA. Poate de asemenea să determine boală şi la indivizii sănătoşi. S-au produs epidemii în urma contaminării rezervei publice de apă. Semnele includ diaree apoasă prelungită, cu până la 25 de scaune pe zi. La indivizii altfel sănătoşi, infecţia se remite fără tratament după 1-2 săptămâni. În cazul persoanelor cu SIDA, infecţia este de obicei cronică. Nu există un tratament eficace, deşi mai multe medicamente promiţătoare sunt luate în studiu în prezent.

Tratament

Pericolul iniţial al infecţiilor gastro-intestinale este reprezentat de deshidratare care urmează pierderii de lichide şi electroliţi prin scaun. De aceea, primul scop al tratamentului este înlocuirea lichidelor şi a electroliţilor esenţiali.

Pentru majoritatea infecţiilor, utilizarea agenţilor antidiareici nu este recomandată deoarece aceştia pot încetini eliminarea agentului cauzal şi pot prelungi boala. Cele mai multe infecţii parazitare necesită tratamente specifice pentru eradicarea microorganismului infectant.

Diareea produsă de antibiotice

Semne şi simptome

- Diaree care apare în timpul sau la puţin timp după un tratament cu antibiotice
- Crampe abdominale
- Febră

Antibioticele, în special clindamicina (Cleocin), ampicilina (Omnipen, Pollycilin), cefalosporinele şi aminoglicozidele pot cauza diaree. De obicei diareea este rezultatul dereglării ecosistemului intestinal de către antibiotic, ceea ce permite anumitor bacterii să prolifereze. Aceasta poate produce inflamaţia colonului.

Diareea cauzată de antibiotice este destul de frecventă, afectând până la 25% dintre utilizatorii de clindamicină şi până la 10% dintre cei ce iau ampicilină. Cea mai serioasă formă de diaree provocată de antibiotice este colita pseudomembranoasă, cauzată de o toxină secretată de un microorganism denumit *Clostridium difficile*.

Tipic, diareea debutează la 4-10 zile după începerea tratamentului cu antibiotice, iar semnele şi simptomele de obicei se atenuează după întreruperea administrării antibioticului. Totuşi, pentru aproximativ 25% dintre oameni semnele şi simptomele nu apar până când antibioticul nu a fost întrerupt.

Diagnostic

Dacă medicul suspectează că diareea este cauzată de utilizarea antibioticelor, el poate efectua analiza unei mostre de fecale.

Cât de gravă este diareea provocată de antibiotice?

Multe persoane se simt mai bine după încetarea tratamentului cu antibiotice. Alţii devin foate bolnavi şi au diaree persistentă, cu deshidratare. Rareori, colita pseudomembranoasă se poate instala, putând să evolueze către o situaţie ameninţătoare de viaţă.

Tratament

Doctorul probabil că vă va întrerupe tratamentul cu antibioticul care se pare că produce diareea. Metronidazolul (Flagyl) şi vancomicina (Vancocin) pot fi utilizate pentru tratament dacă este cazul. Alt

medicament este colestiramina (Questran), care se leagă de toxina produsă de *Clostridium difficile* şi favorizează eliminarea acesteia.

Malabsorbţia

Semne şi simptome

- Pierdere ponderală
- Diaree
- Crampe abdominale, meteorism şi balonare
- Slăbiciune
- Scaune urât mirositoare şi de culoare gălbuie, care pot fi grăsoase sau uleioase

În timpul digestiei, nutrienţii conţinuţi în alimentele pe care le mâncaţi trebuie să fie fragmentaţi (digeraţi) în molecule care să poată fi absorbite în fluxul dumneavoastră sangvin. Din diferite motive, nutrienţii pot să nu fie complet digeraţi şi astfel absorbţia lor să fie împiedicată. Când se întâmplă acest lucru, nutrienţii vitali necesari corpului dumneavoastră sunt eliminaţi odată cu materiile fecale. Rezultatul acestei malabsorbţii poate fi malnutriţia.

Cauza malabsorbţiei poate fi reprezentată de multe probleme. În cazul afecţiunilor pancreatice enzimele necesare pentru digestia anumitor alimente pot fi absente. Acest lucru este denumit adeseori maldigestie. Maldigestia se poate produce şi în cazul afecţiunilor hepatice cronice.

Un semn important de malabsorbţie este prezenţa scaunelor grăsoase (steatoreice). Acestea se datorează grăsimii care nu este digerată cum trebuie şi deci nu este absorbită în timpul digestiei, fiind eliminată în scaun. Scaunul poate avea culoare galbenă şi să fie întrucâtva mai voluminos decât în mod normal. Conţinutul grăsos excesiv poate face ca scaunul să fie mai urât mirositor. Pe lângă grăsimi, proteinele pot fi de asemenea pierdute prin scaun, determinând topirea ţesuturilor corpului. Malabsorbţia poate de asemenea să conducă la deficienţe ale vitaminelor A, B_{12}, D, E, K şi acid folic.

Boala celiacă

Boala celiacă, cunoscută şi sub numele de sprue celiac, este o cauză comună de malabsorbţie. Această boală este cauzată de sensibilitatea la gluten (o proteină care se găseşte în grâu), precum şi la alte proteine asemănătoare întâlnite în secară, ovăz şi orz. Intoleranţa la gluten face ca epiteliul intestinal să îşi piardă micile sale plici (vilii) prin care nutrienţii sunt absorbiţi.

Semnele şi simptomele constau în scaune diareice urât mirositoare, balonare, pierdere ponderală şi anemie. În cazurile uşoare semnele şi simptomele pot fi limitate la anemie sau la osteoporoză cu debut precoce în timpul vieţii şi nu inculd vreun semn sau simptom digestiv. Uneori, boala celiacă poate să mimeze sindromul de colon iritabil.

Boala celiacă apare frecvent la copii. Cele mai dramatice semne sunt pierderea ponderală şi incapacitatea de a creşte. Modificările osoase, asemănătoare cu cele din rahitism, pot fi observate la anumiţi copii. La adulţi, demineralizările osoase (osteomalacia) se pot produce, determinând dureri şi sensibilitate osoasă.

Pe lângă examinarea scaunului pentru a detecta cantităţi excesive de grăsimi, medicul poate cere un tranzit baritat al intestinului dumneavoastră subţire dacă suspectează boala. Biopsia epiteliului intestinului subţire poate să furnizeze un suport pentru diagnostic. De obicei se face prin inserţia unui dispozitiv de dimensiuni reduse (endoscop) prin gura dumneavoastră, până la nivelul intestinului subţire. Mostra tisulară este examinată la microscop pentru modificările caracteristice ale bolii celiace. Analize sangvine specifice pot fi şi ele utile dar nu au valoare diagnostică prin ele însele.

Boala celiacă este tratată prin înlăturarea din dietă a alimentelor care conţin gluten. Doctorul sau un dietetician vă vor instrui asupra modului de a menţine o dietă fără gluten. Oricare dintre ei poate fi apt să vă furnizeze numele unor cărţi de bucate cu alimente fără gluten şi numele unor grupuri de ajutorare din zona în care locuiţi. Dacă o dietă fără gluten este urmărită îndeaproape, vilozităţile intestinale îşi vor relua forma lor normală şi îşi vor redobândi capacitatea absorbtivă după o perioadă de câteva luni. Scaunele ar trebui să se normalizeze şi ar trebui să nu mai pierdeţi în greutate. Pentru a corecta anumite deficienţe nutriţionale, iniţial vi s-ar putea administra vitamine şi suplimente minerale.

Sprue tropical

Sprue tropical este o boală care afectează vizitatorii regiunilor tropicale ale lumii, în special Caraibele şi Asia de Sud-Est. Oamenii cu sprue tropical pot avea diaree, pierderi ponderale, anemie şi incapacitatea de a lua în greutate.

Semnele şi simptomele pot să apară la mai multe luni sau chiar ani după ce vă întoarceţi din zona respectivă. Cauza acestei afecţiuni este incertă, dar este posibil să fie vorba de o infecţie.

Testele diagnostice sunt practic aceleaşi ca şi pentru sprue celiac. Tratamentul pentru sprue tropical de obicei constă în suplimente vitaminice şi un antibiotic cum este tetraciclina. Nu este de obicei nevoie de o dietă specială. În funcţie de severitatea bolii dumneavoastră puteţi lua antibiotice până la 6 luni.

Suprapopularea bacteriană

În mod normal suprapopularea cu bacterii a intestinului subţire nu este o problemă, deoarece mişcările musculare constante ale intestinului (peristaltica) îndepărtează bacteriile.

Totuşi, în anumite condiţii, bacteriile intestinale pot creşte până la un punct în care să cauzeze malabsorbţie. Situaţia poate să apară la cei cu diabet.

Alte afecţiuni care pot predispune o persoană la acest tip de suprapopulare bacteriană include dezvoltarae unor pungi la nivelul intestinului subţire (diverticuli), existenţa unor zone îngustate (stricturi) ale intestinului subţire şi afectarea intestinului subţire de către radiaţii (enteropatia radică).

Suprapopularea bacteriană poate fi de asemenea observată după intervenţiile chirurgicale la nivel intestinal, în care segmente ale intestinului subţire sunt scurtcircuitate. Diagnosticul este pus pe mostre preluate de la nivelul intestinului subţire sau uneori prin teste indirecte care implică prelevări de sânge, aer respirat sau urină. Tratamentul se face cu antibiotice, adeseori administrate intermitent, de exemplu timp de o săptămână în fiecare lună.

Sclerodermia

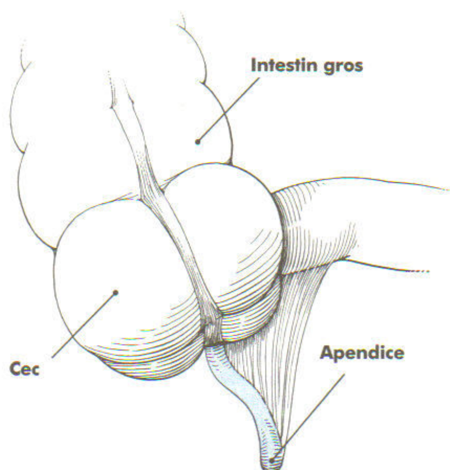
Când sclerodermia afectează intestinul, determină atrofia pereţilor săi musculari, ceea ce poate împiedica absorbţia nutrienţilor şi poate afecta peristaltica. Deoarece boala evoluează progresiv şi se poate extinde la alte organe, medical este cunoscută ca scleroză sistemică progresivă (SSP). Cauza acestei boli pe termen lung (boală cronică) este necunoscută. SSP poate determina formarea unor saci (diverticuli) la nivelul intestinului subţire şi poate restricţiona peristaltica intestinului subţire, determinând suprapopulare bacteriană. Aceasta la rândul ei poate duce la diaree severă. Antibioticele, administrate într-o manieră ciclică (de regulă o săptămână în fiecare lună) pot fi utile.

SIDA

Sindromul imunodeficienţei dobândite (SIDA) poate de asemenea să cauzeze malabsorbţie. Principalele semne, diareea şi pierderea ponderală, se crede că sunt rezultatul infecţiilor de la nivelul intestinului subţire şi colonului.

Boala Whipple

Boala Whipple este un tip foarte rar de malabsorbţie care afectează mai ales bărbaţii peste 45 de ani. Maladia este probabil determinată de un microorganism infecţios identificat recent, bacteria *Tropheryma whippelii*. Semnele şi simptomele, cum sunt diareea, durerile abdominale, pierderea ponderală progresivă şi pigmentarea pielii pot să fie prezente. Infecţia poate determina febră uşoară.



Apendicele vermiform este ataşat cecului. El se poate inflama şi în lipsa tratamentului adecvat se poate rupe.

Diagnosticul este pus pe baza unei biopsii de la nivelul intestinului subţire, în timpul căreia o mostră tisulară este prelevată pentru examinarea de laborator. Utilizarea pe termen lung (12 - 18 luni) a antibioticelor, de obicei este eficientă pentru corectarea malabsorbţiei datorată acestei boli.

Amiloidoza

Amiloidoza este o boală produsă de o proteină denumită amiloid, prezentă în cantităţi excesive în mai multe ţesuturi şi la diferite niveluri. În funcţie de locul unde se formează depozitele de această proteină, consecinţele pot varia de la nesemnificative la severe. De exemplu, amiloidul la nivelul intestinului subţire va face ca epiteliul să fie cu aspect cauciucat, ferm şi ceros, determinând o malabsorbţie severă.

Diagnosticul acestei afecţiuni se pune pe baza biopsiei intestinale. Nu există nici o metodă pentru a preveni formarea depozitelor de amiloid. Tratamentul este orientat către atenuarea semnelor şi simptomelor sau către tratamentul unei afecţiuni subiacente care uneori este responsabilă pentru starea pacientului. Astfel de afecţiuni includ tuberculoza, boala Hodgkin şi artrita reumatoidă.

Tulburările intestinale cauzate de diabet

Diabetul vechi poate conduce la reducerea funcţiei nervilor autonomi care controlează activitatea musculară a stomacului. O afecţiune denumită gastropareză diabetică reduce activitatea cu rol de amestec şi propulsie a stomacului. Treptat, stomacul începe să semene cu un sac moale şi se măreşte. Semnele constau în voma unor cantităţi mari de lichide şi de alimente parţial digerate, care au fost ingerate cu până la 1-2 zile. Medicamente precum metoclopramidul (Reglan) sau eritromicina sunt uneori eficiente în tratamentul acestei afecţiuni.

Deteriorări asemănătoare ale nervilor care deservesc intestinul pot afecta propulsia activă a alimentelor la nivel intestinal. Diareea tinde să apară în timpul nopţii şi deoarece este afectată atât funcţia motorie cât şi funcţia senzitivă a sfincterului anal, poate să apară incontinenţă pentru fecale, mai ales în timpul somnului. De asemenea poate fi observat un grad de malabsorbţie.

Intoleranţa la lactoză

Lactoza, principalul carbohidrat din laptele de vacă, necesită prezenţa enzimei lactază pentru a putea fi digerată. Intoleranţa la lactoză apare atunci când învelişul intern al intestinului dumneavoastră subţire produce cantităţi reduse din această enzimă.

Intoleranţa la lactoză produce crampe abdominale, balonări, diaree, producţie excesivă de gaze atunci când mai mult de o anumită cantitate de lapte sau de produse lactate este ingerată. Cantităţile reduse de produse lactate de obicei nu produc apariţia semnelor şi simptomelor.

Aproximativ 70% din populaţia lumii este considerată a avea un nivel redus de lactază la nivelul intestinului subţire. Mai mult de

30 de milioane de americani pot avea un anumit grad de intoleranţă la lactoză.

Nivelurile reduse de lactază se pot asocia cu alte boli caracterizate prin malabsorbţie, cum sunt sprue celiac sau tropical, infecţiile virale sau bacteriene ale intestinului subţire sau fibroza chistică.

Dacă aveţi intoleranţă la lactoză, este necesar să eliminaţi toate produsele lactate din meniul dumneavoastră, cu excepţia cazului în care semnele şi simptomele dumneavoastră sunt severe. În loc de aceasta, reduceţi-vă consumul de produse lactate. Beţi lapte numai în timpul meselor şi încercaţi să vă obţineţi calciul necesar din brânză şi iaurt, care sunt produse lactate cu concentraţie mai redusă de lactoză decât laptele. O altă alternativă este să cumpăraţi un preparat comercial care conţine lactază, cum ar fi Lactaid sau Dairy Ease, pe care le puteţi amesteca cu laptele dumneavoastră. Aceste preparate convertesc lactoza în carbohidraţi simpli, care sunt absorbiţi cu uşurinţă.

Sindromul intestinului scurt

O serie de situaţii pot reduce aria suprafeţei intestinului dumneavoastră subţire. Îndepărtarea chirurgicală a unei porţiuni semnificative din intestin este una dintre cele mai obişnuite situaţii de acest gen. Distrugerile provocate de radioterapie sau de o boală care afectează intestinul pot de asemenea micşora lungimea intestinului dumneavoastră.

Deoarece datorită suprafeţei reduse absorbţia nutrienţilor poate fi împiedicată, aceasta poate conduce la probleme de malabsorbţie denumite sindromul de intestin scurt.

Deoarece diferiţi nutrienţi sunt absorbiţi în diferite zone ale intestinului subţire, tipul de malabsorbţie depinde de cât de mare şi de care parte a intestinului a fost îndepărtată.

De exemplu, îndepărtarea ultimei porţiuni a intestinului subţire, principala zonă pentru absorbţia vitaminei B_{12} şi a acizilor biliari, poate determina pierderi excesive de acizi biliari la nivel intestinal şi deficit de vitamina B_{12}. Dacă acizii biliari pătrund în colon, aceştia pot determina iritaţia sau inflamaţia învelişului intern al colonului, producând diaree apoasă.

Apendicita

Semne şi simptome

- Durere abdominală cu debut de obicei în jurul ombilicului şi care se localizează la nivelul părţii drepte inferioare a abdomenului
- Pierderea apetitului
- Greaţă şi uneori vomă
- Senzaţie iminentă neobişnuită de defecaţie
- Febră uşoară

Apendicele, o structură cavitară în formă de vierme, care este ataşată la nivelul primei porţiuni a intestinului gros (cecul), are aproximativ 9 cm lungime. Nu se cunoaşte exact care este funcţia lui, dar ar putea avea un rol în imunitatea de la nivel intestinal. Nu este întotdeauna evident de ce apendicele se poate inflama, umfla şi umple cu puroi, dar de multe ori apendicita se asociază cu obstrucţia.

Indivizii cei mai susceptibili de a face apendicită acută au între 10 şi 30 de ani, deşi afecţiunea poate să apară la orice vârstă. Apendicita poate fi în mod particular dificil de diagnosticat la copii şi la vârstnici.

Diagnostic

Medicul vă poate pune întrebări despre simptomele pe care le aveţi, inclusiv despre apetit, localizarea durerii şi nevoia imperioasă de a elimina gaze sau materii fecale. La examinarea abdomenului sensibilitatea este un semn important. În funcţie de simptomele dumneavoastră, pot fi efectuate o analiză sangvină şi o ecografie sau tomografie computerizată a abdomenului.

Cât de gravă este apendicita?

Majoritatea cazurilor de apendicită nu sunt ameninţătoare de viaţă, dar afecţiunea necesită tratament prompt. Peritonita, o infecţie gravă a cavităţii abdominale, se poate produce dacă apendicele se rupe.

Tratament

Procedura standard este îndepărtarea apendicelui infectat pe cale chirurgicală. Acest lucru poate fi obţinut şi printr-o formă mai puţin invazivă de chirurgie denumită laparoscopie.

Diverticulul Meckel

Un diverticul este un săculeţ care apare la nivelul organelor cavitare, cum este intestinul. Diverticulul Meckel este un tip particular de diverticul prezent la naştere. Acesta se formează de obicei în porţiunea terminală a intestinului subţire (ileonul) şi este lung de aproximativ 5 cm.

Deşi această afecţiune cât se poate de obişnuită nu produce semne sau simptome, săculeţul se poate inflama şi poate sângera. În unele cazuri, în special la copiii mici, sângerarea se poate produce în urma formării unui ulcer la nivelul diverticulului.

Dacă inflamaţia diverticulului Meckel devine gravă, poate perfora peretele intestinal. Un diverticul Meckel se poate de asemenea răsuci sau poate hernia, producând ocluzie intestinală. Tratamentul oricăreia dintre aceste complicaţii presupune în general îndepărtarea pe cale chirurgicală a diverticulului.

Invaginaţia intestinală

Semne şi simptome

- Durere abdominală cu debut brusc şi intensitate foarte mare
- Slăbiciune şi letargie
- Vomă, adeseori cu conţinut bilios
- Materii fecale sangvinolente, care pot avea aspect de jeleu de coacăze
- Respiraţie superficială
- Stare de slăbiciune, transpiraţii, paloare

Invaginaţia este o afecţiune rară în care o porţiune a intestinului, de obicei a intestinului subţire, telescopează în alt segment intestinal. Este cea mai frecventă cauză de obstrucţie intestinală la copii între 3 luni şi 6 ani. Cauza este necunoscută, dar uneori poate exista o corelaţie între invaginaţie şi anumite infecţii virale.

De obicei invaginaţia se produce brusc la un copil anterior sănătos. Copilul are deodată o durere abdominală colicativă, puternică, care se produce la intervale apropiate. Iniţial, copilul se poate

juca normal între episoadele dureroase, dar cât de curând devine slăbit şi letargic.

Invaginaţia la adulţi nu este obişnuită şi spre deosebire de copii, este de obicei asociată cu o boală intestinală.

Diagnostic

Când copilul prezintă aceste semne şi simptome, nu întârziaţi şi sunaţi-vă doctorul. Semnele şi simptomele împreună cu datele obţinute la examenul clinic pot fi suficiente pentru a stabili diagnosticul, dar adeseori alte analize, cum ar fi radiografiile abdominale şi radiografia cu bariu pot fi necesare – vezi cap. 39 "Teste diagnostice" pentru mai multe informaţii despre aceste investigaţii.

Cât de gravă este invaginaţia?

Netratată, afecţiunea poate fi foarte gravă. Majoritatea copiilor îşi revin dacă tratamentul este instituit în primele 24 h de la apariţia semnelor şi simptomelor.

Tratament

Clisma cu bariu utilizată pentru diagnostic poate fi suficientă pentru a împinge intestinul telescopat înapoi la locul său. Rata recurenţei poate ajunge până la 10%. În multe cazuri, este necesar tratament chirurgical. De obicei, recurenţele nu mai apar după tratamentul chirurgical.

Enteropatia cu pierdere de proteine

Semne şi simptome

- Sânge în scaun
- Edeme generalizate

Unele afecţiuni gastro-intestinale pot produce scurgerea proteinelor plasmatice către tractul gastro-intestinal şi excreţia acestora în scaun. Proteinele plasmatice pot trece în tractul gastro-intestinal printr-o mucoasă intestinală inflamată sau ulcerată, cum este în cazul colitei ulcerative şi a enteritelor localizate. Efectul este scăderea nivelului proteinelor sangvine, ceea ce determină edemul generalizat.

Limfangiectazia intestinală este un timp de boală intestinală cu pierdere de proteine, în care dilatarea canalelor limfatice de la nivelul intestinului subţire conduce la pierderea de proteine şi grăsimi de la nivelul acestor canale limfatice către intestin. Copiii şi adulţii tineri sunt categoriile cele mai frecvent afectate de această maladie. Principalul tratament este alimentaţia săracă în grăsimi.

Boala inflamatorie a intestinului

Boala inflamatorie a intestinului este un termen utilizat de obicei pentru a descrie 2 afecţiuni asemănătoare care implică tractul gastro-intestinal şi a căror cauză nu a fost identificată. Aceste afecţiuni sunt boala Crohn şi colita ulcerativă.

Semnele şi simptomele bolii Crohn

- Diaree pe termen lung (cronică)
- Durere şi crampe abdominale
- Sânge în scaun
- Febră
- Oboseală
- Pierdere ponderală
- Durere la nivelul articulaţiilor
- Leziuni cutanate

Boala Crohn, denumită uneori şi ileită sau enterită regională sau colită granulomatoasă, reprezintă o inflamaţie cronică a intestinului. Adeseori, cuprinde partea terminală a intestinului subţire (ileonul). Totuşi, poate afecta de asemenea colonul sau orice altă porţiune a tractului digestiv. Inflamaţia adeseori cuprinde întreaga grosime a peretelui intestinal.

Boala Crohn apare la aproximativ 7 persoane din 100 000 în fiecare an. Oricine poate fi afectat, dar oamenilor cu această boală li se pune de obicei diagnosticul între 15 şi 35 de ani. Influenţe ereditare sau ambientale pot fi importante în dezvoltarea bolii Crohn. Aproximativ 1 din 5 indivizi cu boală Crohn are o rudă cu boală Crohn sau cu colită ulcerativă. Evreii de origine europeană sunt mai predispuşi la a face boală inflamatorie a intestinului.

Diagnostic

Semnele şi simptomele bolii Crohn pot consta în diaree persistentă, durere abdominală, febră şi oboseală accentuată. Din când în când poate fi prezent sânge în materiile fecale. Scăderea ponderală semnificativă este obişnuită.

O radiografie cu bariu a intestinului subţire poate arăta zone cu aspect anormal. Segmentele intestinale pot fi neregulate şi mai puţin flexibile decât în mod normal. Uneori un medic efectuează o procedură denumită colonoscopie pentru a examina învelişul intern al intestinului gros şi ultimii centimetri ai ileonului. O tomografie computerizată poate să arate mase fibroase sau prezenţa unui abces.

Cât de gravă este boala Crohn?

Evoluţia bolii Crohn variază foarte mult de la o persoană la alta. Unii indivizi cu boala Crohn nu prezintă semne sau simptome (sunt asimptomatici) după 1-2 episoade iniţiale. Alţii au episoade recurente de durere abdominală, diaree şi febră. Boala Crohn este de obicei o boală pe termen lung (cronică), dar puteţi avea perioade lungi de remisie.

Diareea poate fi debilitantă până la punctul malnutriţiei severe. Episoadele de durere abdominală după ingestia de alimente, datorate accentuării obstrucţiei intestinale, vă pot face să evitaţi să mâncaţi datorită disconfortului.

Complicaţiile bolii Crohn sunt multe şi variate. Obstrucţia progresivă, în special a intestinului subţire, este cel mai comun motiv pentru tratamentul chirurgical al bolii Crohn. Simptomele obstrucţiei se dezvoltă de obicei gradat, de-a lungul unei perioade lungi de timp.

Fistulele şi fisurile anale şi rectale, şi din jurul acestor zone sunt obişnuite. O fistulă reprezintă o comunicaţie anormală între 2 segmente ale intestinului sau între intestin şi piele. Fistulele pot de asemenea să apară între intestin şi vagin sau vezica urinară. O fisură anală este o crăpătură sau o despicătură la nivelul anusului sau a tegumentelor din jurul anusului.

Când se produc fistulele interne, alimentele ocolesc zonele intestinale în care s-ar putea efectua absorbţia. În cazul fistulelor externe, se poate produce eliminarea continuă a conţinutului intestinal la suprafaţa pielii, producând uneori infecţii. Hemoragiile intestinale pot fi de asemenea prezente în cazul bolii Crohn.

Dacă aveţi boala Crohn, puteţi avea semne şi simptome neasociate cu tractul digestiv. Acestea pot consta în artrită (în special la nivelul articulaţiilor mari) sau inflamaţie la nivel ocular sau tegumentar. Din când în când puteţi avea inflamaţie a ductelor biliare (colangită sclerozantă primară). Mai mult, apariţia pietrelor la rinichi şi la nivelul veziculei biliare este frecventă la cei cu boală Crohn.

Tratament

Nu există tratament care să vindece pentru boala Crohn. Scopul tratamentului este diminuarea inflamaţiei care declanşează apariţia semnelor şi simptomelor acestei boli. Uneori, aceasta poate determina nu doar ameliorarea simptomelor, dar chiar remisia pe termen lung. Tratamentul de obicei constă în administrarea de medicamente sau tratament chirurgical. Dacă boala Crohn pe care o aveţi este asimptomatică sau în remisie, tratamentul poate fi inutil.

Tratament medicamentos

Medicamentele pe care le puteţi primi depind de tipul şi gravitate semnelor şi simptomelor pe care le aveţi. Dacă acestea constau mai ales în scaune nelegate frecvente în fiecare zi, doctorul vă poate prescrie medicamente antidiareice sau un preparat pentru volumizarea scaunului care conţine fibre vegetale. Dacă boala pe care o aveţi este mai activă, doctorul dumneavoastră poate lua în considerare medicamentele antiinflamatorii cum sunt sulfasalazina (Azulfidine). Sulfasalazina a fost prescrisă timp de aproape 60 de ani pentru a trata boala Crohn şi colita ulcerativă. Este adeseori eficientă, dar poate avea mai multe efecte secundare cum sunt reducerea apetitului, greaţa, voma, rashul cutanat şi durerile de cap.

Dacă sulfasalazina nu este eficientă sau nu o toleraţi bine, medicamente mai noi, care acţionează în mod asemănător, cum sunt mesalamina (Asacol, Rowaza) sau olsalazina (Dipentum) pot fi utilizare. Ambele determină mai puţine efecte secundare. Mesalamina este de asemenea disponibilă sub formă de supozitoare şi sub formă de clisme, ambele forme fiind utile când boala este limitată la nivelul părţii inferioare a colonului sau la nivelul rectului.

Corticosteroizii, un alt tip de medicaţie antiinflamatorie, sunt prescrişi mai ales pentru formele de boală moderat-severe care nu răspund la alte tratamente. Corticosteroizii sunt adeseori eficienţi, dar pot produce multe efecte secundare cum sunt umflarea feţei, acnee, pilozitate facială excesivă, transpiraţii nocturne, insomnie, iritabilitate, hiperactivitate. Efecte secundare mai grave sunt hipertensiunea arterială, diabetul, osteoporoza, cataracta şi scăderea rezistenţei la infecţii.

Unii dintre cei mai frecvent utilizaţi corticosteroizi sunt prednisonul (Deltasone, Sterapred), metilprednisolonul (Medrol) şi hidrocortizolul (Cortef, Hydrocortone). Medicamente mai noi şi care acţionează mai lent, cum este budesonida (Entocort) se dovedesc a fi mai sigure şi mai eficiente pentru formele uşoare-moderate de boală Crohn care afectează intestinul subţire. Corticosteroizii sunt administraţi cel mai frecvent pe cale orală, deşi ei pot fi administraţi şi pe cale rectală sub formă de supozitoare, clisme sau spume.

Cercetătorii studiază preparate noi cu corticosteroizi şi alte medicamente care au mai puţine efecte secundare şi activitate antiinflamatorie mai puternică.

Unii medici recomandă o cură de terapie imunosupresivă. Medicamentele imunosupresoare au ca ţintă sistemul imun, care poate determina sau poate contribui la producerea inflamaţiei. Medicamente cum sunt azatioprina (Imuran) sau 6-Mercaptopurina (6-MP) sunt cele mai frecvent utilizate imunosupresoare. Totuşi, pot fi necesare până la 3 luni de tratament până când aceste medicamente să înceapă să devină eficiente. Infliximabul (Ramicade), un imunosupresor produs recent,

Nutriţia şi boala Crohn

Capacitatea de a absorbi cantităţile necesare de nutrienţi este adeseori limitată în cazul indivizilor cu boală Crohn, mai ales dacă boala afectează porţiuni întinse ale intestinului subţire sau dacă porţiuni ale intestinului subţire au fost îndepărtate chirurgical.

Medicul poate recomanda suplimentarea specifică a anumitor vitamine sau minerale, dacă există dovezi ale deficitului acestora. Nu este neobişnuit pentru persoanele cu boală Crohn să aibă un deficit de vitamină B_{12}, aceasta fiind absorbită în segmentele inferioare ale intestinului subţire (la nivelul ileonului). Vitamina B_{12} poate fi cu uşurinţă înlocuită prin injecţii efectuate lunar.

Acizii biliari sunt de asemenea absorbiţi în această porţiune a intestinului subţire. Dacă acizii biliari nu sunt absorbiţi din intestinul subţire, ei pot provoca diaree prin iritaţia mucoasei colonului şi prin interferenţa cu absorbţia apei. Un medicament care leagă acizii biliari, cum este colestiramina (Questran) poate reduce cantitatea de acizi biliari liberi găsiţi în materiile fecale.

Evitarea alimentelor şi băuturilor care agravează semnele şi simptomele este utilă mai ales în timpul episoadelor de acutizare ale bolii. Alte sugestii privitoare la dietă constau în limitarea aportului de produse lactate, introducerea în dietă a alimentelor cu conţinut redus de grăsimi, consumul unor mese cu volum redus şi ingestia de lichide suficiente, dar care să nu conţină cafeină, alcool sau carbohidraţi.

Unii medici recomandă utilizarea unor diete elementare alcătuite din preparate lichide ce conţin carbohidraţi simpli, aminoacizi şi minerale, în special pentru oamenii cu boală Crohn activă care au deficit nutriţional. Anumitor indivizi trebuie să li se administreze toţi nutrienţii pe cale intravenoasă timp de săptămâni sau chiar luni în timpul puseelor severe de boală Crohn.



este făcut pentru a neutraliza o proteină naturală denumită factorul de necroză tumorală, care produce inflamaţia. Metotrexatul (Rheumatrex) şi ciclosporina (Neoral, Sandimmune) sunt uneori recomandate pentru indivizii care nu răspund cum trebuie la alte tratamente, dar utilizarea pe termen lung a acestor medicamente poate avea efecte secundare semnificative.

Antibioticele cum este metronidazolul (Flagyl) pot fi de asemenea eficace, mai ales în caz de fistule sau abcese în regiunea anală. De obicei, aceste medicamente trebuie luate un timp nedeterminat, nu doar pentru a vindeca fistulele sau abcesele dar şi pentru a preveni recurenţele. Ocazional, metronidazolul este utilizat pentru boala Crohn a colonului. Metronidazolul poate produce amorţeală sau furnicături la nivelul degetelor de la mâini şi de la picioare dacă este utilizat mai multe luni la rând. Dacă acest lucrul se întâmplă, discutaţi cu doctorul. O alternativă la metronidazol este ciprofloxacinul (Cipro), care produce din ce în ce mai puţine efecte secundare şi care devine din ce în ce mai popular.

Tratament chirurgical

Aproximativ 70% dintre oamenii cu boală Crohn necesită cel puţin o operaţie la un moment dat. Intervenţiile sunt de obicei efectuate pentru complicaţii ale bolii, cum sunt sângerarea continuă, obstrucţia, abcesele sau perforaţia intestinală.

Tratamentul chirurgical constă de obicei în îndepărtarea segmentului intestinal afectat şi unirea celor două capete ale intestinului sănătos restant.

Uneori segmentul obstruat poate fi ocolit în loc să fie îndepărtat. Chirurgul dumneavoastră poate de asemenea să închidă fistulele sau să îndepărteze ţesutul cicatricial care s-a format şi care blochează sau îngustează lumenul

Colostomia, ileostomia şi anastomoza ileoanală

Colostomia, ileostomia şi anastomoza ileoanală sunt proceduri chirurgicale utilizate în tratamentul bolilor precum boala Crohn, colita ulcerativă şi cancerul de colon. Toate 3 procedurile modifică traseul fiziologic de eliminare a materiilor fecale.

Colostomia

În timpul colostomiei, chirurgul efectuează o incizie pentru a examina colonul şi dacă este posibil pentru îndepărtarea zonelor afectate. Uneori anusul şi rectul sunt îndepărtate şi zona anală este închisă definitiv. O altă incizie este efectuată la nivelul peretelui abdominal şi o secţiune a colonului este trasă prin această deschizătură (stomă). Un săculeţ este ataşat bine deasupra deschiderii. Fecalele vor curge în săculeţ, care va fi golit periodic.

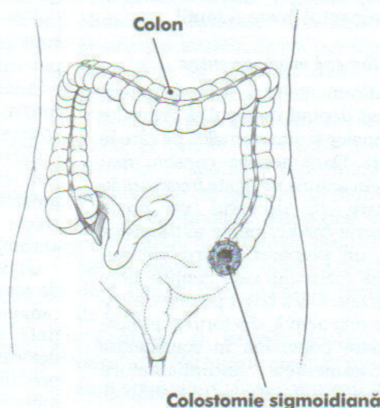
Colostomiile sunt diferenţiate pe baza porţiunii de colon care este scoasă la nivelul stomei. De exemplu, o colostomie sigmoidiană implică sigmoidul. Consistenţa materiilor fecale depinde de nivelul la care intestinul a fost întrerupt. În cazul în care porţiunea iniţială a colonului se goleşte în săculeţ, scaunul va fi moale. Dacă porţiunea inferioară a colonului este scoasă la nivelul stomei, scaunul va fi mai format deoarece mai mult lichid a fost absorbit la nivelul colonului.

Deşi multe colostomii sunt permanente, uneori este efectuată o colostomie temporară pentru a permite unei porţiuni din intestin să se vindece după traumatism sau după boală. După ce zona s-a vindecat, stoma este închisă şi intestinul este reconectat, astfel încât eliminarea normală a deşeurilor să se poată produce.

Ileostomia

Această procedură de obicei este utilizată după îndepărtarea în totalitate a colonului şi a rectului. În timpul unei ileostomii convenţionale, o porţiune a intestinului subţire este scoasă afară prin stoma creată la nivelul peretelui abdominal. La fel ca în cazul colostomiei, şi ileostomia presupune ca un săculeţ să fie purtat peste stomă pentru a colecta deşeurile, care în acest caz au consistenţă lichidă deoarece colonul a fost îndepărtat şi la acest nivel s-ar fi absorbit în mod normal majoritatea lichidului. Uneori, o colostomie poate fi o procedură temporară pentru a oferi suficient timp de vindecare intestinului.

O variantă a ileostomiei standard este denumită ileostomie continentă (săculeţul Kock), în care este utilizată o porţiune din intestinul subţire pentru a construi un săculeţ intern şi o valvă pentru deşeuri. Acest săculeţ poate să stocheze intern timp de câteva ore deşeurile pe care le produceţi, eliminând nevoia unui sac extern. Ulterior, vă veţi putea goli săculeţul atunci când veţi dori, utilizând un tub subţire (cateter)



Prin efectuarea unei colostomii sigmoidiene, chirurgul modifică traiectul normal pentru eliminarea materiilor fecale. Intestinul restant este adus la exterior printr-o stomă practicată la nivelul peretelui abdominal. Materiile fecale sunt eliminate într-un saculeţ ataşat etanş la nivelul deschiderii.

intestinal. Totuşi, tratamentul chirurgical de cele mai multe ori nu aduce vindecarea şi boala Crohn poate să reapară la alt nivel al tractului dumneavoastră intestinal.

În unele cazuri, poate fi efectuată o ileostomie. În cazul acestei operaţii, întregul colon, rectul şi anusul pot fi îndepărtate. Ultima porţiune a intestinului subţire este adusă la suprafaţă printr-o deschidere (stomă) la nivelul peretelui abdominal, pentru a evacua materiile fecale. Un săculeţ de plastic în care sunt evacuate fecalele este ataşat la piele în jurul stomei.

Semnele şi simptomele colitei ulcerative

- Diaree sangvinolentă care poate conţine mucus
- Durere abdominală
- Scaune imperioase şi dureroase
- Febră
- Pierdere ponderală
- Dureri articulare
- Leziuni cutanate

Spre deosebire de boala Crohn, care poate afecta orice porţiune a tractului intestinal, colita ulcerativă este localizată doar la nivelul colonului. Ca şi în cazul bolii Crohn, cauza colitei ulcerative este necunoscută.

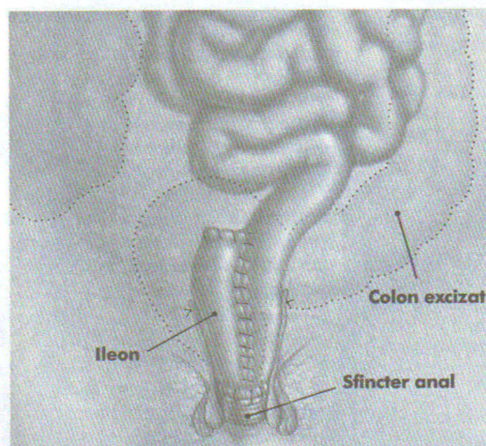
Colita ulcerativă este o boală cronică în care o reacţie inflamatorie caracterizată prin mici ulceraţii şi abcese de dimensiuni reduse se produce la nivelul stratului intern al colonului. Afecţiunea implică aproape întotdeauna rectul şi se poate extinde la întreg colonul. Întinderea colonului afectat variază de la o persoană la alta. Dacă inflamaţia este limitată la nivelul rectului, poate fi utilizat termenul de *proctită ulcerativă*.

introdus prin stomă. Ileostomia şi metoda săculeţului Kock sunt proceduri utilizate mai rar, fiind înlocuite în mare parte de anastomoza ileo-anală.

Recuperare

Atât în cazul colostomiei cât şi în cazul ileostomiei, este necesară o perioadă de adaptare. În această perioadă poate fi de ajutor un terapeut specializat în lucrul cu bolnavii cu stomă.

- În timpul primele 6 – 8 săptămâni după operaţie, nu ridicaţi, împingeţi sau trageţi mai mult de 2-5 kg. În general, exerciţiile simple, cum sunt plimbarea şi înotul sunt activităţi bune pentru a vă tonifia muşchii şi pentru a vă menţine tractul digestiv în condiţii de funcţionare corespunzătoare.



În timpul anastomozei ileo-anale, chirurgul îndepărtează colonul şi mucoasa rectală, creează un săculeţ de forma literei J din ultima porţiune a intestinului subţire (ileonul), apoi reataşează săculeţul la sfincterul anal. Păstrarea intactă a sfincterului anal şi a muşchilor rectali contribuie la menţinerea unei eliminări aproape normale a materiilor fecale.

- Majoritatea doctorilor recomandă abstinenţă sexuală un timp după operaţie. Disfuncţia sexuală poate să apară imediat după operaţie. Dacă apar durere la nivel vaginal sau incapacitatea de a avea erecţie, acestea pot fi temporare. Dacă problemele persistă, discutaţi cu medicul dumneavoastră.

Anastomoza ileo-anală

O anastomoză ileo-anală este cea mai comună procedură chirurgicală pentru colita ulcerativă. Ea constă în îndepărtarea colonului şi a rectului printr-o incizie la nivelul abdomenului. Chirurgul îndepărtează învelişul intern de la nivelul anusului, dar păstrează cu grijă muşchii sfincterieni. Un săculeţ de forma literei J este confecţionat din porţiunea terminală a ileonului pentru a depozita materiile fecale, scăzând astfel numărul scaunelor pe care le aveţi. O ileostomie temporară este necesară pentru ca materiile fecale să ocolească săculeţul ileal, până când noua zonă a intestinului se vindecă (în jur de 2-3 luni).

Recuperare

După o durere iniţială probabil că veţi începe cât de repede să vă simţiţi mai bine. Mulţi oameni, slăbiţi de boala pe care o au, sunt surprinşi să constate că au luat în greutate şi le creşte puterea atât de rapid după operaţie. Până în momentul în care se întorc la spital pentru a li se închide ileostomia, deja se simt mult mai bine decât s-au simţit de ani de zile. O dată închisă ileostomia, aşteptaţi-vă să aveţi scaune frecvente timp de câteva luni. De obicei, primul scaun se produce la aproximativ 3 zile de la închiderea stomei. Săculeţul confecţionat din porţiunea terminală a ileonului creşte treptat în dimensiuni. Pe măsură ce acesta devine din ce în ce mai mare, el poate depozita mai multe materii fecale şi numărul zilnic al scaunelor se va reduce. Dacă incontinenţa reprezintă o problemă, medicul dumneavoastră vă poate prescrie un medicament pentru a vă încetini tranzitul intestinal şi pentru a creşte consistenţa materiilor fecale.

Deşi colita ulcerativă poate să apară oricând în timpul vieţii, apare cel mai frecvent între 15 şi 35 de ani. Se poate produce la persoanele de toate rasele şi etniile, dar se pare că riscul este mai mare pentru albi. De asemenea, colita ulcerativă prezintă agregare familială.

Diagnostic

Colita ulcerativă este adeseori depistată în timpul unei proceduri denumită colonoscopie, în timpul căreia un tub subţire şi flexibil, de care este ataşată o cameră de luat vederi, este introdus în colon. Dacă ţesuturile sunt inflamate, pereţii intestinali vor sângera chiar şi la atingeri uşoare cu colonoscopul. O mostră tisulară poate fi prelevată de la nivelul ariei bolnave pentru analize (biopsie). O procedură similară, denumită sigmoidoscopie flexibilă, poate fi efectuată în locul colonoscopiei. Aceasta examinează doar partea terminală a colonului. Analizele sangvine sau radiografiile pot fi de asemenea efectuate.

Cât de gravă este colita ulcerativă?

Uneori, colita ulcerativă poate să nu prezinte semne şi simptome. Alteori, se poate produce inflamaţia colonului, determinând diaree apoasă. Astfel de puseuri pot alterna cu perioade de remisie.

La aproximativ 15% dintre oamenii cu colită ulcerativă, boala afectează întregul colon şi poate produce diaree sangvinolentă gravă, febră şi durere abdominală. Semnele şi simptomele, care se înrăutăţesc progresiv, pot chiar constitui o urgenţă medicală datorită riscului de dilataţie a colonului (megacolon toxic) şi de perforaţie a colonului puternic inflamat.

Colita ulcerativă poate produce semne şi simptome diverse în alte părţi ale corpului. Acestea pot consta în dureri sau inflamaţie la nivelul articulaţiilor mari, cel mai adesea genunchii, gleznele şi încheieturile mâinilor. Anomaliile cutanate care pot să apară în colita ulcerativă sunt ulceraţiile tegumentare cronice (pyoderma gangrenosum) şi proeminenţe roşii şi sensibile care se transformă în zone întunecate care arată precum vânătăile (erythema nodosum). Se pot produce de asemenea inflamaţii oculare acute. Rareori, boala poate afecta curgerea bilei la nivelul ficatului, o afecţiune denumită colangită sclerozantă primară.

La persoanele care au avut boala timp de cel puţin 8-10 ani şi la care mai mult de jumătate din colon este afectat, este crescut şi riscul pentru cancer de colon. În cazul persoanelor care au afectări mai puţin întinse, riscul pentru cancerul de colon este mai mic şi nesemnificativ în primii 15-20 de ani de la debutul colitei. Riscul de cancer de colon creşte cu timpul. Totuşi, cancerul se poate dezvolta chiar dacă semnele şi simptomele sunt minime.

Medicul poate sugera examinarea periodică a colonului, cu prelevarea de biopsii din ţesutul colonic pentru a identifica modificările sugestive pentru cancer. În cazul în care astfel de modificări sunt identificate, o opţiune este îndepărtarea colonului pentru a preveni cancerul.

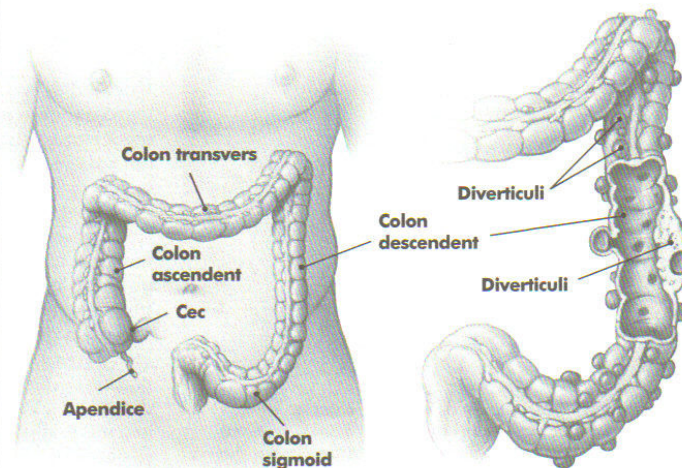
Tratament

Scopul tratamentului este să controleze procesul inflamator, să amelioreze semnele şi simptomele, şi să prevină complicaţiile.

Tratamentul medicamentos

Principalele medicamente utilizate în tratamentul colitei ulcerative sunt agenţii antiinflamatori. Sulfasalazina (Azulfadine) este de obicei folosită în caz de acutizări minore ale bolii şi pentru menţinerea remisiilor. Mesalamina (Asacol, Rowasa), Olsalazina (Dipentum) şi valsalazida (Colazal) sunt derivaţi de sulfasalazină şi conţin ingredientul activ 5-ASA. Aceste medicamente pot fi utilizate dacă nu puteţi tolera sulfasalazina sau aceasta este ineficientă. Mesalamina este disponibilă şi sub formă de supozitoare sau clisme.

Corticosteroizii sunt de obicei rezervaţi pentru cei cu semne şi simptome mai severe, deoarece aceste medicamente pot provoca mai multe efecte secundare cum sunt umflarea feţei, acnee, pilozitatea facială excesivă, transpiraţii nocturne, insomnie, iritabilitate şi hiperactivitate. Efecte secundare mai grave, mai ales în cazul în care medicamentele sunt utilizate pe termen lung, sunt hipertensiunea arterială, diabetul, osteoporoza, cataracta şi o susceptibilitate crescută la infecţii. Dacă procesul inflamator este localizat la nivelul rectului, o clismă cu corticosteroizi poate fi utilă pentru



Zona în care apar cel mai frecvent diverticulii este reprezentată de intestinul gros (colon). Atunci când un diverticul se inflamează sau se infectează, afecţiunea este denumită diverticulită.

suprimarea inflamaţiei şi atenuarea semnelor şi simptomelor.

Terapia imunosupresivă poate fi de ajutor în cazul formelor severe de boală. Ciclosporina (Neoral, Sandimmune), un agent imunosupresor puternic, s-a dovedit promiţătoare pentru tratamentul unor cazuri selectate de colită ulcerativă severă. Ciclosporina poate avea totuşi efecte secundare semnificative, cum sunt hipertensiune arterială şi afectări ale ficatului şi rinichilor iar utilizarea ei necesită supraveghere atentă din partea medicului.

Tratamentul chirurgical

Aproximativ 25 – 40% dintre persoanele cu colită ulcerativă necesită tratament chirurgical la un moment dat. Tratamentul chirurgical este adeseori necesar atunci când boala nu răspunde la tratamentul medicamentos sau determină apariţia complicaţiilor severe.

Tendinţa actuală este aplicarea tratamentului chirurgical precoce în cursul bolii, atunci când există semne că inflamaţia nu răspunde la tratamentul medicamentos, în loc de a aştepta până când individul devine slăbit. Riscul de cancer poate fi şi el o indicaţie pentru tratamentul chirurgical. După aproximativ 10 ani, riscul de cancer de colon creşte, mai ales când colita afectează cea mai mare parte a colonului sau tot colonul.

Operaţia cel mai frecvent efectuată este excizia completă a colonului şi a rectului, cu anastomoză ileo-anală. Spre deosebire de alte tehnici chirurgicale, anastomoza ileo-anală nu este atât de mutilantă deoarece aceasta permite ajungerea materiilor fecale la nivelul anusului şi este de obicei bine tolerată.

Nutriţia

Nu a fost identificat nici un aliment care să înrăutăţească sau să amelioreze colita ulcerativă, deşi este cel mai bine să evitaţi alimentele care agravează semnele şi simptomele bolii.

Diverticuloza şi diverticulita

Semne şi simptome

- Durere
- Sensibilitate abdominală
- Febră
- Sângerare
- Constipaţie sau diaree

Diverticuloza este denumirea pentru formarea unor săculeţe de dimensiuni reduse (diverticuli) la nivelul peretelui colonic. Majoritatea celor cu diverticuloză nu prezintă semne sau simptome, de obicei afecţiunea rămânând nedescoperită sau este identificată în timpul unor teste diagnostice efectuate pentru alte motive. Uneori, un astfel de săculeţ poate sângera, avertizând doctorul asupra existenţei acestei afecţiuni.

Când apare inflamaţia la nivelul unuia sau mai multor săculeţe sau în jurul acestora, afecţiunea este denumită diverticulită. Diverticulita este mai probabil să apară la nivelul porţiunii inferioare a colonului (sigmoidul) şi poate fi cauzată de alimentele nedigerate şi de acumularea bacteriilor la nivelul diverticulilor. Inflamaţia poate altera aprovizionarea cu sânge a acestor săculeţe, făcându-le susceptibile la invazia bacteriană. Efectul poate varia de la un abces de dimensiuni reduse până la infecţia masivă sau perforaţie. Procesul seamănă cu apendicita, cu excepţia faptului că se produce la nivelul părţii stângi inferioare a colonului.

Simptomele diverticulitei constau în dureri cu caracter de crampe care de obicei sunt mai accentuate pe partea stângă. Pot fi de asemenea prezente febra şi greaţa. Uneori, un diverticul inflamat se poate rupe, împrăştiind conţinut intestinal în cavitatea abdominală. Acest lucru poate produce peritonită, o urgenţă medicală.

Cauze

Cauza diverticulozei este necunoscută, dar problemele diverticulare sunt mult mai frecvente în ţările industrializate cum ar fi SUA, fapt care i-a făcut pe anumiţi medici să presupună că aportul redus de fibre, caracteristic dietei vestice, poate fi un factor determinant.

Riscul de boală diverticulară creşte cu vârsta, probabil deoarece peretele muscular extern al colonului se îngroaşă în timp, îngustând lumenul colonic şi crescând astfel presiunea intracolonică. Presiunea asupra peretelui colonic poate fi de asemenea crescută de efortul efectuat în timpul expulziei unor materii fecale dure, care pot fi consecinţa unui aport redus de fibre. Creşterea presiunii poate face ca puncte slabe de la nivelul peretelui colonic să cedeze, formând săculeţe.

Tratament

Pentru diverticuloza fără semne şi simptome, tratamentul nu este de obicei necesar. O alimentaţie bogată în fibre şi consumul de lichide în cantitate suficientă pot reduce riscul complicaţiilor şi pot împiedica dezvoltarea altor diverticuli. În unele cazuri, poate fi prescrisă o medicaţie antispastică.

Tratamentul pentru diverticulită presupune adeseori repaus la pat, laxative, alimentaţie bogată în lichide şi antibiotice administrate pe cale orală în cazul în care inflamaţia este uşoară şi diverticulul nu s-a rupt. În caz de ruptură sau de infecţie larg răspândită, tratamentul intravenos cu antibiotice, efectuat în spital, poate fi necesar. Tratamentul chirurgical poate fi de asemenea necesar pentru a îndepărta segmentul afectat al colonului. În cazul semnelor şi simptomelor severe, o colostomie temporară (vezi pag. 876) poate fi necesară până la vindecarea colonului. Ulterior, după ce vindecarea s-a produs, este efectuată o altă operaţie pentru a repune colonul în circuit.

Sindromul de colon iritabil

Semne şi simptome

- Durere abdominală sau disconfort
- Balonare sau emisie de gaze
- Diaree
- Constipaţie
- Prezenţa de mucus în materiile fecale

Aproximativ 20% dintre americani prezintă din când în când semne şi simptome ale sindromului de colon iritabil. Deoarece semnele şi simptomele constau de cele mai multe ori în dereglări digestive obişnuite şi se pot produce intermitent, mulţi oameni nu caută niciodată ajutor medical. Totuşi, această afecţiune este una din principalele cauze de absenţă de la şcoală şi de la locul de muncă. Sindromul de colon iritabil debutează adesea în timpul adolescenţei sau la adulţii tineri. Se produce mai frecvent la femei decât la bărbaţi. Principalele semne şi simptome sunt durerea abdominală şi modificarea tranzitului intestinal.

Durerea se poate produce oriunde la nivelul abdomenului şi

poate fi intensă. Indigestia, durerile gastrice şi greaţa pot fi şi ele uneori prezente. În mod caracteristic, semnele şi simptomele se produc după o masă şi sunt ameliorate temporar de emisia unui scaun. Persoanele cu sindrom de colon iritabil acuză frecvent o senzaţie de balonare şi emisia excesivă de gaze, care de asemenea ameliorează starea de disconfort.

Constipaţia reprezintă de asemenea un semn frecvent. Scaunele pot avea aspect granular sau pot fi sub formă de mici biluţe sau materiile fecale pot avea formă alungită. Se poate produce şi diaree, care este semnul dominant în cazul multor persoane.

Cauze

Sindromul de colon iritabil este adeseori denumit colon spastic deoarece se consideră că este produs de activitatea musculară anormală a peretelui intestinal.

Cauzele acestei activităţi anormale sunt necunoscute. Uneori, afecţiunea poate fi agravată de anumite alimente, dar în cazul multor oameni stresul cronic şi depresia înrăutăţesc semnele şi simptomele.

Diagnostic

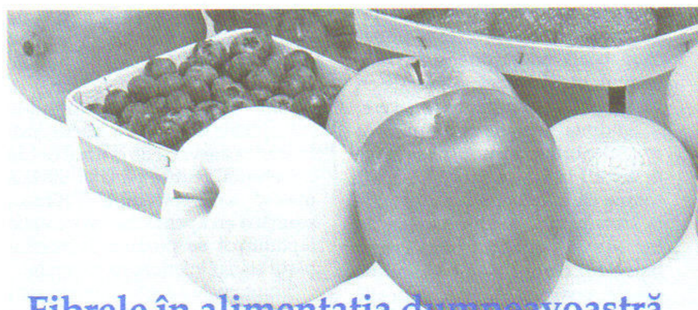
Diagnosticul de sindrom de colon iritabil se bazează în mare măsură pe o anamneză completă şi pe examenul clinic pentru a exclude cauze mai grave ale semnelor şi simptomelor. Medicul dumneavoastră poate de asemenea recomanda efectuarea mai multor teste, inclusiv analiza materiilor fecale, pentru a verifica existenţa unor infecţii sau a unor probleme de malabsorbţie. Medicul poate efectua o sigmoidoscopie flexibilă sau o colonoscopie. Aceste teste pot ajuta la excluderea unor afecţiuni mult mai grave cum sunt colita ulcerativă, boala Crohn şi cancerul ano-rectal. Vezi cap. 39,"Teste diagnostice", pentru mai multe informaţii despre aceste teste.

Puteţi efectua şi teste pentru a vedea dacă aveţi intoleranţă la lactoză. Lactaza este o enzimă necesară pentru digestia carbohidraţilor care se găsesc în produsele lactate. Dacă nu aveţi această enzimă, puteţi avea semne şi simptome asemănătoare cu acelea produse de sindromul de intestin iritabil, inclusiv durere abdominală, gaze abdominale şi diaree. Intoleranţa la lactoză poate coexista cu sindromul de intestin iritabil.

Deoarece de obicei nu există semne clinice de boală în cazul sindromului de intestin iritabil, diagnosticul este adeseori un proces de eliminare. Pentru a ajuta acest proces, cercetătorii au pus la punct o serie de criterii diagnostice cunoscute drept criteriile Roma pentru sindromul de colon iritabil şi pentru alte afecţiuni gastrointestinale funcţionale (afecţiuni caracterizate prin aspect normal al intestinului asociat cu funcţionare anormală a acestuia).

În conformitate cu aceste criterii, trebuie să aveţi anumite semne şi simptome înainte de a vi se pune diagnosticul de sindrom de colon iritabil. Cel mai important criteriu este durerea abdominală însoţită de diaree sau constipaţie care durează cel puţin 3 luni. Trebuie de asemenea să aveţi cel puţin două dintre următoarele semne şi simptome pentru o perioadă egală cu cel puţin un sfert din timp:

- O modificare a frecvenţei sau consistenţei materiilor fecale. De exemplu, puteţi să treceţi de la un scaun normal format o dată pe zi la mai multe scaune moi, sau puteţi avea doar un scaun dur o dată la 3-4 zile.
- Efort la defecaţie, senzaţie imperioasă de defecaţie sau senzaţia că nu vă puteţi goli intestinul complet.
- Prezenţa de mucus în materiile fecale.
- Balonare sau distensie abdominală.



Fibrele în alimentaţia dumneavoastră

În ultimii ani, americanii au devenit din ce în ce mai conştienţi de necesitatea unei cantităţi mai mari de fibre în alimentaţia lor. O dietă bogată în fibre poate ajuta la prevenirea constipaţiei şi poate reduce riscul de afecţiuni specifice cum sunt hemoroizii, boala diverticulară şi sindromul de intestin iritabil. Alte efecte benefice ale fibrelor constau în posibila scădere a colesterolului, iar în cazul persoanelor cu diabet în încetinirea absorbţiei carbohidraţilor, ceea ce poate reduce nevoia de insulină.

Rolul fibrelor în prevenirea cancerului de colon rămâne neclar. Unele studii sugerează că o dietă bogată în fibre reduce riscul de cancer de colon, dar alte studii nu aduc dovezi ale vreunui beneficiu.

Fibrele şi digestia

Alimentele bogate în fibre, denumite adeseori volumizatoare sau hrană indigestă cuprind cerealele integrale, fructele, legumele şi leguminoasele, cum sunt fasolea şi lintea. Acestea pot constitui surse mai bune de fibre decât suplimentele care conţin fibre.

Spre deosebire de majoritatea componentelor alimentare, fibrele nu sunt afectate de enzimele digestive. Ele trec practic nemodificate prin stomac şi prin intestinul subţirea până la nivelul colonului. În colon, unele tipuri de fibre sunt fermentate de către bacterii. Altele rezistă procesului de fermentaţie şi sunt eliminate în materiile fecale în formă nemodificată, fapt ce creşte greutatea şi volumul scaunului, pe lângă înmuierea acestuia. Un scaun voluminos este mai uşor de eliminat, reducând astfel riscul de constipaţie. Dacă aveţi scaune moi şi apoase, fibrele pot ajuta la întărirea acestora deoarece ele absorb apa adăugând astfel volum materiilor fecale.

Fibrele au şi câteva dezavantaje. Adeseori produc gaz în exces. La oamenii cu boală inflamatorie a colonului, fibrele pot înrăutăţi diareea,

Tratament

Sindromul de colon iritabil este o afecţiune cronică, ce poate fie să apară fie să dispară de-a lungul vieţii dumneavoastră, dar puteţi face o serie de lucruri pentru a-i minimaliza semnele şi simptomele

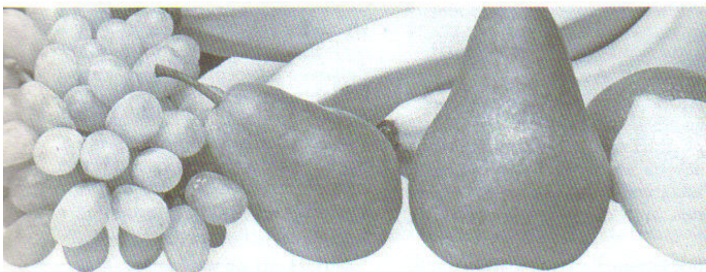
Mergeţi la medic

Semnele şi simptomele sindromului de colon iritabil pot fi asemănătoare cu cele ale unei boli grave. Este important să fiţi examinat complet, mai ales în cazul în care simptomele abia au apărut, pentru a fi sigur că problema dumneavoastră nu este determinată de ceva mai grav. Cunoaşterea faptului că simptomele pe care le aveţi nu se datorează unei boli grave vă poate uşura din punct de vedere psihic şi poate reduce stresul care ar putea contribui la afecţiunea dumneavoastră.

Alegeţi cu grijă alimentele

Dacă un anumit aliment pare că declanşează simptomele, eliminaţi-l din dieta dumneavoastră. Uneori, o dietă bogată în fibre, care să cuprindă fructe proaspete, legume şi suplimente cu fibre, este de ajutor. Totuşi, în cazul unor indivizi, aceeaşi dietă poate accentua balonarea şi producţia de gaz.

Însă nu eliminaţi un aliment doar pentru că a declanşat semne sau simptome o singură dată. O alimentaţie variată este importantă. Fiţi sigur că alimentul produce semne şi simptome de fiecare dată înainte de a renunţa la el. Mulţi oameni cu sindrom de intestin iritabil îşi restrâng alimentaţia la câteva tipuri de alimente şi se simt mai rău din cauza acestui lucru. Unele alimente, care cauzează probleme când sunt consumate în cantităţi mari, nu produc semne şi simptome când sunt ingerate în porţii mici sau ca parte a unui meniu complex.



durerea şi producţia de gaz. În plus, unele surse de fibre, cum sunt tărâţele de ovăz şi grâul de exemplu, pot îndepărta minerale (calciu, fier, zinc) din corpul dumneavoastră. Dacă aveţi o alimentaţie echilibrată şi consumaţi o cantitate potrivită de lapte împreună cu tărâţele de ovăz şi cu cerealele bogate în fibre, acest lucru de obicei nu constituie o problemă.

Creşterea aportului de fibre

Americanii consumă de obicei 10 - 15 g de fibre în fiecare zi. Recomandările sunt pentru de două ori această cantitate. Pentru a ajuta la asigurarea unui aport adecvat de fibre, sugestiile următoare pot fi de folos.

- *Obţineţi fibrele de care aveţi nevoie din alimente* – uneori oamenii presupun că dacă iau un supliment cu fibre nu mai trebuie să îşi supravegheze alimentaţia. Un supliment poate fi de ajutor, dar fibrele naturale, găsite în alimente, pot fi mai bune.
- *Mâncaţi alimente variate* – includeţi alimente bogate în fibre, cum sunt grăunţele, legumele, fructele proaspete şi leguminoasele. Alimentele bogate în fibre ce pot fi luate ca gustări sunt nucile, seminţele, floricelele de porumb, fructele proaspete sau uscate şi biscuiţii din făină integrală.
- *Limitaţi aportul de alimente procesate* – acestea de obicei conţin puţine fibre. Procesul de rafinare de cele mai multe ori îndepărtează învelişul extern al grăunţelor (tărâţele). Acesta este motivul pentru care produsele făcute cu făină integrală sunt mai bogate în fibre decât acelea făcute cu făină rafinată. În mod asemănător, îndepărtarea cojii fructelor şi legumelor reduce conţinutul acestora în fibre.
- *Creşteţi treptat aportul de fibre* – acest lucru va ajuta sistemul dumneavoastră digestiv să se adapteze la cantităţile crescute din acest agent volumizant. O creştere treptată poate de asemenea să prevină problemele datorate balonării şi gazelor

Consumaţi suficiente lichide

Lichidele ajută la ameliorarea constipaţiei şi înlocuiesc fluidele absorbite de fibre. Apa este cea mai bună. Băuturile care conţin cafeină sau alcool vă fac să urinaţi mai mult şi să pierdeţi astfel lichide. Ele pot de asemenea să agraveze diareea prin stimularea sau iritaţia intestinului dumneavoastră. Băuturile care conţin carbohidraţi pot produce balonare.

Mâncaţi la intervale regulate

Nu săriţi peste mese şi încercaţi să mâncaţi la aproximativ aceleaşi ore în fiecare zi, pentru a ajuta la reglarea funcţiei intestinului dumneavoastră. Dacă aveţi diaree, puteţi descoperi că atunci când mâncaţi mai des, dar porţii mai mici, vă simţiţi mai bine. Însă dacă sunteţi constipat, ingestia unor cantităţi mari de alimente bogate în fibre şi consumul de lichide suficiente pot ajuta la deplasarea alimentelor prin intestinul dumneavoastră.

Faceţi exerciţii fizice în fiecare zi

Efortul fizic ajută la îndepărtarea depresiei şi a stresului, stimulează contracţiile normale ale intestinului dumneavoastră şi vă poate ajuta să aveţi o părere mai bună despre propria persoană. Scopul dumneavoastră să fie un program de 30 de minute de exerciţii aproape în fiecare zi. Dacă aţi fost inactiv, începeţi uşor şi creşteţi treptat durata efortului.

Utilizaţi suplimente dacă este necesar

Suplimentele care conţin fibre sunt convenabile şi uneori sunt chiar necesare, mai ales pentru oamenii care au probleme atunci când mănâncă alimente bogate în fibre datorită faptului că acestea produc durere, crampe şi gaze. Deşi aceste simptome tind să dispară după câteva săptămâni, suplimentele cu fibre pot fi o alternativă dacă nu puteţi tolera alimentele bogate în fibre.

Abuzul de laxative



Rareori cineva are nevoie de laxative zilnic, însă cu toate acestea mulţi oameni le utilizează regulat. Unii indivizi iau laxative pentru a combate constipaţia. Alţii le iau regulat ca măsură preventivă, deşi nu sunt în realitate constipaţi. Există chiar şi unele persoane care iau laxative pentru a pierde în greutate.

Tipuri de laxative

Unul din cele mai vechi tipuri de laxative este uleiul de ricin. La nivelul intestinului subţire acesta suferă o transformare chimică şi devine un acid care stimulează activitatea intestinală şi împiedică peretele intestinal să absoarbă apa. Utilizarea prelungită a uleiului de ricin poate afecta celulele mucoasei intestinale.

Unele laxative acţionează prin inhibarea absorbţiei apei. Altele acţionează prin creşterea conţinutului de apă din colon şi sunt mai puţin iritante pentru intestin. Acestea includ laptele de magneziu şi preparatele de înmuiere a scaunului.

Agenţii formatori ai scaunului, aşa numitele laxative naturale (Psyllium şi metilceluloza) nu vă stimulează sistemul digestiv. În loc de acest lucru, ele se expandează atunci când vin în contact cu apa la nivelul colonului. Aceşti agenţi sunt de obicei siguri pentru utilizarea pe termen lung şi pot preveni formarea scaunelor tari.

Care sunt riscurile utilizării excesive

Atunci când sunt luate în exces, laxativele pot îndepărta vitaminele şi nutrienţii necesari înainte ca aceştia să fie absorbiţi complet. Laxativele contribuie de asemenea la o eliminare excesivă de apă, sodiu şi potasiu. Mai mult, utilizarea habituală a laxativelor tinde să slăbească muşchii intestinali şi să îi facă mai puţin capabili să funcţioneze cum trebuie. Ca rezultat, odată ce încetaţi să mai luaţi laxative în mod regulat, constipaţia dumneavoastră nu doar că va reveni, ci chiar s-ar putea înrăutăţi.

Utilizarea excesivă a laxativelor poate produce sindromul de intestin leneş. Aceasta este o afecţiune în care intestinul nu mai funcţionează cum trebuie deoarece a început să se bazeze pe faptul că laxativele fac toată munca de eliminare a materiilor fecale. Laxativele pot de asemenea să interfereze cu alte medicamente pe care medicul dumneavoastră vi le-ar putea prescrie.

Suplimentele care contribuie la formarea scaunului (volumizează scaunul), care de obicei conţin fie o pudră insipidă denumită metilceluloză, fie fibra vegetală naturală Psyllium, sunt disponibile fără prescripţie medicală. Ele pot ajuta la ameliorarea atât a constipaţiei cât şi a diareii. Totuşi, ele pot fi ele însele constipante dacă nu luaţi suplimentele cu multă apă (aproximativ 250 ml) şi dacă nu continuaţi să consumaţi lichide de-a lungul zilei.

Întrebaţi medicul despre tratamentul medicamentos

Loperamida (Imodium) încetineşte viteza cu care alimentele se deplasează prin intestinele dumneavoastră şi creşte absorbţia intestinală de apă şi ioni (sodiu), ajutând astfel la solidificarea scaunului dumneavoastră. Discutaţi utilizarea acestui medicament cu medicul dumneavoastră. Excesul poate produce sau poate agrava constipaţia.

Pentru semnele şi simptomele moderat-severe, doctorul dumneavoastră vă poate recomanda un medicament antispastic (anticolinergic) pentru relaxarea musculaturii intestinale şi îndepărtarea spasmelor musculare. Totuşi, informaţiile care să sprijine utilizarea acestor medicamente pentru sindromul de intestin iritabil sunt limitate şi aceste medicamente nu sunt aprobate de FDA pentru tratamentul sindromului de colon iritabil.

Antidepresivele pot ajuta la îndepărtarea depresiei asociată cu sindromul de intestin iritabil. Efectele secundare ale acestor medicamente pot de asemenea ajuta la ameliorarea durerii abdominale, a diareii sau a constipaţiei.

Constipaţia cronică

Semne şi simptome

- Eliminarea unor scaune tari, mai rar de 3 ori pe săptămână
- Balonare şi disconfort abdominal ocazional

Multe persoane consideră constipaţia incapacitatea de a avea scaun în fiecare zi. De fapt, nu este necesar să aveţi scaun în fiecare zi. Pentru unii, regulat înseamnă a avea scaun de 3 ori pe săptămână. Pentru alţii poate fi de 3 ori pe zi. Constipaţia se referă la scaune care se produc rar – de obicei mai rar de 3 ori pe săptămână – şi în care scaunul este tare şi dificil de eliminat.

Modificarea vitezei cu care materiile fecale circulă de-a lungul colonului sau modificarea cantităţii de apă îndepărtată din materiile fecale poate afecta funcţia intestinală normală şi poate cauza constipaţie cronică. Afecţiunea se poate de asemenea datora utilizării unor medicamentelor cum sunt cele utilizate în tratamentul bolii Parkinson, depresiei, hipertensiunii şi a unor tulburări cardiace. Mai mult, constipaţia este din ce în ce mai frecventă cu vârsta.

Diagnostic

Când constipaţia este recentă sau dacă tranzitul intestinal este diferit de ceea ce dumneavoastră consideraţi a fi normal, mergeţi la medic. Acesta va dori în primul rând să excludă alte cauze, cum ar fi obstrucţia în calea trecerii materiilor fecale. Testele diagnostice pot include o examinare colonoscopică sau sigmoidoscopică şi o radiografie cu bariu. Vezi cap. 39, „Teste diagnostice", pentru mai multe informaţii despre aceste teste.

Tratament

Tratamentul constipației de obicei presupune modificarea obiceiurilor alimentare și a stilului de viață:

- beți cel puțin 6-8 pahare cu apă sau alte lichide în fiecare zi;
- creșteți treptat cantitatea de fibre din alimentația dumneavoastră, mâncând mai multe fructe și legume proaspete; dacă aveți intoleranță la alimentele bogate în fibre, discutați cu medicul despre utilizarea unui volumizator al scaunului care conține metilceluloză sau fibra vegetală Psyllium;
- includeți în programul dumneavoastră zilnic exerciții fizice regulate. Ele ajută la stimularea contracțiilor intestinale;
- în fiecare zi stabiliți-vă un anumit moment în care să încercați să aveți scaun. Chiar dacă nu simțiți nevoia de a avea scaun, încercați;
- nu rezistați nevoii imperioase de a avea un scaun;
- evitați clismele. Prin curățarea colonului, fie prin clisme repetate sau cu ajutorul laxativelor, puteți îndepărta minerale din corpul dumneavoastră, ceea ce poate fi dăunător. Mulți oameni cu constipație se bazează în mare măsură pe laxative pentru a rezolva această problemă. Totuși, laxativele pot provoca o constipație și mai mare. Acestea pot de asemenea afecta intestinul dumneavoastră și pot deregla echilibrul mineral normal din corpul dumneavoastră. Când constipația nu se ameliorează, consultați doctorul.

Fecalomul

Semne și simptome

- Senzație iminentă de defecație
- Imposibilitatea de a avea scaun
- Durere rectală și crampe abdominale
- Greață și vomă

Fecalomul este o masă de materii fecale care nu poate fi eliminată printr-un scaun normal. Se poate produce în urma unei perioade prelungite de constipație și cel mai adesea pune probleme adulților vârstnici, mai ales acelora țintuiți la pat, precum și copiilor mici.

Simptomele constau în senzație intensă de defecație și durere la nivelul regiunii anale, rectului și a abdomenului central. Mai pot fi prezente greața, voma și pierderea apetitului.

Cauze

Consumul insuficient de fibre alimentare și lichide poate duce la apariția fecalomului. Alte cauze posibile sunt:

- medicamentele de tipul analgezicelor care conțin codeină, antidepresivelor și antiacidelor care conțin aluminiu
- Utilizarea excesivă a laxativelor
- Imobilizare, mai ales la pat
- Probleme cronice de sănătate, cum sunt hemoroizii, bolile renale, cancerul, bolile cardio-vasculare și afecțiunile neurologice
- Ignorarea senzației de defecație, un obicei foarte des întâlnit în rândul copiilor tineri

Tratament

Un fecalom poate fi de obicei îndepărtat manual de un doctor sau de personalul medical de alt tip. Pentru a preveni recurența:

- consumați două sau mai multe pahare de apă la fiecare masă și unul între mese;
- mâncați alimente bogate în fibre;
- mergeți la baie în momentul în care aveți senzație de defecație;
- nu folosiți laxative în mod regulat;
- dacă este posibil, evitați repausul prelungit la pat și medicamentele care cresc riscul de fecalom.

Megacolonul

Semne și simptome

- Constipație severă
- Malnutriție

Datorită unor cauze fie congenitale, fie dobândite, colonul poate deveni atât de mărit încât devine incapabil de a propulsa materiile fecale, o situație denumită megacolon sau colon gigant. Leziunile nervoase sau deficiențe la nivelul colonului sau rectului sunt deseori cauză de megacolon.

Maladia Hirschsprung este o afecțiune congenitală în care copiii se nasc fără celule nervoase normale la nivelul unui segment al rectului. Acești copii sunt incapabili de a avea scaun deoarece porțiunea de colon cea mai apropiată de anus nu se poate relaxa pentru a permite trecerea materiilor fecale. Semnele și simptomele pot consta în distensie abdominală masivă, absența scaunelor și împiedicarea alimentației. Maladia Hirschsprung apare mai frecvent la sexul masculin decât la sexul feminin și adeseori are agregare familială.

Un tip de megacolon dobândit este megacolonul psihogenic, care de obicei apare în timpul acomodării copiilor cu făcutul nevoilor la toaletă, determinând constipație cronică severă. În America Centrală și de Sud, o infecție denumită boala Chagas produce megacolonul. Infecția distruge celulele nervoase ganglionare ale colonului și produce o afecțiune asemănătoare cu maladia Hirschsprung, care apare la adulți mai frecvent decât la copii. Alte afecțiuni care pot produce megacolon sunt tulburările neurologice severe de tipul leziunilor măduvei spinării sau boala Parkinson și unele medicamente ca narcoticele.

Diagnostic

Diagnosticarea acestei afecțiuni de obicei presupune examinarea rectului și posibil efectuarea unui test denumit manometrie rectală. În timpul acestui test, un balon este umflat la nivelul rectului pentru a verifica reflexul inhibitor recto-anal, care este absent la o persoană care are boala Hirschsprung.

Tratament

Cel mai eficient tratament pentru maladia Hirschsprung este excizia chirurgicală a porțiunii afectate a colonului. Acest tratament de obicei redă pacientului capacitatea de a avea scaun. Pentru cauzele dobândite, elementul cheie al tratamentului este instruirea pentru dobândirea unor obiceiuri care să favorizeze o funcție intestinală corespunzătoare, cum ar fi consumul multor lichide, creșterea

conținutului de fibre în dietă și renunțarea la rezistență în momentul resimțirii nevoii de a avea scaun.

Medicul poate sugera tratamente pentru a ajuta repunerea în funcție a intestinului dumneavoastră. Reducerea utilizării de medicamente care conțin narcotice poate fi de asemenea recomandată.

Peritonita

Semne și simptome

- Durere abdominală din ce în ce mai severă
- Abdomen destins și dur
- Greață și vărsături
- Tranzit intestinal oprit pentru materii fecale și gaze
- Febră
- Scăderea presiunii sangvine
- Sete

Peritonita este o inflamație localizată sau generalizată a peritoneului, membrana care acoperă organele abdominale și tapetează cavitatea abdominală.

Peritonita este cauzată cel mai frecvent de o infecție bacteriană a cavității peritoneale. În mod caracteristic, bacteriile pătrund printr-o perforație a tractului gastro-intestinal de tipul celei care apare în perforația apendicelui sau în traumatismele abdominale (de exemplu în rănile penetrante). Peritonita poate fi de asemenea o reacție severă produsă de eliberarea enzimelor pancreatice, enzimelor digestive sau a bilei în cavitatea peritoneală. Persoanele cu lupus eritematos sistemic fac câteodată episoade de peritonită.

Cea mai frecventă cauză de peritonită este reprezentată de perforațiile legate de apendicită, diverticulită sau ulcer peptic. Ocluzia intestinală, cu gangrena subiacentă și perforația intestinală, poate de asemenea produce peritonită.

Cât de gravă este peritonita?

Peritonita este o urgență medicală, fiind necesar tratamentul imediat. Analizele sangvine și radiografiile trebuie efectuate, pentru a stabili cu exactitate diagnosticul.

Tratament

Tratamentul este de obicei necesar fie pentru a îndepărta cauza (ca perforația apendicelui), fie de a repara leziunea (ca în perforația gastrică sau intestinală). Antibioticele sunt utilizate pentru a combate infecția. Deoarece intestinul nu funcționează în timpul peritonitei, trebuie introdus prin nas un tub până în stomac pentru a drena secrețiile și aerul care se acumulează.

Ocluzia intestinală

Semne și simptome

- Distensie abdominală
- Dureri spasmodice sau crampe de obicei în abdomenul mijlociu
- Vomă
- Oprirea tranzitului pentru materiile fecale și gazele intestinale

Ocluzia intestinală este un blocaj complet sau parțial fie la nivelul intestinului subțire, fie la nivelul colonului. Acest blocaj împiedică conținutul intestinal să își urmeze cursul de-a lungul intestinelor.

Dacă aveți un blocaj la nivelul intestinului subțire, puteți simți dureri sub formă de crampe în abdomenul mijlociu sau puteți avea un acces de vomă. Incapacitatea materiilor fecale de a trece de obstacol poate să apară indiferent de înălțimea la care este ocluzia. Dacă intestinul dumneavoastră este total blocat, s-ar putea să aveți tranzitul oprit pentru gaze. O ocluzie intestinală parțială poate stimula intestinul să se contracte și să secrete mai mult lichid decât poate fi absorbit, ceea ce poate conduce la diaree.

O trăsătură dramatică a ocluziei intestinale este distensia abdominală. Abdomenul se va umfla din ce în ce mai mult pe măsură ce situația se înrăutățește. Distensia este produsă de gazele intestinale și de lichidul care se află în segmentele intestinale situate înaintea obstrucției.

Mai multe lucruri pot provoca o obstrucție. Cea mai frecventă cauză la nivelul intestinului subțire este țesutul cicatricial (aderențe de la o operație anterioară). Herniile și nodurile sau răsucirea intestinelor (volvulus) sunt de asemenea cauze frecvente de obstrucție a intestinului subțire. La nivelul colonului o tumoră poate cauza un blocaj. Cele de mai sus sunt denumite ocluzii mecanice pentru că ele blochează fizic deplasarea conținutului intestinal.

Uneori, distensia abdominală și imposibilitatea de a avea scaun rezultă nu din blocajul fizic, ci din incapacitatea intestinului de a îndepărta materiile fecale din tractul digestiv. Acest lucru se numește ileus adinamic (paralitic) și câteodată apare după un traumatism abdominal sau după o operație. Alte cauze pot fi pancreatita, peritonita, leziunile vaselor care aduc sânge la nivel abdominal și anomalii metabolice cu ar fi nivelul seric redus de potasiu; narcoticele cum ar fi morfina pot de asemenea da ileus adinamic.

Diagnostic

Dacă medicul consideră că semnele și simptomele dumneavoastră sugerează o ocluzie intestinală, poate cere analize variate cum sunt radiografia simplă sau cu bariu, sigmoidoscopia sau colonoscopia. Vezi cap. 39, "Teste diagnostice", pentru mai multe informații despre aceste teste.

Cât de gravă este ocluzia intestinală?

Dacă obstrucția blochează aportul de sânge la nivel intestinal, țesutul poate muri. Acest lucru crește posibilitatea de cangrenă și perforație intestinală. Amândouă sunt amenințătoare de viață.

Tratament

Medicul poate începe tratamentul prin introducerea unui tub subțire prin nas până în stomac sau intestinul subțire. Este extrasă secreția intestinală și aerul prin acest tub (aspirație nazo-gastrică). Aceasta reduce distensia abdomenului. Pierderile lichidiene sunt înlocuite cu perfuzii intravenoase.

Uneori, cauzele ocluziei se rezolvă spontan după ce distensia a fost îndepărtată. Dacă obstrucția nu se remite, tratamentul chirurgical ar putea fi necesar pentru a îndepărta obstacolul, în cadrul acestuia putând fi îndepărtat țesutul cicatricial sau putând fi desfăcut nodul intestinal. Prin tratament chirurgical este depistată de multe ori cauza obstrucției.

Pseudoocluzia intestinală primară

Semne şi simptome

- Crize acute de durere abdominală
- Distensie abdominală
- Greaţă şi vomă
- Pierdere ponderală

Pseudoocluzia intestinală primară (idiopatică) nu este o obstrucţie intestinală adevărată. Mai degrabă, este o tulburare a motilităţii care produce alterarea funcţiei intestinale într-o manieră asemănătoare cu ocluzia intestinală propriu-zisă. Intestinele se dilată şi puteţi resimţi dureri abdominale bruşte şi de intensitate foarte mare, greaţă şi vomă. Malabsorbţia poate însoţi această afecţiune, determinând pierdere ponderală.

Deoarece cauza afecţiunii este necunoscută, medicii denumesc uneori această boală pseudoocluzia intestinală idiopatică – termenul „idiopatic" referindu-se la o boală fără o cauză cunoscută iar termenul „pseudo" înseamnă „fals". Când o boală subiacentă cum este sclerodermia sau diabetul reprezintă cauza, este utilizat termenul de pseudoocluzie intestinală secundară.

Tratamentul pseudoocluziei intestinale este dificil. Regimurile speciale sunt ineficiente. Dacă afecţiunea este severă, substanţe nutritive în formă lichidiană pot fi uneori administrate intravenos, ocolind astfel intestinele. Alimentaţia intravenoasă poate fi efectuată temporar în spital sau permanent la domiciliu (nutriţie parenterală la domiciliu).

Problemele vasculare ale intestinului

O reţea vastă de vase sangvine hrăneşte organele localizate în abdomenul dumneavoastră. Uneori, o boală a vaselor de sânge (boală vasculară) sau o boală abdominală poate reduce aportul sangvin de la nivel intestinal. Când acest lucru se întâmplă, zona afectată devine deficitară în nutrienţi şi oxigen, iar efectul poate fi moartea tisulară. Problemele vasculare ale intestinului sunt ischemia mezenterică, colita ischemică şi angiodisplazia colonului.

Ischemia mezenterică

Această afecţiune se caracterizează printr-o reducere parţială sau totală a aportului sangvin la nivel intestinal. Această obstrucţie vasculară se poate produce treptat în urma acumulării depozitelor care conţin colesterol (plăci) la nivelul arterelor care aprovizionează intestinele cu oxigen. Principalul simptom este reprezentat de durere foarte intensă la nivelul abdomenului mijlociu. Durerea este de obicei agravată de alimentaţie şi ameliorată de postul alimentar.

Un alt tip de obstrucţie vasculară este un cheag sangvin (embol), care ajunge de la nivelul inimii în arterele care aprovizionează cu sânge intestinele. Rezultatul este blocajul brusc şi complet al fluxului sangvin la nivelul unei porţiuni a intestinului. Afecţiunea produce adeseori durere abdominală intensă cu debut brusc şi reprezintă o urgenţă medicală.

Examinarea vaselor sangvine de la nivelul abdomenului (angiografia) poate determina locul obstrucţiei vasculare. Această investigaţie este de obicei urmată de o operaţie pentru îndepărtarea porţiunii intestinale afectate. Dacă nu s-au produs leziuni ireversibile, cheagul poate fi îndepărtat sau artera afectată poate fi reconstruită sau ocolită.

Colita ischemică

În colita ischemică, aportul sangvin la nivelul colonului este redus, adeseori în urma insuficienţei cardiace congestive sau a presiunii reduse a sângelui (hipotensiune). Boala afectează cel mai frecvent adulţii vârstnici. Semnele şi simptomele constau în durere la nivelul abdomenului inferior, cu caracter de crampe şi sângerare rectală.

Tratamentul chirurgical poate fi necesar în cazurile grave, dar de cele mai multe ori problema se rezolvă spontan atunci când insuficienţa cardiacă congestivă sau presiunea sangvină redusă sunt corectate. O îngustare a colonului (strictură) se poate produce ulterior la locul unde a fost ischemia.

Angiodisplazia colonică

Această afecţiune se caracterizează prin dilataţia, contorsionarea sau subţierea vaselor sangvine de la nivelul peretelui intern al colonului. Apare cel mai frecvent la adulţii vârstnici. Sângerarea rectală este un simptom frecvent care este adeseori rezolvat prin tratament cu laser sau prin cauterizare. Sângerarea severă (hemoragia) este rară. Aceasta poate fi de obicei oprită prin blocarea vasului sangvin afectat în timpul unei proceduri diagnostice denumită angiografie. În caz de sângerare masivă sau sângerare din locaţii multiple, excizia porţiunii afectate a colonului poate fi necesară.

Sindromul carcinoid

Semne şi simptome

- Înroşirea pielii
- Diaree

Tumorile carcinoide sunt tumori cu creştere lentă, cu potenţial de producere a cancerului şi care de obicei apar la nivelul apendicelui sau ileonului, care reprezintă porţiunea terminală a intestinului subţire. Aceste tumori se pot împrăştia (metastaza) către ficat, plămâni şi alte organe. Ocazional, ele pot produce înroşirea pielii, astm şi diaree, ansamblu denumit sindromul carcinoid. Nivelurile excesive ale unui metabolit sau substanţă chimică (normală în organism) în urină reprezintă un indicator biochimic important al tumorilor carcinoide. Obiectivul tratamentului este reducerea volumului uneia sau mai multor tumori fie prin chimioterapie, fie prin tratament chirurgical. Tratamentul de obicei ameliorează semnele şi simptomele sindromului carcinoid. Unii indivizi îşi revin complet după tratamentul chirurgical, în funcţie de cât de precoce este cancerul depistat şi de localizarea acestuia. În caz de cancer avansat, poate fi utilizat un medicament numit octreotid (Sandostatin) pentru a controla episoadele de înroşire a pielii şi de diaree, şi pentru a încerca reducerea ratei de creştere tumorală.

Tumorile intestinului subţire

Semne şi simptome

- Crampe abdominale şi durere abdominală
- Greaţă şi vomă
- Pierdere ponderală
- Scaune sangvinolente

Este neobişnuit ca tumorile să apară la nivelul intestinului subţire – acestea reprezintă doar 3-6% dintre toate proliferările anormale de la nivelul tractului gastrointestinal. Majoritatea tumorilor intestinului subţire sunt necanceroase (benigne) şi sunt de obicei depistate între 40 şi 60 de ani. Semnele şi simptomele cele mai frecvente sunt durerea, scaunele sangvinolente, greaţa şi voma.

Există mai multe tipuri de tumori benigne, cum sunt lipoamele, leiomioamele, angioamele şi adenoamele. Aceste tumori nu se răspândesc. Adeseori sunt depistate atunci când o radiografie este efectuată pentru o altă afecţiune. Un mic procent din tumorile intestinului subţire sunt canceroase (maligne). Cele mai obişnuite tipuri de tumori maligne sunt adenocarcinomul, leiomiosarcomul, tumorile carcinoide şi limfomul.

Semnele şi simptomele unei tumori maligne pot consta în durere abdominală, pierdere ponderală, scaune cu sânge, greţuri şi vărsături. Medicul poate palpa o masă abdominală în timpul unui examen fizic. Sângerarea, perforaţia şi obstrucţia se asociază frecvent cu leiomiosarcomul. O tumoră carcinoidă poate să nu producă vreun semn sau simptom până în momentul în care metastazează.

Diagnostic

Radiografia cu bariu şi tomografia computerizată sunt proceduri utilizate pentru a depista tumorile intestinale de dimensiuni reduse. Uneori, imagistica diagnostică nu poate distinge între o tumoare benignă şi o tumoare malignă, iar explorarea chirurgicală a abdomenului poate fi necesară pentru a stabili diagnosticul. Uneori, tumorile sunt identificate accidental în timpul analizelor pentru o altă afecţiune.

Cât de grave sunt tumorile intestinului subţire?

Tumorile benigne nu sunt ameninţătoare de viaţă, dar ele pot produce semne şi simptome periculoase cum sunt sângerările şi obstrucţia. Tumorile maligne sunt periculoase, pot fi ameninţătoare de viaţă şi necesită tratament prompt.

Tratament

Tratamentul chirurgical este de obicei recomandat pentru toate tumorile benigne care produc semne şi simptome şi pentru tumorile maligne care nu s-au împrăştiat prea mult. Când o tumoră a metastazat într-un asemenea grad încât tratamentul chirurgical este ineficient, chimioterapia şi radioterapia, fie individual sau în combinaţii, pot fi utilizate.

Polipii colonici

Semne şi simptome

- Cel mai adesea nici unul
- O modificare recentă a tranzitului intestinal
- Sânge în materiile fecale, adeseori în cantităţi microscopice
- Scurgeri de mucus la nivel anal

Tumorile benigne (necanceroase) ale intestinului gros sunt frecvente. Se estimează că 4 din 10 americani în vârstă de peste 60 de ani au polipi (proliferări în formă de ciupercă) la nivelul colonului.

Polipii se localizează pe mucoasa colonului. De obicei nu produc semne şi simptome; sunt descoperiţi întâmplător în timpul unui test screening pentru cancerul colorectal sau în timpul unui test efectuat pentru diagnosticarea unei alte afecţiuni. Totuşi, polipii ar trebui îndepărtaţi deoarece se pot maligniza uneori dacă sunt lăsaţi pe loc.

Tipuri

La nivelul colonului pot fi întâlnite mai multe varietăţi de polipi.

Polipii hiperplazici

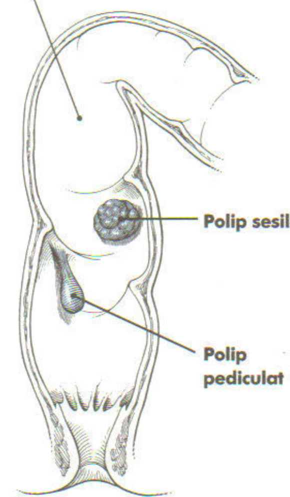
Este cel mai frecvrent tip de polip, care de obicei are mai puţin de 0,5 cm în diametru. Aceşti polipi de dimensiuni reduse de obicei nu reprezintă o ameninţare la adresa sănătăţii, dar dacă se dezvoltă la peste 1 cm diametru ar trebui îndepărtaţi şi examinaţi pentru a vă asigura că nu sunt maligni sau precanceroşi.

Polipii adenomatoşi

Polipii adenomatoşi (adenoamele) sunt de asemenea destul de frecvenţi. Ei sunt clasificaţi în trei clase pe baza caracteristicilor lor microscopice: tubulari, tubulo-viloşi şi viloşi. Cele mai frecvente sunt adenoamele tubulare, care de obicei au mai puţin de 1 cm în diametru. Adenoamele viloase sunt mai rare. Mai mult de jumătate dintre ele au cel puţin 2,5 cm diametru. Adenoamele tubulo-viloase prezintă caracteristici ale celorlalte două.

Aproximativ 50% dintre americani vor face un adenom la un moment dat în viaţa lor, incidenţa crescând cu vârsta. Polipii adenomatoşi au potenţial pentru a deveni canceroşi (maligni). Potenţialul de obicei creşte pe măsură ce polipul îşi măreşte dimensiunile şi atunci când sunt prezente mai multe caracteristici de polip vilos.

Aceşti polipi ar trebui îndepărtaţi pentru a preveni transformarea lor în cancer. De cele mai multe ori îndepărtarea se face prin colonoscopie, în timpul căreia un tub fibrooptic subţire şi flexibil este introdus prin rect de-a lungul



Polipii sunt proliferări de dimensiuni reduse care pot apărea la nivelul colonului şi rectului. În majoritatea cazurilor, sunt non-canceroşi (benigni). Pot avea forme variate. Polipii care au cozi sunt denumiţi pediculaţi. Cei care au o bază de implantare largă sunt denumiţi polipi sesili.

colonului. Chiar în cazul în care într-un polip au fost depistate câteva celule canceroase, îndepărtarea polipului prin colonoscopie poate adeseori trata cu succes cancerul. Dacă sunteţi îngrijorat privitor că neoplasmul s-ar fi putut răspândi de la nivelul polipului, medicul poate recomanda o operaţie pentru excizia porţiunii colonice unde s-a găsit polipul, împreună cu ţesutul din jurul acesteia şi cu nodulii limfatici.

Polipii inflamatori

Polipii inflamatori se consideră că sunt produşi în urma leziunilor sau în urma inflamaţiei învelişului intern al colonului, cum se întâmplă de exemplu în colita ulcerativă. Sunt rari şi de obicei nu prezintă un risc semnificativ pentru sănătate.

Polipii juvenili

Polipii juvenili sunt rari şi tind să apară în timpul copilăriei. Aceşti polipi pot fi îndepărtaţi cu uşurinţă în timpul unei colonoscopii. Polipii juvenili şi alţii asemănători asociaţi cu sindromul Peutz-Jeghers reprezintă o boală moştenită.

Polipii ereditari

Majoritatea polipilor care se produc la nivel colonic nu sunt ereditari. Totuşi, pot să apară în anumite familii. Există o afecţiune care duce la apariţia polipilor colonici şi care este considerată a fi ereditară. Denumită polipoză adenomatoasă familială (PAF), această afecţiune rară se caracterizează prin apariţia a numeroşi polipi – cel puţin 100 şi adeseori 1000 sau mai mult – de-a lungul întregului colon. Aceşti polipi pot fi asimptomatici sau pot produce sângerare rectală. Polipii se pot dezvolta de asemenea la nivelul intestinului subţire. De obicei afecţiunea se produce în timpul adolescenţei.

Sindromul Gardner este PAF asociată cu alte tumori necanceroase în alte regiuni ale corpului.

PAF conduce inevitabil la cancer de colon. Afecţiunea este responsabilă pentru aproximativ 1% din toate cazurile de cancer colorectal. Îndepărtarea întregului colon este recomandată imediat ce diagnosticul este confirmat. Este de asemenea important pentru rudele de sânge să fie examinate începând de la o vârstă relativ tânără – aproximativ 10 – 12 ani – astfel încât să poată fi evaluate şi tratate corespunzător.

Diagnostic

Polipii colonici sunt cel mai adesea identificaţi în timpul unui examen de screening al colonului sau în timpul unei evaluări a colonului pentru identificarea cauzei unei sângerări rectale, unei modificări a tranzitului intestinal sau a unei dureri abdominale. În funcţie de tipul de polipi depistaţi, medicul poate recomanda verificări periodice sau excizia lor.

Cât de gravi sunt polipii colonici?

Polipii adenomatoşi au potenţial malign. Majoritatea, dacă nu toate, cancerele colorectale se pare că se dezvoltă din adenoame. Mai mult, uneori polipii colonici pot produce probleme de felul sângerării şi obstrucţiei.

Tratament

Mulţi polipi sunt îndepărtaţi în momentul în care sunt detectaţi, deoarece acest lucrul elimină şansa ca ei să se malignizeze vreodată. De cele mai multe ori îndepărtarea lor este o procedură relativ simplă. Dacă tumora nu poate fi îndepărtată în timpul colonoscopiei, chirurgia minim invazivă poate fi necesară. Dacă aţi mai avut polipi adenomatoşi, aveţi risc crescut pentru dezvoltarea unor alţi polipi, astfel încât probabil că medicul vă va recomanda examinări periodice ale colonului, în scopul identificării şi îndepărtării oricăror polipi noi.

Pentru indivizii cu polipoză ereditară, probabilitatea de a face cancer colorectal se apropie de 100% în jurul vârstei de 40 de ani. De aceea, medicii probabil vor recomanda ca întregul colon să fie îndepărtat pentru a preveni cancerul. Acest lucru poate necesita o procedură chirurgicală care să vă ofere o metodă alternativă pentru eliminarea materiilor fecale (vezi pag. 876).

Cancerul colorectal

Semne şi simptome

- Uneori nici unul
- Sângerare rectală
- Modificarea tranzitului intestinal
- Durere sau crampe abdominale
- Anemie neexplicată
- Pierdere ponderală neexplicată

Cancerul colorectal (cancerul colonului şi rectului) este una din cele mai comune forme de cancer la bărbaţii şi femeile de vârstă adultă. În fiecare an, mai mult de 130 000 de americani sunt diagnosticaţi cu această afecţiune şi aproximativ 60 000 decedează datorită ei.

O combinaţie complexă de factori, cum sunt stilul de viaţă, condiţiile ambientale şi factorii genetici, poate fi responsabilă. Cercetătorii consideră că majoritatea oamenilor au gene dormante care pot produce celule canceroase. Aceste gene rămân în stare inactivă până când sunt activate de un agent extern, cum ar fi o

Testarea genetică

Dacă aveţi istoric familial de cancer colorectal, puteţi fi candidat pentru analiza genetică. Un test sangvin poate ajuta la determinarea faptului dacă aveţi risc crescut pentru o formă ereditară de cancer colorectal. Cunoscând acest lucru, puteţi efectua mai multe teste screening şi probabil puteţi detecta precoce un cancer, în momentul în care şansele unui tratament eficace sunt bune.

Însă testarea genetică are şi dezavantaje. Prezenţa unei gene defecte nu înseamnă întotdeauna că veţi face cancer, iar de asemenea faptul că nu aveţi această genă nu garantează că nu veţi face cancer. Este bine să luaţi în considerare şi impactul psihologic. Cum vă veţi împăca cu faptul că ştiţi că este posibil să faceţi cancer, în cazul în care acesta este rezultatul analizei genetice. Datorită acestui fapt, sfatul genetic este foarte importantă înainte de efectuarea analizei genetice. Pentru mai multe informaţii despre analiza genetică, vezi cap. 18, „Genetica şi bolile”.

infecţie, tutunul sau poluanţii din alimente, aer sau apă.

Cele mai multe cancere gastrointestinale se produc la nivelul colonului şi rectului, unde reziduurile alimentare se deplasează mai lent şi toxinele persistă mai mult timp. Riscul de cancer colorectal se pare că este mai mare în rândul indivizilor care mănâncă multe grăsimi animale şi cantităţi reduse de fructe şi legume proaspete. Riscul de cancer colorectal este de asemenea mai mare în rândul indivizilor care fumează, consumă cantităţi mari de alcool şi sunt inactivi din punct de vedere fizic.

Un procent redus din cancerele colorectale (5 - 10 %), sunt considerate a fi ereditare. Un tip de cancer moştenit este cancerul colorectal nonpolipozic ereditar (CCRNPE). Oamenii cu această afecţiune au 50% şanse de a transmite gena copiilor lor. Ei au de asemenea 80% şanse de a face un cancer colonic şi asta la o vârstă mai mică decât în mod normal. Altă afecţiune moştenită, denumită polipoza adenomatoasă familială (PAF) determină apariţia a sute, chiar mii de proliferări precanceroase de dimensiuni reduse la nivelul colonului şi rectului. Cancerul se produce aproape întotdeauna la nivelul unuia sau mai multor dintre aceşti polipi, de obicei între 30 şi 50 de ani.

Sunteţi o persoană cu risc?

Următorii factori de obicei determină riscul de cancer colorectal.

Vârsta

Aproximativ 90% din indivizii cu cancer colorectal au 50 de ani sau mai mult. Multe organizaţii de sănătate recomandă ca adulţii cu risc mediu să intre într-un program de screening începând cu vârsta de 50 de ani. Screeningul mai precoce sau mai



Screening pentru cancerul colorectal

Mai multe teste pot identifica cancerul colorectal incipient sau polipii potenţial cauzatori de cancer (adenoamele) înainte ca aceştia să producă semne sau simptome. The American Cancer Society recomandă ca tuturor adulţilor să li se aplice unul sau o combinaţie dintre următoarele teste screening începând cu vârsta de 50 de ani. Screeningul poate fi efectuat mai devreme pentru indivizii cu risc peste medie pentru această boală.

Tuşeul rectal

În timpul acestei examinări simple de cabinet, medicul introduce un deget înmănuşat în rectul dumneavoastră pentru a palpa eventualii polipi sau mase. Deşi simplă şi sigură, această metodă este limitată la examinarea rectului dumneavoastră. De aceea, este efectuată în asociere cu alte teste screening.

Test pentru hemoragiile oculte

Acest test verifică materiile fecale pentru detectarea cantităţilor microscopice de sânge. Acest test poate fi efectuat în cabinetul medicului sau la domiciliu. Problema este că unele cancere şi majoritatea polipilor nu sângerează şi nu sunt detectate cu acest test. În plus, rezultate pozitive ale acestui test nu semnifică în mod obligatoriu că aveţi cancer sau polipi. Sângerarea poate proveni din alte surse, cum ar fi hemoroizii sau gastrita. Datorită acestor motive, mulţi doctori recomandă metode de screening alternative sau adiţionale. Un test pentru depistarea hemoragiilor fecale oculte este adeseori combinat cu sigmoidoscopia.

Sigmoidoscopia

Sigmoidoscopia îi permite medicului să vizualizeze şi să inspecteze porţiunea inferioară a colonului dumneavoastră (sigmoidul şi rectul). Testul presupune să fie efectuate 1-2 clisme pentru pregătirea colonului. Nu necesită sedare şi durează aproximativ 5-10 minute. Un tub flexibil şi iluminat, care are asociată o cameră fibrooptică (sigmoidoscop) este introdus în rectul dumneavoastră şi avansat de-a lungul colonului sigmoid (vezi fig. pag. 1280). Aproximativ 30-50% dintre cancerele rectale şi polipi pot fi observaţi în timpul unei astfel de examinări. Dacă se identifică un polip sau o zonă suspectă, se efectuează o biopsie în timpul căreia sunt prelevate probe de ţesut pentru examinarea microscopică.

Colonoscopia

Colonoscopia este considerată standardul de aur pentru screening-ul cancerului colorectal. De obicei, este testul preferat pentru indivizii cu risc peste medie de cancer colorectal. Un tub flexibil şi iluminat, cu o cameră video mică ataşată, este utilizat pentru a examina întregul colon şi rect. Tubul este introdus în rect şi avansat de-a lungul întregului colon. Dacă sunt depistaţi polipi sau zone suspecte, doctorul le poate îndepărta fără durere şi poate preleva probe de ţesut pentru analiza de laborator (biopsie). Pregătirea pentru test de obicei presupune ingestia de lichide clare, o pregătire specială cu laxative şi uneori clisme pentru a curăţa colonul în scopul unei vizualizări mai bune. Majoritatea oamenilor primesc de asemenea sedare uşoară imediat înaintea examinării.

Clisma cu bariu

O clismă cu bariu permite medicului dumneavoastră să examineze intestinul gros pe o radiografie. Bariul, un mediu de contrast cretos, este introdus în colon. Bariul tapetează mucoasa colonului, conturându-l clar şi apoi este efectuată radiografia. Testul durează aproximativ 20 de minute. O clismă cu bariu este adeseori combinată cu sigmoidoscopia.

Care test este cel mai bun?

Cele mai bune teste de screening pentru dumneavoastră depind de vârsta pe care o aveţi, de starea generală de sănătate şi dacă aveţi alţi factori de risc

frecvent poate fi necesar dacă aveţi alţi factori de risc pentru cancerul colorectal, ceea ce vă creşte riscul de a face această afecţiune.

Antecedentele personale sau familiale

Dacă dumneavoastră sau un membru al familiei are istoric de cancer colorectal sau dacă dumneavoastră sau un membru apropiat al familiei dumneavoastră a fost diagnosticat cu PAF, aveţi un risc mai mare decât media de a face cancer colorectal. Screeningul poate debuta înainte de vârsta de 50 de ani şi poate fi efectuat mai frecvent.

Grupul rasial

Bărbaţii şi femeile de rasă neagră au risc crescut de cancer colorectal.

Antecedentele de boală inflamatorie a intestinului

Un istoric îndelungat de colită ulcerativă sau boală Crohn a colonului creşte riscul dumneavoastră pentru cancerul colorectal. Screeningul pentru acest cancer ar trebui început mai devreme şi efectuat mai frecvent.

Fumatul

Cercetările arată rate crescute ale cancerului de colon în rândul oamenilor care fumează. Cu cât este mai lung timpul de când fumaţi şi cu cât mai multe ţigări consumaţi, cu atât mai mare este riscul.

Alimentaţia

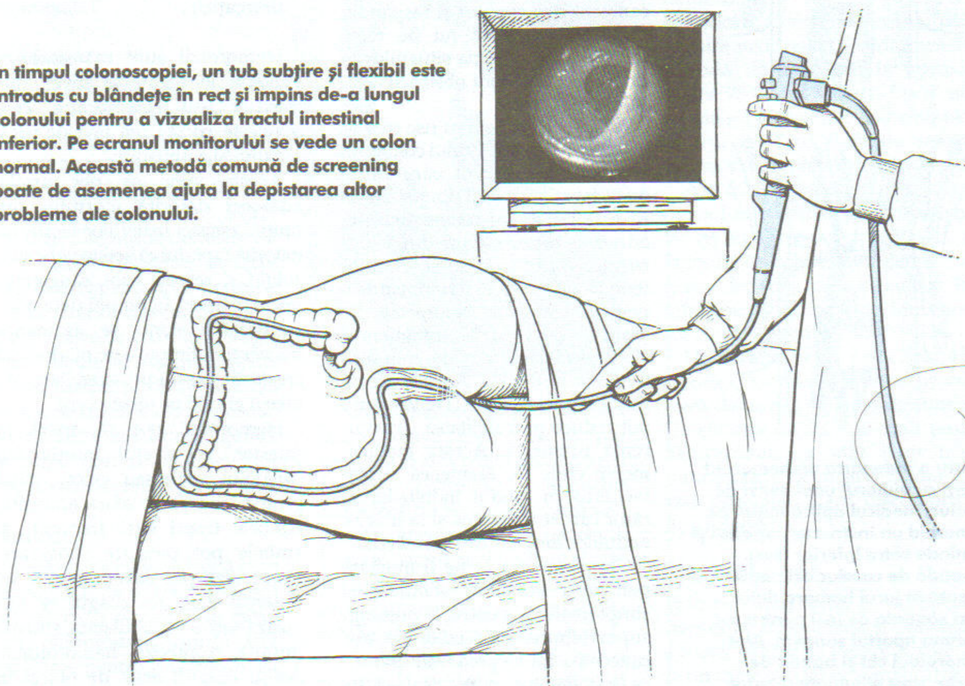
Oamenii care au o alimentaţie bogată în grăsimi, mai ales o alimentaţie care conţine multă carne roşie, cum ar fi carnea de vită, de porc sau de miel, au un risc crescut. O alimentaţie bogată în fibre a fost considerată mult timp o modalitate de a vă reduce riscul de cancer colorectal. Rolul fibrelor este totuşi controversat. Unele studii arată că fibrele nu protejează împotriva cancerului colorectal.

care vă fac să aveţi un risc peste medie de cancer colorectal. Discutaţi aceste lucruri cu medicul şi împreună veţi putea stabili cea mai bună modalitate de acţiune. Screeningul şi detecţia precoce pot fi foarte importante în prevenirea şi tratarea acestei afecţiuni.

Screening-ul în viitor

Se prefigurează mai multe inovaţii care ar putea îmbunătăţi eficacitatea şi ar putea reduce costurile screeningului pentru cancerul colorectal. Analiza materiilor fecale, care ar putea identifica substanţe specifice cu originea la nivelul cancerelor sau polipilor, mai degrabă decât depistarea sângelui, pot creşte acurateţea detecţiei precoce.

Tehnici îmbunătăţite pot de asemenea permite vizualizarea mai completă şi mai confortabilă a colonului şi rectului. Acestea constau în proceduri radiologice noninvazive speciale denumite „colonoscopie virtuală".



În timpul colonoscopiei, un tub subţire şi flexibil este introdus cu blândeţe în rect şi împins de-a lungul colonului pentru a vizualiza tractul intestinal inferior. Pe ecranul monitorului se vede un colon normal. Această metodă comună de screening poate de asemenea ajuta la depistarea altor probleme ale colonului.

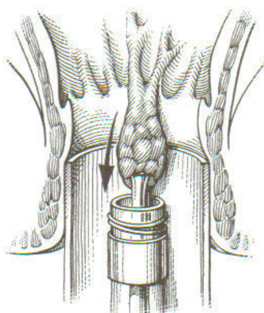
Activitatea fizică

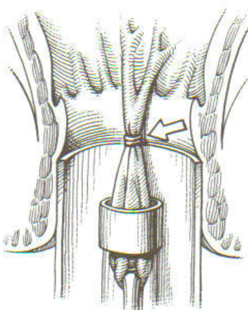
Oamenii care sunt inactivi tind să aibă risc crescut de cancer colorectal.

Diagnostic

Cancerul colorectal este din ce în ce mai frecvent depistat prin examinările de screening periodice. Sângerările rectale, modificarea tranzitului intestinal, pierdere ponderală neexplicată şi durerea abdominală pot fi şi ele avertizări asupra acestei boli. Dacă prezentaţi aceste semne şi simptome, medicul vă poate recomanda teste diagnostice cum sunt colonoscopia, sigmoidoscopia sau o clismă cu bariu.

Când cancerul este depistat, alte teste cum sunt analizele sangvine şi o tomografie computerizată pot fi efectuate pentru a determina dacă tumora s-a răspândit la ţesuturile din jur sau la alte organe. Vezi cap. 39, „Teste diagnostice", pentru mai multe informaţii despre aceste teste.





Pentru a îndepărta un hemoroid intern cu ajutorul unei benzi de cauciuc, medicul aplică iniţial pe hemoroid un instrument special şi îl întinde către inferior (sus). O bandă de cauciuc este apoi plasată în jurul hemoroidului (vezi săgeata de jos) pentru a-i suprima aportul sangvin. Atât hemoroidul cât şi banda de cauciuc sunt eliminate ulterior împreună cu materiile fecale.

Cât de grav este cancerul colorectal?

Cancerul colorectal este a treia cauză de cancer ca frecvenţă la bărbaţi şi femei în SUA şi este responsabil de aproximativ 10% din decesele prin cancer. Când este detectat şi tratat într-un stadiu incipient, şansele de vindecare sunt mari. Ratele mortalităţii pentru cancerul colorectal au scăzut în ultimii 20 de ani, probabil datorită aplicării pe scară largă a screening-ului şi îndepărtării polipilor. Din păcate, mulţi oameni tot nu apelează la ajutor medical, chiar şi atunci când se produc astfel de semne de avertizare, cum sunt sângerarea rectală şi modificările tranzitului intestinal.

Tratament

Tratamentul chirurgical este cel mai obişnuit tratament pentru cancerul colorectal. În aproximativ 50% din toate cazurile, tratamentul chirurgical poate vindeca această formă de cancer. În cazul în care cancerul este avansat şi răspândit, chirurgia poate să nu fie recomandată, cu excepţia situaţiilor în care poate ameliora obstrucţia sau sângerarea.

Printre persoanele cu risc crescut de recurenţă a cancerului colorectal sau în cazul cărora cancerul a metastazat la ţesutul din jur sau la nodulii limfatici, chimioterapia este adeseori recomandată după chirurgie. Radioterapia şi chimioterapia sunt uneori recomandate pentru cancerul colorectal fie înainte sau după tratamentul chirurgical. Medicamente cum sunt 5 fluorouracil (5FU, Adrucil), levamisol sau leucovorin (Wellcovorin) pot reduce probabilitatea de recurenţă tumorală. Aceste medicamente cresc de asemenea supravieţuirea în rândul indivizilor al căror cancer s-a extins şi la nivelul nodulilor limfatici din vecinătate.

Chimioterapia poate fi utilizată pentru a ameliora semnele şi simptomele şi pentru a prelungi supravieţuirea indivizilor al căror cancer s-a întins prea mult pentru ca tratamentul chirurgical să fie eficient.

În caz de obstrucţie sau sângerare, terapia laser poate fi utilă pentru ameliorarea semnelor şi simptomelor. Uneori, o obstrucţie poate fi îndepărtată prin amplasarea unui tub mic şi expandabil (stent) la nivelul unei porţiuni îngustate.

Bolile ano-rectale

Anusul este un canal muscular care se află în partea inferioară a rectului. Este o structură relativ simplă în comparaţie cu alte părţi ale sistemului digestiv. Totuşi şi el poate fi sediul unor probleme semnificative numite generic boli ano-rectale.

Hemoroizii

Semne şi simptome

- Sânge roşu-deschis, pe hârtia de toaletă sau în apa de toaletă după defecaţie
- Protruzia ţesutului moale în anus
- Dureri, mai ales în timpul defecaţieii

Hemoroizii sunt mănunchiuri venoase localizate la nivel anal imediat sub membrana care înveleşte partea cea mai de jos a rectului şi a anusului.

Aceste vene se pot umfla, adeseori datorită efortului din timpul emisiei materiilor fecale, iar datorită faptului că aceste vene sunt subţiri şi se rup uşor, sângerarea poate să apară în timpul defecaţiei. Hemoroizii sunt de asemenea frecvenţi în timpul sarcinii datorită creşterii presiunii exercitate de uterul gravid pe aceste vene.

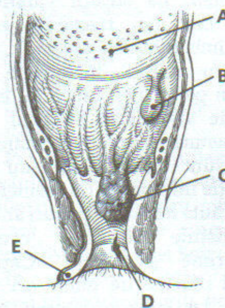
Hemoroizii pot să apară în interior, la nivelul începutului canalului anal, sau extern, când protruzionează în afara anusului. Ambele tipuri sunt frecvente şi ambele pot produce sângerare. Hemoroizii pot deveni extrem de dureroşi dacă un coagul se formează într-o venă dilatată, situaţie numită tromboză hemoroidală. Aceşti coaguli apar de obicei în cazul hemoroizilor externi şi

Hemoragiile rectale

Hemoragiile rectale (rectoragiile) pot fi un semn de cancer, dar de obicei indică o problemă intestinală care nu este amenințătoare de viață și răspunde bine la tratament. Alte cauze de sângerare de la nivelul tractului gastro-intestinal inferior sunt:

- colitele și proctitele – inflamații la nivelul învelișului interior rectal sau colonic;
- polipii rectali sau colonici – aceștia sunt umflături necanceroase ale învelișului intern al intestinului gros;
- hemoroizii - vene dilatate la nivel anal;
- fisurile anale – șanțuri la nivelul tegumentului și mucoasei anusului dumneavoastră;
- fistulele anale – căi de comunicare anormale între canalul anal și pielea din jurul deschiderii anale;
- prolapsul rectal – o situație în care o porțiune a rectului protruzionează prin anus;
- boala diverticulară – mici săculețe (diverticuli) care se formează la nivelul intestinului gros;
- angiodisplazia – vase sangvine fragile la nivelul mucoasei colonice.

Hemoragia rectală necesită o evaluare promptă din partea medicului pentru a stabili cauza și cel mai important, pentru a exclude cancerul.



Această vizualizare în secțiune frontală a rectului arată unele cauze obișnuite de sângerare rectală: proctită (A), polip (B), hemoroizi (C), fisură anală (D), fistulă anală (E).

produc o masă dureroasă la locul de deschidere a anusului.

Pruritul și durerea anală sunt simptomele hemoroizilor, dar acestea pot să apară și în complicații ca tromboza, iritația sau inflamația tegumentului din jurul anusului.

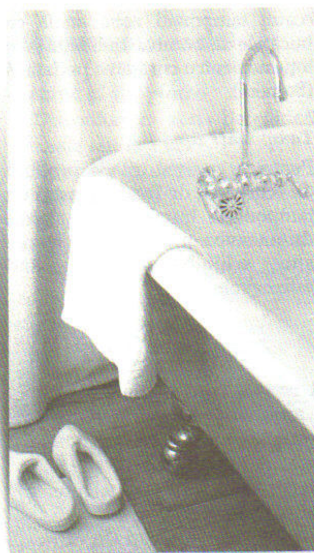
Diagnostic

Inspecția anusului de către un medic poate evidenția hemoroizii externi. Interiorul anusului poate fi examinat prin tușeu rectal cu ajutorul degetului înmănușat, dar deoarece hemoroizii sunt foarte subțiri, un diagnostic definitiv nu poate fi stabilit. Câteodată, medicul va utiliza un aparat optic pentru a vedea în interiorul rectului.

Toate episoadele de hemoragie rectală trebuie să fie investigate. Nu concluzionați că hemoragia rectală este cauzată de hemoroizi până când alte cauze de sângerare cum sunt polipii colonici sau cancerul colorectal au fost excluse.

Tratament

Multe persoane cu hemoroizi sunt deranjate atât de puțin de această problemă încât o ignoră. În cazul altora, simptomele sunt prea supărătoare pentru a fi trecute cu vederea.



Pentru disconfortul ușor, medicul poate sugera creme ce se pot cumpăra și fără rețetă, unguente și pastile conținând extractul astringent de *Hamamelis virginiana* sau un anestezic local pentru a ameliora simptomele. Alți pași care pot ajuta sunt băile călduțe zilnice și consumarea unei diete cu multe lichide și fibre pentru a ajuta la formarea unor materii fecale moi și pentru a reduce constipația și screamătul. Dacă este posibil, evitați perioadele lungi de stat în picioare sau pe scaun.

Dacă aveți o sângerare moderată spre severă sau disconfort produs de hemoroizii interni, medicul vă poate supune unei proceduri corectoare care constă în secționarea hemoroizilor cu o lamă de cauciuc. În câteva zile, hemoroizii – acum nedureroși – cad. Această metodă dă rezultate în aproximativ 75% din cazuri. Dacă un coagul s-a format într-un hemoroid extern, medicul îl poate scoate pentru a oferi o ameliorare imediată.

Alte tehnici folosite pentru tratamentul hemoroizilor sunt injectarea lor cu un agent care îi contractă, îi îngheață (criochirurgie) sau distrugerea lor cu fotocoagularea în infraroșu, o tehnică ce întrerupe circulația în vena afectată.

Hemoroizii mari pot fi extrași pe cale chirurgicală printr-o procedură denumită hemoroidectomie. Cu cât este extras mai mult țesut hemoroidal, cu atât sunt mai puține șanse de recurență, dar cu atât este mai mare disconfortul după operație.

Pruritul anal

Pruritul anal este o problemă frecventă, supărătoare și potențial jenantă. Aproape fiecare a suferit la un moment dat de o mâncărime persistentă. Este o problemă mai

frecventă la copii şi la adulţii vârstnici. La copii este cel mai frecvent produsă de paraziţi intestinali. La adulţii vârstnici cauza cea mai frecventă este pielea îmbătrânită şi uscată.

Pentru marea majoritate a restului populaţiei, cauza nu este uşor de identificat. Medicul va căuta semne ale unor boli cutanate cum sunt psoriazisul sau o infestaţie micotică şi de asemenea poate căuta hemoroizi, fisuri anale sau fistule care pot cauza mâncărime şi iritaţii. Cauza precisă rămâne de multe ori un mister, dar nu este datorată nici unei anomalii grave.

Factori adiţionali care pot produce de asemenea mâncărime anală:

- Unii oameni se scarpină la anus cu prosoape aspre şi rugoase. Acest lucru poate produce iritaţie şi mâncărime. Pe de altă parte, igiena precară după defecaţie poate produce iritaţie şi mâncărime.
- Unii oameni folosesc produse nerecomandate de medic pentru a scăpa de mâncărime şi de sensibilitatea pielii.
- Unii medici consideră că stresul poate fi un factor determinant.
- Uneori, muşchiul care ţine închis anusul în mod normal devine mai lax, permiţând fecalelor să iasă şi să irite pielea înconjurătoare.

Tratament

Dacă mâncărimea este o problemă pentru dumneavoastră, iată câteva sfaturi. Dacă acestea nu vă ajută, mergeţi la medic pentru o evaluare.

Opriţi scărpinatul

Oricât de greu ar putea să fie, impuneţi-vă cu toată puterea dumneavoastră să încetaţi; scărpinarea în continuare duce la inflamaţie persistentă şi distruge ţesutul delicat; cu cât vă scărpinaţi mai mult, cu atât vă mănâncă mai mult.

Păstraţi zona anală curată

Curăţaţi-vă zona uşor dimineaţa, seara şi după ce aveţi scaun; folosiţi hârtie albă, moale, neparfumată. Tamponaţi zona în loc să o frecaţi cu prosopul sau apoi uscaţi-o peste tot cu un uscător de păr setat la temperatura cea mai mică.

După baie sau după ce aveţi scaun tamponaţi zona anală cu bucăţele de bumbac îmbibate cu o loţiune pentru curăţarea perianală (Balneol).

Tamponaţi zona

Pentru a preveni iritaţia produsă de scurgerea de fecale, plasaţi un tampon de bumbac între fesele dumneavoastră în sus înspre anus; schimbaţi-le atunci când este nevoie.

Consumaţi mai multe lichide

Încercaţi să beţi 6 - 8 pahare de 200 ml de apă în fiecare zi; acest lucru vă va ajuta să aveţi materii fecale mai moi şi mai voluminoase; fecalele tari pot irita anusul şi mai mult.

Luaţi un supliment pentru volumizarea fecalelor

O dată sau de două ori pe zi luaţi un astfel de supliment (Citrucel, Metamucil etc.), amestecaţi-l cu apă, pentru a împiedica fecalele să se întărească.

Evitaţi anumite alimente şi anumite băuturi

Încercaţi să eliminaţi alcoolul, cafeaua, ceaiul, sucurile, nucile, floricelele de porumb, ciocolata, roşiile, sucul de citrice şi laptele din dietă pentru aproximativ o lună. Apoi reintroduceţi aceste alimente pe rând în dieta dumneavoastră. Dacă reluarea mâncărimii corespunde cu ingestia unuia dintre aceste alimente, atunci evitaţi-l.

Folosiţi hidrocortizonul

Luaţi un tub cu cremă care conţine hidrocortizon 0,5% (acestea pot fi eliberate şi fără prescripţie medicală) pentru a scăpa de disconfort.

Durerea anală

Aţi fost vreodată trezit din somnul profund de o durere intensă, profundă şi înţepătoare la nivelul anusului? Această situaţie se numeşte proctalgie fugace, ceea ce înseamnă durere rectală trecătoare. Cauza ei nu este pe deplin înţeleasă, dar durerea se crede a fi rezultatul unui spasm muscular în micul bazin sau în rect. Durerea seamănă cu disconfortul pe care îl simţiţi în caz de crampe.

Tipic, durerea debutează noaptea în timpul somnului. În câteva minute până la o jumătate de oră dispare. Poate apărea la intervale neregulate a căror frecvenţă variază de la două pe săptămână la de câteva ori pe an. Câteodată durerea dispare definitiv.

Deşi proctalgia poate produce panică, fiţi sigur că nu este gravă. Totuşi, este o idee bună se mergeţi să vă vadă un medic. Acesta vă poate face câteva teste diagnostice pentru a exclude anumite cauze mai grave. Iată câteva sfaturi pe care să le urmaţi data viitoare când veţi avea acest tip de durere.

- staţi deasupra unui vas plin cu apă caldă;
- încercaţi să aveţi scaun deoarece acestea pot elimina uneori durerea;
- beţi apă caldă sau mâncaţi biscuiţi – aceasta poate stimula contracţiile normale ale intestinului, reducând spasmul.

Fisurile şi fistulele anale

Semne şi simptome

- Dureri în timpul şi după defecaţie
- Sânge roşu aprins în fecale sau pe hârtia de toaletă

Fisura anală

O fisură anală este o tăietură minoră a învelişului intern al canalului anal în zona adiacentă coccisului, scrotului sau vaginului. Porneşte la deschiderea anală şi se extinde în canalul anal.

Dacă adăugaţi mai multe fibre în dietă şi folosiţi agenţi care să înmoaie şi să mărească conţinutul fecalelor, puteţi ajuta la vindecarea temporară a fisurilor anale. Dacă tăietura este adâncă, durerea poate fi mai intensă atât în timpul cât şi după trecerea fecalelor, datorită faptului că ţesutul afectat

Infecţii rectale transmise pe cale sexuală

Câteva boli infecţioase se transmit prin relaţii sexuale anale. Inflamaţiile rectului (proctite) se pot produce după o gonoree sau după o infecţie cu virusul herpes simplex. Verucile anale pot de asemenea să apară după raporturi sexuale anale.

Infecţiile rectale transmise pe cale sexuală pot fi grave datorită riscului complicaţiilor ca sângerarea, dezvoltarea ulterioară de îngroşări (stricturi) la nivel rectal sau rareori cancer.

Multe infecţii bacteriene nu ameninţă cu nimic alte sisteme ale organismului. Totuşi, dacă simţiţi semne şi simptome caracteristice unor infecţii transmise pe cale sexuală, mergeţi la medic pentru un tratament adecvat. Acesta va dori să vă testaţi pentru virusul imunodeficienţei umane (HIV) şi pentru alte boli, dacă este prezentă o infecţie rectală transmisă pe cale sexuală.

poate determina spasm la nivelul sfincterului anal. Din nou, adăugarea mai multor fibre, a agenţilor care înmoaie şi măresc volumul fecalelor va fi de ajutor pentru calmarea durerii. O baie caldă poate relaxa sfincterul muscular şi poate reduce spasmul muscular dureros. Pentru dureri severe medicul poate recomanda o cremă cu nitraţi sau un unguent cu nitroglicerină. Dacă alte măsuri eşuează, se efectuează de obicei o intervenţie chirurgicală minoră pentru a repara fisura.

Fistula anală

Fistula anală este un pasaj tubular anormal între canalul anal şi piele, situat în jurul orificiului anal. O fistulă se produce în urma unui abces ano-rectal care a drenat pe această cale. De asemenea, se poate produce în urma inflamaţiei colonului inferior sau a unei operaţii anterioare care a implicat colonul inferior. Câteodată, o fisură anală sau un abces ano-rectal se datorează bolii Crohn.

În fistulă se pot colecta puroi şi detritusuri, producând durere şi umflare. Acestea se drenează spontan şi semnele şi simptomele se remit înainte ca deschizătura să devină obstruată din nou.

Tratamentul fistulei constă de obicei în realizarea unei incizii prin piele, grăsime sau musculatura din jurul traiectului fistulei. Acest lucru se realizează de obicei sub anestezie locală. Rana este lăsată deschisă şi de obicei se vindecă în 4-6 săptămâni. Abcesul poate fi drenat prin străpungerea pielii şi extragerea colecţiei de puroi.

Abcesul ano-rectal

Semne şi simptome

- Disconfort în zona deschiderii anale sau în anus
- Înroşirea şi umflare în vecinătatea anusului
- Colecţie de puroi
- Febră

Abcesul ano-rectal afectează zona imediat de lângă anus. Majoritatea sunt rezultatul infectării ţesutului din jurul anusului sau rectului.

Un abces care este uşor accesibil lângă anus poate fi înţepat şi drenat chiar în cabinetul medicului sau în serviciul ambulatoriu al spitalului. Abcesele profunde sunt mai greu accesibile, diagnosticul este mai dificil şi complicaţiile sunt mai grave. Abcesele rectale profunde nu sunt atât de bine tratate pentru că pot fi ascunse de o fistulă datorată bolii Crohn sau de un diverticul. În plus, pentru drenarea unui abces medicul vă poate administra un antibiotic sau o medicaţia antalgică dacă este nevoie. Dacă o fistulă este prezentă aceasta va trebui să fie tratată într-un timp ulterior.

Proctita

Semne şi simptome

- Sânge, mucus sau puroi în materiile fecale
- Constipaţie
- Diaree
- Durere rectală intensă
- Febră

Proctita este o inflamaţie a rectului care se poate datora unei infecţii bacteriene sau virale sau poate fi urmarea unei colite ulcerative sau a unei boli Crohn.

În anumite cazuri, proctita poate să apară datorita bolilor cu transmitere sexuală contractate prin contact sexual anal. Un individ cu proctită datorată unei boli cu transmitere sexuală, poate transmite boala altor parteneri sexuali. Radioterapia, efectuată de exemplu pentru cancerul de prostată, poate de asemenea să ducă la proctită deoarece reduce fluxul sangvin către rect (ischemie).

Poate să apară o senzaţie repetată de defecaţie sau o incapacitate de a avea scaun. Dacă inflamaţia este mare la nivelul intestinului (proctocolită), semnele şi simptomele sunt mai severe.

Diagnostic

Câteodată semnele şi simptomele asociate proctitei sunt indicii despre cauza posibilă a infecţiei. Mucusul, sângele sau puroiul în materiile fecale pot sugera o inflamaţie produsă de gonoree.

Dacă virusul Herpes simplex a produs infecţie, puteţi simţi dureri anale extreme, ulceraţii sau proeminenţe veziculare în jurul anusului. În ambele cazuri în zona din jurul anusului poate fi simţită o senzaţie de arsură sau prurit.

Medicul poate examina pielea din jurul anusului, poate analiza materiile fecale pentru depistarea infecţiilor şi poate realiza o examinare a rectului utilizând un tub flexibil cu fibră optică (endoscop) introdus în rect.

Cât de gravă este proctita?

În funcţie de cauză, inflamaţia poate fi sau nu uşor de tratat. Infecţiile bacteriene răspund de obicei la antibiotice, însă nu şi infecţiile virale.

Tratament

Tratamentul infecţiei bacteriene include de obicei un antibiotic. Alte forme de proctită pot fi tratate cu clisme care conţin medicaţie antiinflamatorie.

Nu există medicamente disponibile care să trateze proctita produsă de virusul herpetic, deşi medicul vă poate prescrie un agent care să împiedice diseminarea infecţiei şi să amelioreze semnele şi simptomele. Pentru proctita determinată de boli cu transmitere sexuală, ca gonoreea, tratamentul eficient al bolii ajută la vindecarea proctitei.

Proctita asociată cu boală Crohn sau colită ulcerativă poate fi tratată cu acid 5 aminosalicilic (5-ASA) sau cu supozitoare cu corticosteroizi. Aceşti agenţi pot fi folosiţi şi la proctitele induse de radiaţii, deşi acestea sunt greu de tratat. Dacă sângerarea continuă, tratamentul cu laser poate fi folosit pentru a închide vasul afectat.

Incontinenţa pentru materii fecale

Incontinenţa pentru materii fecale se referă la incapacitatea de a reţine materiile fecale între scaune. Problema se datorează de obicei unor afecţiuni subiacente cum sunt abcesul, inflamaţia rectului, anusului sau inflamaţia perineală.

Poate fi de asemenea rezultatul unor operaţii în zona respectivă sau la femei al unor traume ale sfincterului anal dobândite în timpul naşterii. În anumite cazuri incontinenţa pentru materii fecale este în legătură cu o afecţiune a măduvei spinării sau cu unele anomalii ale sistemului nervos.

La bătrâni, incontinenţa pentru materii fecale se poate datora îmbătrânirii sfincterului şi a muşchilor plafonului pelvin, precum şi a ligamentelor. Fecalomul, care este mai frecvent la adulţi, este o altă cauză posibilă a incontinenţei pentru materiile fecale.

Pentru a determina cauza medicul vă poate pune o serie de întrebări, mai ales dacă incontinenţa apare când strănutaţi sau tuşiţi sau apare doar noaptea. Medicul vă poate examina sfincterul anal pentru a vedea dacă muşchiul sfincterian este intact şi poate cere un test pentru a determina variaţiile de presiune din regiunile rectală şi anală.

Tratament

La anumiţi adulţi, un program de antrenare intestinală poate îmbunătăţi continenţa pentru materiile fecale, mai ales dacă sfincterul anal este intact. Medicul vă poate sfătui să vă obişnuiţi în fiecare zi să aveţi scaun. Acest lucru duce la continenţă în timpul zilei respective.

Medicul vă poate recomanda să mâncaţi mai multe fructe şi legume proaspete. Acest lucru ajută uneori la producerea unor materii fecale normale şi reduce timpul de eliminare a fecalelor.



Dacă muşchiul sfincterian a fost afectat prin traumă, naştere naturală sau o intervenţie chirurgicală anterioară, poate fi necesară o intervenţie chirurgicală pentru a repara defectul.

Herniile

O hernie apare când o parte a organismului (de obicei intestinul subţire) protruzionează printr-un orificiu sau un punct slăbit într-o altă parte a organismului. Câteva tipuri de hernii pot afecta abdomenul: inghinală, femurală, ombilicală, hiatală şi incizională. O hernie hiatală este protruzia unei părţi din stomac prin orificiul esofagian (hiatusul esofagian) al diafragmului.

Oamenii tind să asocieze apariţia herniilor cu ridicarea de greutăţi, dar de fapt herniile nu au nici o cauză aparentă şi ele pot fi chiar şi congenitale.

Hernia inghinală

La bărbaţi, hernia apare de obicei la nivelul zonei inghinale, regiunea unde cordonul spermatic şi vasele de sânge testiculare părăsesc cavitatea abdominală mergând către scrot. Zona prin care aceste structuri trec prin muşchii abdominali se numeşte canal inghinal.

Tratamentul chirurgical al herniilor

Tratamentul chirurgical este tratamentul preferenţial pentru cele mai multe hernii abdominale, cu excepţia herniilor ombilicale la copii, care de obicei se corectează singure în 1-2 ani.

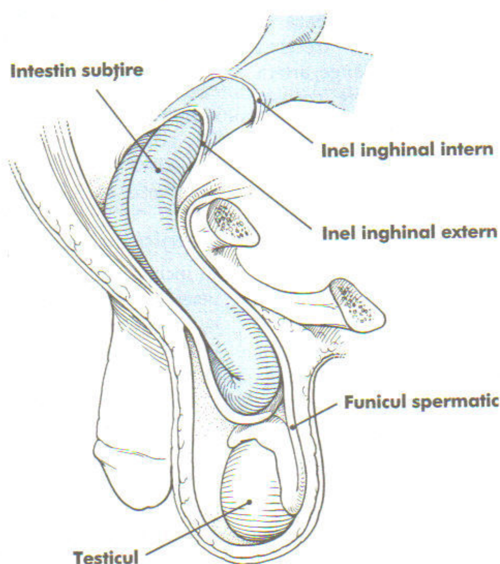
Procedura

Tratamentul chirurgical al herniilor constă în reamplasarea intestinelor protruzionate în abdomen şi repararea chirurgicală a ţesutului slăbit sau rupt, pentru a preveni realunecarea intestinului.

Operaţia poate fi amânată dacă sunteţi răcit şi tuşiţi, datorită faptului că presiunea abdominală din timpul tusei poate slăbi incizia înainte de a se vindeca cum trebuie.

Înainte de operaţie vi se va face anestezie locală, spinală sau generală în funcţie de tipul şi severitatea herniei. O incizie mică este făcută în aria de herniere şi ţesutul herniat este reintrodus în cavitatea abdominală. Acest tip de chirurgie se numeşte herniorafie. Dacă intestinul herniat este strangulat şi cangrenat, acea porţiune din intestin va fi scoasă (rezecată) şi capetele sănătoase vor fi unite între ele. Operaţia se încheie prin repararea ţesutului peretelui abdominal. Chirurgul poate alege să întărească peretele abdominal plasând un petic sintetic peste ţesut pentru a împiedica protruzia ulterioară. Această operaţie se numeşte hernioplastie.

Câteodată, operaţia de reparare a herniei este realizată laparoscopic. În locul unei incizii mari la nivel abdominal, chirurgul face câteva incizii mici, de 2-3 cm lungime. Instrumente flexibile tubulare (laparoscopul), unul dintre ele având ataşată o cameră miniaturală, sunt introduse prin incizie, permiţându-i



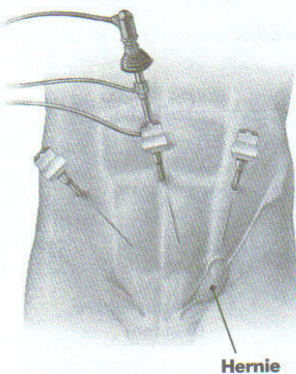
În cazul unei hernii inghinale, intestinul subţire protruzionează în scrot. Acest lucru se întâmplă frecvent la bărbaţi în locul unde funiculul spermatic (de care sunt suspendate testiculele) părăseşte abdomenul pentru a intra în scrot.

chirurgului să vadă în interiorul abdomenului şi să ghideze ansa protruzionată înapoi în locul ei, iar apoi să repare ţesutul slăbit şi muşchiul. Pentru că au fost făcute incizii mici, procedura duce la o recuperare mai rapidă decât chirurgia convenţională.

Recuperarea

Chirurgia herniilor este de obicei efectuată urmărind o externare cât mai rapidă. După operaţie, veţi fi rugat să vă mobilizaţi cât de repede puteţi, de obicei după prima zi. Un grad redus de inflamaţie este frecvent, dar mulţi oameni merg înapoi la lucru după câteva zile. Recuperarea poate dura 1 - 6 săptămâni, în funcţie de tipul de intervenţie chirurgicală pe care aţi suferit-o, de complicaţii şi de ocupaţia dumneavoastră.

Medicul vă poate sfătui să vă restricţionaţi orice activitate, însă este indicat să evitaţi sporturile de contact şi ridicarea unor greutăţi mari, timp ce cel puţin 3 săptămâni, pentru a permite inciziei să se vindece cum trebuie. Dacă observaţi înroşire sau disconfort în jurul locului unde s-a efectuat incizia, mergeţi la medic. Poate fi un semn de infecţie.



Chirurgia laparoscopică presupune introducerea instrumentelor pe la nivelul mai multor incizii de dimensiuni reduse. Chirurgia tradiţională utilizează doar o incizie mare.

Când o ansă intestinală părăseşte abdomenul împreună cu cordonul spermatic, avem de-a face cu o hernie inghinală indirectă. O umflătură direct prin peretele abdominal în această zonă se numeşte hernie inghinală directă. Atât hernia inghinală directă cât şi cea indirectă sunt responsabile de 4 din 5 hernii la bărbaţi. Mai puţin frecvent, hernia inghinală poate să apară şi la femei, la locul unde ţesutul conjunctiv care susţine uterul părăseşte abdomenul pentru a se uni cu ţesutul de lângă deschiderea vaginală.

Semnele şi simptomele herniei inghinale constau în disconfort în timp ce vă aplecaţi sau ridicaţi ceva şi o umflătură dură în zona inghinală. La bărbaţi, protruzia intestinală ajunge în scrot, provocând durere şi umflarea scrotului.

Diagnostic

De obicei un doctor poate diagnostica o hernie inghinală prin examenul fizic. Majoritatea herniilor determină umflături importante adiacente osului pubian. Multe hernii minore sunt detectate în timpul examenului fizic de rutină.

Cât de gravă este o hernie inghinală?

O hernie care nu poate fi readusă în abdomen prin aplicarea unei presiuni uşoare poate fi prinsă (încarcerată). Fără tratament, hernia se poate strangula şi poate opri aportul de sânge către intestin. Acest lucru poate determina cangrena unei porţiuni intestinale, o complicaţie ameninţătoare de viaţă care necesită tratament chirurgical imediat. Dacă proeminenţa este însoţită de greaţă şi vărsături, hernia poate deveni obstruată sau strangulată.

Tratament

Cel mai bun tratament pentru o hernie inghinală care produce semne şi simptome este o operaţie prin care intestinul este împins înapoi în abdomen şi musculatura slăbită a peretelui abdominal este cusută. Acest lucru se numeşte herniorafie.

În anumite cazuri medicul poate alege să facă o hernioplastie, lucru care implică utilizarea unei proteze pentru a întări zona slăbită. Acest tip de chirurgie poate fi aplicat folosind o tehnică minim invazivă denumită laparoscopie, în timpul căreia câteva mici incizii sunt făcute în abdomen în locul unei incizii mai mari. Acest tip de chirurgie reduce simptomele ca durerea secundară operației și grăbește vindecarea.

Purtarea unui bandaj suspensor nu este o soluție pe termen lung pentru hernie. Totuși, medicul vă poate sugera să o purtați înainte de operație pentru a împiedica agravarea herniei.

Hernia femurală

Hernia femurală se formează în canalul care asigură trecerea principalelor vase de sânge, artera și vena femurală, către coapsă. Această hernie produce o umflătură care este de obicei ceva mai jos decât locul unde apare de obicei cea din hernia inghinală.

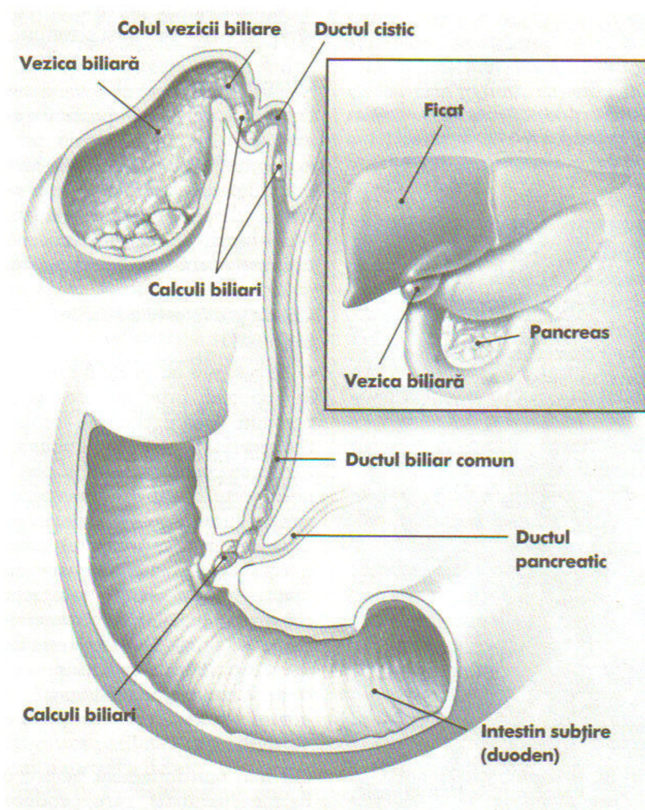
Herniile femurale sunt mai frecvente la femei decât la bărbați și acest tip de hernii sunt mai susceptibile la strangulare.

Hernia ombilicală

În acest tip de hernie, o masă apare la nivelul buricului (ombilicului) datorită slăbirii peretelui abdominal din jurul acestuia. Unii copii nou-născuți au hernie ombilicală. O parte din intestinele lor au rămas în afara cavității lor abdominale. Aceste hernii de obicei nu produc vreun semn sau simptom și se pot rezolva singure. La adulți, herniile ombilicale câteodată devin inflamate sau dureroase și trebuie reparate.

Hernia incizională

O incizie chirurgicală la nivelul peretelui abdominal poate conduce la o hernie incizională. Herniile incizionale au risc redus de complicații, deși în timp porțiuni din intestinul dumneavoastră pot protruziona (proemina) pe la nivelul herniei și pot provoca disconfort.



Vezica biliară este amplasată în spatele ficatului, la nivelul abdomenului drept superior. O colică biliară se produce atunci când pietrele care se formează în vezica biliară se inclavează în colul vezicii biliare sau în ductul cistic care duce la ductul biliar principal (comun). Pietrele care obstruează ductul biliar comun sau ductul pancreatic pot determina inflamația ductului biliar (colangită) sau pancreatită.

Bolile vezicii și ale căilor biliare

Vezica biliară este un sac în formă de pară de 7-10 cm lungime și aproximativ 2,5 cm în diametru, care este atașat pe fața inferioară a ficatului, în partea dreaptă a dumneavoastră. Vezica biliară depozitează bila, care este produsă în ficat, și o elimină în partea superioară a intestinului dumneavoastră subțire după mese. Bila facilitează digestia grăsimilor. Câteva situații pot afecta vezica biliară și ductele biliare.

Litiaza biliară

Semne și simptome

- Durere bruscă și intensă la nivelul abdomenului superior
- Durere abdominală care durează între 30 de minute și câteva ore
- Durere care merge în umărul drept, zona de iradiere a vezicii biliare
- Stare de greață și câteodată vomă

Calculii biliari sunt structuri cristaline de dimensiunea unui fir de nisip sau mari cât o minge de golf. Ei pot fi netezi și rotunzi sau neregulați, cu multe colțuri. Unii

Diagnosticul obstrucţiilor ductale

Ductele biliare şi pancreatice au dimensiuni reduse şi sunt localizate profund în abdomen, astfel încât testele diagnostice standard de cele mai multe ori nu sunt utile pentru examinarea lor. Pentru a identifica o posibilă obstrucţie la nivelul unui duct, doctorul poate folosi una dintre următoarele proceduri:

Ultrasonografia endoscopică

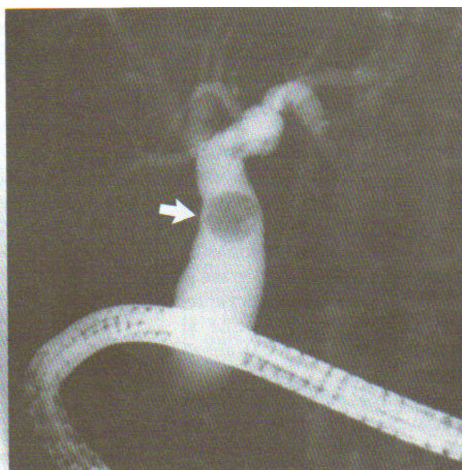
Presupune utilizarea unei sonde ultrasonografice de dimensiuni mici ataşată unui instrument subţire şi flexibil denumit endoscop; în timp ce dumneavoastră sunteţi sedat, endoscopul este introdus prin gură, apoi în faringe, esofag şi stomac, până la nivelul porţiunii superioare a intestinului subţire (duodenul).

Sonda ultrasonografică este folosită pentru a vedea organele interne şi structurile adiacente stomacului şi intestinului, inclusiv vezica biliară, pancreasul şi ficatul. Ultrasonografia endoscopică ajută la diagnosticul afecţiunilor acestor organe, inclusiv a obstrucţiei de la nivelul ductelor pancreatice şi biliare. Această investigaţie oferă imagini clare, fără a mai fi necesară injectarea de substanţă de contrast în aceste ducte, reducând astfel riscul complicaţiilor. Dacă este descoperită o excrescenţă, se pot lua probe de ţesut (biopsii) pentru analize de laborator.

Colangiopancreatografia endoscopică retrogradă

Aceasta este o altă procedură utilizată pentru a identifica cauza unei obstrucţii a ductului biliar, cum este aceea determinată de pietre ale vezicii ale vezicii biliare, afectarea ţesutului ductelor biliare sau tumori.

În timp ce sunteţi sedat, un endoscop este introdus prin cavitatea bucală şi apoi în jos pe la nivelul gâtului şi stomacului până în prima parte a intestinului subţire (duodenul). Se injectează aer pentru distensia duodenului, ceea ce ajută la identificarea orificiului de dimensiuni reduse la nivelul căruia se deschid ductele biliare şi pancreatice. O dată ce această deschidere este identificată, un tub gol (cateter) este trecut prin endoscop şi prin ductele biliare sau pancreatice. Substanţa de contrast este injectată prin acest cateter la nivelul ductelor, după care se fac radiografii pe care se vizualizează ductele.



Această imagine radiologică prelevată în timpul unei colangiopancreatografii endoscopice retrograde arată ductul biliar comun dilatat ce conţine un calcul (vezi săgeata).

Alte tipuri de catetere pot fi trecute prin endoscop pentru a preleva mostre de ţesut sau pentru a trata anumite anomalii identificate pe radiografii.

Colangiografia transhepatică percutanată

Este un procedeu radiologic ce foloseşte substanţă de contrast pentru obţinerea imaginii ductelor biliare. Înainte de efectuarea testului, vă întindeţi pe o masă de radiologie care poate fi rotită atât în plan vertical cât şi în plan orizontal. Un tub este introdus într-o venă de la nivelul braţului pentru administrarea unui sedativ şi a unui antibiotic. Pielea din dreptul ficatului este curăţată cu un antiseptic şi este injectat sub piele un anestezic local.

Odată ce zona care a fost anesteziată devine insensibilă, un ac lung şi subţire este introdus în ficat. Majoritatea oamenilor nu simt acul trecând prin ficat. Când imaginea radiografică indică faptul că acul a ajuns în ductul biliar, un mediu de contrast este injectat prin ac. O serie de radiografii sunt efectuate în timp ce dumneavoastră sunteţi rotit în poziţii diferite care asigură imagini variate ale ficatului. Este posibil să fiţi nevoit să staţi în spital peste noapte pentru a fi monitorizat în caz de sângerări sau infecţii.

oameni au doar o singură piatră iar alţii pot avea sute. Calculii biliari sunt frecvenţi, afectând aproape 10% din toţi adulţii din SUA.

Un calcul biliar care obstruează ductul cistic migrând din vezica biliară în ductul biliar principal (comun) poate provoca durere şi câteodată inflamaţia vezicii biliare. Ductul biliar comun este un conduct care ajunge în duoden, pornind atât de la nivelul ficatului cât şi de la nivelul vezicii biliare. Cu toate că pietrele biliare apar la multe persoane, de obicei nu produc semne şi simptome. Probabilitatea apariţiei semnelor şi simptomelor sau a complicaţiilor datorate pietrelor din vezica biliară este probabil mai puţin de 20% pentru o perioadă de timp dată. La un procent mic de pacienţi acestea pot determina apariţia crizelor biliare.

Durerea dintr-o criză biliară debutează cel mai adesea brusc şi poate dura câteva ore. De obicei este severă şi constantă, putând fi însoţită de greaţă şi vărsături. Pe

măsură ce durerea cedează, puteţi simţi o senzaţie dureroasă mai blândă sau o sensibilitate accentuată în abdomenul superior, care poate dura chiar şi o zi.

Crizele biliare pot fi rare, producându-se nu mai des de câteva ori pe an. Oamenii pun frecvent pe seama pietrelor biliare stări de vomă şi vărsăturile, balonările, intoleranţa la mâncărurile grase şi durerile abdominale frecvente, dar de obicei aceste semne şi simptome nu se datorează calculilor biliari.

Îngălbenirea pielii şi a ochilor dumneavoastră (icterul), mai ales dacă este însoţită de durere, sugerează că piatra a migrat în ductul biliar comun. Prezenţa febrei înalte sau a frisonului indică de obicei o complicaţie cum este inflamaţia vezicii biliare (colecistită), pancreatita acută sau infecţie la nivelul ductului biliar (colangită), datorate unei obstrucţii.

Câteodată, semnele şi simptomele bolilor vezicii biliare apar după masă, dar ele pot apărea oricând, chiar şi atunci când dormiţi.

Autopsiile arată că pietrele vezicii biliare apar la 20-30% dintre femeile cu vârsta peste 70 de ani, ceea ce reprezintă mai mult decât dublul procentului găsit la bărbaţi. Probabilitatea de apariţie a calculilor biliari creşte cu vârsta şi cu obezitatea. Scăderea rapidă şi severă în greutate poate fi de asemenea asociată cu apariţia de pietre la nivelul vezicii biliare.

Tipuri

Nu toţi calculii biliari sunt formaţi din acelaşi material. Majoritatea conţin un amestec de substanţe. La americani, 80% din compoziţia pietrelor biliare este reprezentată de colesterol. Restul de 20% sunt reprezentate mai ales de calciu şi de săruri ale pigmenţilor biliari.

În mod normal acizii biliari şi fosfolipidele ca lecitina împiedică colesterolul să devină prea concentrat şi să formeze pietre la nivelul vezicii biliare. Totuşi, când concentraţia de colesterol din bilă creşte peste capacitatea acizilor biliari şi a lecitinei de a menţine aceste echilibru, colesterolul poate cristaliza şi se poate transforma în pietre.

Diagnostic

Dacă apare o durere persistentă şi severă la nivelul abdomenului superior, medicul va dori să vă investigheze pentru calculi biliari. El vă poate palpa abdomenul pentru a vedea dacă vezica dumneavoastră biliară este dureroasă şi dacă a devenit umflată (destinsă) datorită obstrucţiei unui duct biliar. Testele utilizate pentru diagnosticul litiazei veziculare constau în analize sangvine şi o examinare ultrasonografică a vezicii biliare, care poate identifica pietrele din interiorul acesteia. Alte analize care pot fi folosite sunt tomografia computerizată şi scanarea cu radionuclizi – vezi cap. 39 „Teste diagnostice" pentru mai multe informaţii.

Tratament

Dacă aveţi litiază biliară, dar nu vă deranjează prin semne şi simptome, este posibil ca medicul să nu vă recomande nici un tratament specific, ci mai degrabă să vă sfătuiască să le supravegheaţi şi să aşteptaţi. Dacă aveţi dureri ale vezicii biliare sau dacă aţi avut unul sau mai multe episoade de inflamaţie ale pancreasului, el vă poate recomanda un tratament.

Tratament chirurgical

Extragerea chirurgicală a pietrelor vezicii biliare (colecistectomia) este tratamentul de elecţie la majoritatea persoanelor cu această boală. Frecvent, această operaţie poate fi efectuată folosind o procedură numită laparoscopie, care este mai puţin invazivă decât chirurgia tradiţională pentru că se face prin câteva incizii mici abdominale în locul unei incizii mari cum este cea din chirurgia tradiţională. În anumite cazuri, poate fi utilizată o procedură denumită colangiopancreatografie endoscopică retrogradă, ce constă în introducerea prin gură a unui tub flexibil de care este ataşată o cameră de luat vederi (endoscop), până la deschiderea ductului biliar comun la nivelul tractului digestiv. Dacă este descoperit un calcul în duct, el poate fi extras imediat cu alte instrumente ataşate endoscopului.

Dizolvarea pietrelor

Dizolvarea este o formă de tratament a calculilor vezicali, apărută în anii '70. Poate dizolva pietrele de colesterol, dar datorită limitărilor este în prezent rar utilizat. Un acid biliar (acid ursodeoxicolic) este luat timp de o lună sub formă de tablete. Acest medicament scade concentraţia de colesterol din vezica biliară, permiţând acizilor biliari să transforme colesterolul solid de la nivelul pietrelor într-un amestec solubil complex. Medicamentul acţionează cel mai bine dacă pietrele de colesterol sunt mici şi la computer tomograf nu apar impregnate cu calciu.

Medicamentul se administrează în funcţie de greutatea corporală şi poate fi scump. În general, poate dura câteva luni sau chiar ani pentru ca acizii biliari să dizolve pietrele. Aşadar, această abordare nu este practică dacă aveţi dureri frecvente ale vezicii biliare. În plus, dacă întrerupeţi terapia medicamentoasă, aveţi risc peste 50% de apariţie a altor pietre la nivelul vezicii biliare deoarece problema secreţiei în exces de colesterol este încă prezentă.

Obstrucţia ductului biliar

Semne şi simptome

- Durere în abdomenul superior
- Îngălbenirea pielii şi a ochilor
- Mâncărime
- Febră înaltă şi frison
- Fecale de culoare gri-deschis sau cafenie
- Urină de culoarea ceaiului sau a cafelei

Semne şi simptome de urgenţă

- Piele rece, palidă şi lucioasă, asociată cu puls rapid sau slab
- Confuzie mentală

O obstrucţie la nivelul căii principale de transport a bilei către duoden (ductul biliar comun) poate să apară din mai multe motive:

Calculii biliari

Cea mai comună cauză a unei obstrucţii a ductului biliar sunt calculii de la vezica biliară, care au migrat în duct. Unul sau mai mulţi

calculi pot obstrua ductul îngust şi pot determina apariţia durerilor episodice la nivelul abdomenului superior. Puseele febrile însoţite de frisoane reci, precum şi îngălbenirea pielii şi a ochilor (icter) pot fi semne de obstrucţie severă a ductului biliar (obstrucţie acută).

O obstrucţie la nivelul ductului biliar comun, localizată la nivelul unirii acestuia cu ductul pancreatic poate determina inflamaţia pancreasului (pancreatită). Enzimele pancreatice nu pot părăsi pancreasul şi rămân prinse în interiorul acestuia, afectându-l. Obstrucţiile ductului biliar comun pot fi o urgenţă medicală, necesitând îndepărtarea imediată a obstrucţiei.

Stictura ductului biliar comun

Strictura (îngustarea) ductului biliar comun este o complicaţie posibilă a chirurgiei vezicii biliare sau a ductului biliar. Strictura se poate dezvolta imediat după operaţie sau la o distanţă de câţiva ani de la operaţie. Strictura poate să apară după o obstrucţie datorată calculilor biliari. Operaţia poate corecta frecvent această problemă.

Hemobilia

Sângele din ductul biliar (hemobilia) poate coagula şi obstrua ductul. Hemobilia este o situaţie rară, care poate să apară ca rezultat al unei traume la nivelul ficatului sau a ductului biliar în timpul operaţiei. Pacienţii cu hemobilie au frecvent dureri abdominale, icter şi sânge în fecale. Frecvent coagulii se dizolvă spontan, dar poate fi uneori necesară extragerea lor pe cale chirurgicală sau nechirurgicală.

Colangita sclerozantă primară

Termenul scleroză semnifică întărirea şi îngroşarea unui ţesut. O afecţiune cronică denumită colangită sclerozantă primară determină îngroşarea şi întărirea ţesuturilor de la nivelul peretelui ductului biliar. Acestea pot bloca parţial ductul şi pot duce la formarea în duct a pietrelor biliare. Fie obstrucţia, fie pietrele rezultate pot provoca semne şi simptome asemănătoare cu cele produse de calculii din ductul biliar şi care constau în icter, mâncărime (prurit), durere în partea dreaptă a abdomenului şi episoade de febră şi frison.

Colangita sclerozantă primară poate duce la ciroză, insuficienţă hepatică, cancer de duct biliar sau sângerări de la nivelul venelor esofagiene. Frecvent, colangita sclerozantă se asociază cu boli subiacente, cum este colita ulcerativă.

Cancerul ductului biliar

O tumoră canceroasă (malignă) la nivelul ductului biliare poate determina obstrucţia acestuia. Semnele şi simptomele cancerului de duct biliar constau în icter, scădere ponderală, fecale de culoare deschisă şi dureri abdominale.

Alte cauze

Câteodată ductul biliar comun poate deveni parţial sau complet obstruat datorită presiunii externe. Aceasta poate să apară ca o complicaţie a pancreatitei, cancerului pancreatic, limfomului sau datorită unui cancer care a metastazat dintr-o altă parte a organismului. Semnul principal este icterul. Tratamentul este orientat către boala de bază.

Diagnostic

Datorită faptului că semnele şi simptomele precoce ale obstrucţiei ductului biliar sunt asemănătoare indiferent de cauză, medicul va utiliza multe din testele diagnostice folosite pentru identificarea pietrelor la nivelul vezicii biliare. Alte 2 proceduri diagnostice, denumite colangiografia percutană transhepatică şi colangiopancreatografia endoscopică retrogradă folosesc injectarea substanţei de contrast în ductul biliar comun (vezi pag. 897).

Cât de gravă este obstrucţia ductului biliar?

Blocarea ductului biliar este o problemă serioasă şi chiar ameninţătoare de viaţă, care necesită tratament prompt. Culturile din sânge, recoltate în timpul episoadelor de febră, pot arăta prezenţa bacteriilor care au pătruns în curentul sangvin dintr-un duct biliar infectat şi obstruat. Infecţia sangvină (sepsis) poate duce la şoc.

Tratament

Scopul principal al tratamentului este îndepărtarea blocajului.

Tratament chirurgical

Când cauza obstrucţiei este un calcul sau mai mulţi situaţi la nivelul ductului biliar şi există calculi şi la nivelul vezicii biliare, medicul vă poate recomanda intervenţia chirurgicală pentru îndepărtarea vezicii biliare şi a pietrelor rămase la nivelul ductului. Uneori, el preferă să scoată pietrele din ductele biliare înaintea operaţiei folosind alte tehnici.

Dacă obstrucţia se datorează unei îngustări (stricturi) a ductului biliar, un chirurg priceput, specializat în reparaţiile tractului biliar, poate reconstrui ductul biliar. Dacă tentativele anterioare de reparaţie a ductului biliar nu au fost încununate de succes, ductul poate fi lărgit şi un tub subţire (stent) poate fi inserat în zona îngustată pentru a ţine ductul deschis şi a permite trecerea bilei.

Deoarece colangita sclerozantă primară în stadiul avansat determină frecvent multiple îngustări care nu pot fi tratate cu stent sau cu alte mijloace, în prezent nu există nici un tratament specific pentru aceasta. Dacă anomalia se complică cu insuficienţă hepatică, transplantul hepatic poate fi o opţiune.

Colangiopancreatografia endoscopică retrogradă

Aceasta este o procedură în cursul căreia un tub subţire (endoscop) este introdus în tractul digestiv până la nivelul unde ductul biliar comun pătrunde în porţiunea superioară a intestinului subţire (duoden). Un dispozitiv pentru tăiat poate fi introdus până la intrarea în ductul biliar, lărgind-o şi permiţând trecerea pietrei obstruante. Un tub subţire poate fi plasat în duct pentru a-l menţine deschis.

Tratament medicamentos

Mâncărimea este frecvent simptomul predominant în obstrucţia cronică a ductului biliar. Poate fi tratată cu succes cu ajutorul medicamentelor. Doctorul poate prescrie vitaminele A, D, E, K, care sunt slab absorbite la persoanele cu obstrucţie de duct biliar. Dacă obstrucţie şi frisoanele apar, se poate administra un antibiotic.

Chistul coledocian

În ductele biliare se pot forma uneori chiste. Cele datorate unui defect din naştere, care determină expansiunea ductelor, sunt numite chiste coledociene. Un chist coledocian poate conduce către obstrucţie şi infectarea ductului biliar, ceea ce determină îngustarea (strictura) acestuia. Deoarece procesul este progresiv, mulţi oameni simt din când în când simptome abdominale şi iritaţii cu mulţi ani anterior de dezvoltarea obstrucţiei.

O dată diagnosticat un astfel de chist, este de obicei îndepărtat pe cale chirurgicală. Persoanele care au avut un chist coledocian au risc crescut de a dezvolta cancer de duct biliar.

Bolile pancreasului

Pancreasul este situat orizontal în spatele porţiunii inferioare a stomacului. Capul pancreasului este încadrat de peretele primei porţiuni a intestinului subţire (duodenul), iar coada lui se întinde până la splină. Pancreasul este o glandă, ceea ce înseamnă că poate produce o secreţie utilizată la alt nivel în organism. Pancreasul are două părţi şi produce mai multe tipuri de secreţii.

Pancreasul produce şi secretă enzime digestive şi substanţe alcaline cum este bicarbonatul de sodiu, în ductul pancreatic, de unde apoi ajung la nivelul duodenului. Secreţia alcalină înlesneşte descompunerea nutrienţilor în unităţi mai mici de către enzimele digestive, permiţându-le astfel să fie absorbiţi în curentul sangvin la nivelul intestinului subţire.

Pancreasul produce şi secretă de asemenea hormonii insulină şi glucagon în curentul sangvin. Aceşti hormoni sunt importanţi pentru că ajută la reglarea metabolismului, inclusiv a nivelelor glicemiei.

Infecţiile, traumatismele şi tumorile pot afecta pancreasul, afectându-i astfel funcţia. Dacă de exemplu secreţia de insulină este redusă, poate să apară diabetul.

Pancreatita acută

Semne şi simptome

- Durere abdominală continuă, intensă, posibil iradiată către spate şi în piept
- Durere care poate debuta după o masă abundentă sau după un exces de alcool
- Febră
- Greaţă şi vărsături
- Umflarea abdomenului şi sensibilizarea lui

Pancreatita acută este o inflamaţie severă, dar temporară, a pancreasului. Factorii asociaţi cu pancreatita acută sunt consumul de alcool, litiaza biliară, creşterea nivelului calciului sau a trigliceridelor sangvine, infecţii virale şi bacteriene, şi anumite medicamente. Mecanismele prin care aceşti factori favorizează inflamaţia pancreatică nu sunt pe deplin cunoscute. Totuşi există câteva teorii.

O teorie importantă este că pancreatita acută apare când enzimele pancreatice afectează glanda, procesul fiind numit autodigestie. Enzimele digestive puternice sunt în mod normal secretate de pancreas în forme inactive şi devin active numai după ce pătrund în intestinul subţire. În timpul pancreatitei acute aceste enzime pot deveni active în interiorul glandei. Ca rezultat, enzimele încep să digere ţesutul pancreatic. Mai mult, anumite enzime pot declanşa o reacţie în lanţ prin activarea altor enzime, crescând cantitatea de enzime implicate în procesul distructiv.

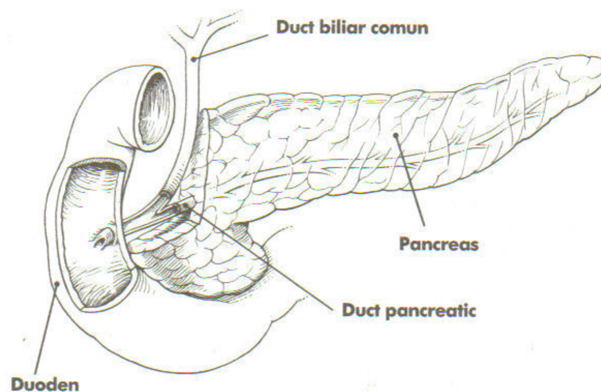
Autodigestia determină umflarea (edemul), inflamaţia şi sângerarea consecutiv afectării vaselor de sânge pancreatice. Netratată, această afecţiune poate produce probleme serioase.

Diagnostic

Pancreatita acută este caracterizată de durere intensă şi constantă la nivelul abdomenului superior, care poate iradia în spate sau în piept. Durerea este frecvent agravată de statul întins pe spate şi poate ceda când staţi în picioare sau aplecat înainte. Alte semne şi simptome sunt abdomenul umflat (destins) şi sensibilitatea abdominală.

În timpul unui examen fizic, doctorul poate descoperi durerea prin apăsare în zona abdominală. Se poate preleva o probă de sânge pentru a căuta anomalii specifice, cum ar fi niveluri crescute ale unor enzime pancreatice, numărul crescut al celulelor albe, glicemia crescută (hiperglicemie) şi calciul scăzut (hipocalcemie). Alte analize pot fi radiografia abdominală, ultrasonografia endoscopică sau

Pancreasul



tomografia computerizată. Vezi cap. 39 „Teste diagnostice" pentru mai multe informații.

Cât de gravă este pancreatita acută?

În majoritatea cazurilor semnele și simptomele pancreatitei acute ușoare dispar în câteva săptămâni. În schimb, pancreatita severă poate fi amenințătoare de viață. Complicațiile majore sunt distrucțiile extensive ale glandei, dezvoltarea unui abces sau a unui chist în pancreas (pseudochist) și scurgerea de lichid pancreatic în cavitatea abdominală.

Tratament

Tratamentul formelor ușoare de pancreatită acută se axează pe scăderea fluxului de enzime pancreatice. O parte importantă a tratamentului este prevenirea sau reducerea eliberării de enzime pancreatice și astfel să protejăm pancreasul de distrucții viitoare. Deoarece mesele pot crește secreția, veți fi hrănit intravenos până când semnele și simptomele se ameliorează. Nu trebuie să consumați absolut deloc alcool.

Tratament medicamentos

Pentru a ușura durerea este de obicei prescris un analgezic. Antibioticele pot fi administrate dacă este prezentă sau suspectată o infecție.

Tratament chirurgical

Dacă boala de bază care a determinat pancreatita este reprezentată de existența calculilor biliari sau o obstrucție a ductului pancreatic, intervenția chirurgicală poate fi necesară pentru a elimina un calcul sau pentru a înlătura obstrucția, dar de obicei această se efectuează după ce pancreatita a fost tratată și controlată. Dacă o piatră este prezentă la nivelul ductului biliar și pancreatic comun, doctorul poate lua în considerare o procedură denumită colangiopancreatografie endoscopică retrogradă, în care un tub flexibil subțire fibro-optic este introdus prin gură, apoi prin tractul digestiv până când ajunge la nivelul intestinului subțire. Locul de vărsare al ductului este dilatat și piatra care determină obstrucția este îndepărtată utilizând instrumente trecute prin tubul endoscopic (vezi pag. 897).

Pancreatita cronică

Semne și simptome

- Durere abdominală recurentă sau persistentă, posibil intensă, iradiind în spate și în piept
- Materii fecale în cantitate mare, extrem de urât mirositoare
- Scădere în greutate
- Debut de diabet

Pancreatita cronică diferă de pancreatita acută prin faptul că se instalează într-o perioadă mare de timp (ani). O persoană cu pancreatită cronică poate avea atacuri recurente acute de durere și durere cronică persistentă. Atacurile acute pot fi însoțite de greață, vărsături și umflarea abdomenului (distensie). Multe persoane cu pancreatită cronică au istoric de abuz de alcool. În anumite cazuri, cauza este necunoscută.

Dacă aveți pancreatită cronică, pancreasul dumneavoastră devine treptat din ce în ce mai incapabil să secrete enzimele necesare pentru o digestie adecvată și pentru absorbția grăsimilor din dietă. Această stare se numește insuficiență pancreatică exocrină. La adulți, alcoolismul este cea mai comună cauză a acestei insuficiențe. La copii, fibroza chistică este cauza cea mai frecventă.

Spre deosebire de durerea persistentă din pancreatita acută, durerea din pancreatita cronică poate varia – poate fi constantă, ocazională, intermitentă sau absentă. Insuficiența pancreatică poate determina de asemenea scăderea ponderală și emisia unor fecale abundente și palide, cu miros foarte urât și conținând grăsimi (steatoree). Cicatricele severe ale pancreasului după o pancreatită cronică pot duce la diabet.

Alt semn de pancreatită cronică sunt depozitele mici și dense care se formează în ductul pancreatic sau în țesutul pancreatic. Această situație, denumită calcificare pancreatică, poate fi vizualizată cu ajutorul unei radiografii sau a unei tomografii computerizate abdominale. Pancreatita produsă de consumul de alcool este o cauză frecventă a calcificărilor de acest tip. Chiar și consumul moderat, dar persistent, de băuturi alcoolice poate produce în timp calcificări pancreatice semnificative. Fumatul poate crește rata de calcificare.

Diagnostic

Pentru a confirma un diagnostic de pancreatită cronică, medicul va preleva probe de sânge și de materii fecale. Persoanele cu pancreatită cronică au frecvent un conținut crescut de grăsimi în materiile fecale deoarece grăsimile nu sunt absorbite la nivel intestinal.

Niveluri anormale de enzime pancreatice în materiile dumneavoastră fecale sunt un alt indiciu că pancreasul poate fi bolnav sau afectat.

Alte teste pot fi tomografia computerizată abdominală, examinarea endoscopică ultrasonografică sau colangiopancreatografia endoscopică retrogradă (vezi pag. 897). Aceste teste pot identifica semne ale alterării ductelor pancreatice sau obstrucții ale ductului pancreatic principal sau ale ductului biliar comun.

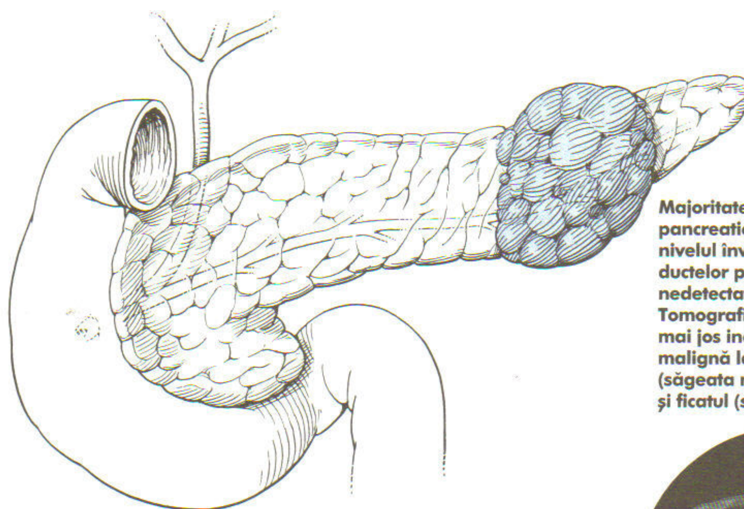
Doctorul vă poate recomanda de asemenea un test de stimulare pancreatică. Acesta presupune administrarea unei soluții printr-un tub care este trecut prin nas până la nivelul stomacului și apoi către duoden, pentru a stimula pancreasul să secrete suc gastric. Poate fi administrat un hormon stimulant. Secrețiile din duoden sunt apoi extrase și analizate după o perioadă de 2 ore. Secreția anormală sugerează că funcția pancreasului poate fi alterată.

Tratament

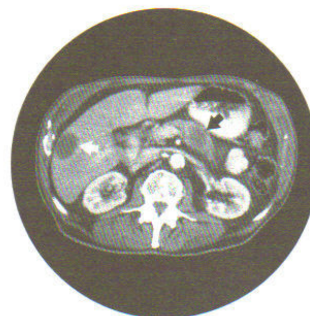
Tratamentul pentru pancreatita cronică este de obicei axat pe 2 mari probleme: durerea și malabsorbția. Dacă se depistează un diabet, acesta necesită de asemenea tratament.

Tratament medicamentos

Dacă aveți dureri intermitente vi se poate administra un medicament non-narcotic pentru reducerea durerii (analgezic). Malabsorbția este de obicei tratată cu preparate enzimatice pancreatice care sunt



Majoritatea cancerelor pancreatice debutează la nivelul învelişului intern al ductelor pancreatice şi cresc nedetectate timp de mulţi ani. Tomografia computerizată de mai jos indică o tumoare malignă la nivelul pancreasului (săgeata neagră) care a cuprins şi ficatul (săgeata albă).



luate pentru a înlocui enzimele care nu sunt secretate în duoden de către pancreas. Tabletele sunt luate la mese şi la gustări. Terapia enzimatică poate de asemenea ajuta la scăderea durerii.

Dieta

Veţi fii instruit să vă abţineţi de la consumul de alcool şi cel mai probabil să evitaţi alimentele cu conţinut ridicat de grăsimi.

Tratament chirurgical şi alte proceduri

Pentru o durere acută care nu poate fi controlată, opţiunile terapeutice constau în îndepărtarea obstrucţiei ductelor pe cale endoscopică sau chirurgicală sau îndepărtarea ţesutului afectat sau proceduri de înlăturare a semnalelor dureroase sau distrugerea nervilor care transmit durerea.

Cancerul de pancreas

Semne şi simptome

- Câteodată nici unul
- Durere abdominală, posibil iradiată în spate
- Scădere a apetitului şi scăderea în greutate
- Icter
- Prurit
- Greaţă şi vărsături
- Sângerări intestinale

Deşi cancerul pancreatic reprezintă numai un procent mic din toate cancerele din SUA, este a patra cauză de deces prin cancer. Motivul pentru care acest cancer are o mortalitate aşa de mare este faptul că frecvent este diagnosticat tardiv, el neproducând nici un semn şi nici un simptom până la atingerea unui stadiu avansat şi incurabil. Când semnele şi simptomele apar, cele mai frecvente sunt durerea abdominală, scăderea în greutate, îngălbenirea pielii şi a ochilor (icterul). Scăderea în greutate este importantă, fiind în medie de 13 kg. Icterul apare dacă tumora blochează ductul biliar comun.

Multe din motivele pentru care apare cancerul sunt neclare. Anumiţi factori pot creşte riscul.

- *Fumatul* – fumătorii sunt de 2-3 ori mai predispuşi la cancer pancreatic faţă de nefumători.
- *Istoricul fam*ilial – cancerul pancreatic pare că are agregare familială.
- *Vârsta* – majoritatea persoanelor au între 60 şi 80 de ani atunci când sunt diagnosticate cu această boală.
- *Sexul* – bărbaţii au un risc cu 30% mai mare de boală faţă de femei.
- *Rasa* – negrii au probabilitatea mai mare să aibă această boală faţă de alte persoane de rasă diferită.
- *Pancreatita cronică* – unele studii sugerează că persoanele cu inflamaţie pe termen lung a pancreasului (pancreatită cronică) pot avea un risc crescut de a dezvolta cancer pancreatic.

Diagnostic

Pentru că pancreasul este localizat profund în abdomen, în spatele altor organe, este aproape imposibil pentru un doctor să simtă o formaţiune palpabilă atunci când examinează pacientul. Semnele posibile ale cancerului pancreatic la examenul fizic constau în sensibilitate abdominală, icter şi mărirea ficatului.

Analizele care ajută la diagnosticul cancerului pancreatic sunt ultrasonografia endoscopică şi tomografia computerizată abdominală. Mostre de ţesut pancreatic pot fi obţinute prin biopsie în timpul unei ultrasonografii endoscopice sau prin biopsie ghidată prin tomografie computerizată. Vezi cap. 39, „Teste diagnostice", pentru mai multe informaţii despre aceste teste.

Ocazional, o investigaţie denumită colangiopancreatografie retrogradă endoscopică poate fi de ajutor. Uneori, chirurgia exploratorie este necesară pentru stabilirea diagnosticului.

Cât de grav este cancerul pancreatic?

Rata de supravieţuire în cancerul pancreatic este în general redusă. În momentul în care cancerul este identificat, el a metastazat. Supravieţuirea medie în cancerul pancreatic avansat este de 3 - 6 luni de la data diagnosticului.

Tratament

În cazul în care cancerul este descoperit precoce şi este limitat la nivelul pancreasului, îndepărtarea unei părţi a pancreasului sau a pancreasului în întregime poate fi încununată de succes. Cea mai frecventă operaţie se numeşte procedura Whipple. Aceasta constă în scoaterea unei părţi din stomac şi a primei părţi a intestinului subţire împreună cu vezica biliară. Este o operaţie complexă şi dificilă care necesită o perioadă de recuperare lungă.

Radio- şi chimioterapia pot fi folosite pentru creşterea duratei de supravieţuire, dar nu vindecă boala. Analgezicele sunt prescrise frecvent pentru a controla durerea. O altă opţiune este blocarea unui nerv (blocarea ganglionilor celiaci), prin care sunt distruşi nervii care se duc spre pancreas. Terapia cu enzime pancreatice poate fi de folos în reducerea malabsorbţiei şi a scăderii în greutate.

Anomalii pancreatice congenitale

Ocazional, problemele pancreatice pot să apară la naştere.

Pancreasul anular

Pancreasul inelar este o anomalie cu incidenţă rară, care constă într-un inel de ţesut pancreatic care înconjoară prima porţiune a intestinului subţire (duodenul) şi care poate produce ocluzie intestinală. Această afecţiune poate determina apariţia de simptome la copii şi mai rar la adulţi.

Vă puteţi simţi extrem de plini după mese iar mai târziu pot să apară dureri în zona gastrică, însoţite de greaţă şi vărsături. Deoarece simptomele pot fi blânde şi tolerabile, mulţi oameni trăiesc ani întregi înainte să fie diagnosticaţi cu această anomalie.

Datorită ocluziei intestinale, persoanele cu pancreas anular pot să prezinte complicaţii precum pancreatita sau ulcerul peptic. O dată diagnosticat cu această afecţiune, datorită potenţialului ei de complicaţii, este necesar ca problema să fie corectată chirurgical.

Pancreas divisum

Pancreas divisum este un defect congenital în care cele două părţi ale pancreasului nu mai cresc împreună. În consecinţă, pancreasul trebuie să dreneze secreţiile printr-un duct secundar de dimensiuni mai mici. Mulţi indivizi cu această anomalie nu prezintă semne şi simptome, dar unii dintre ei pot dezvolta inflamaţii ale pancreasului (pancreatite).

Bolile ficatului

Ficatul este cel mai mare organ intern nepereche şi este extreme de complex. Cântărind mai mult de 2 kg, ficatul îndeplineşte mai multe funcţii complicate esenţiale pentru funcţionarea normală a întregului organism. Aceste funcţii pot fi grupate în 3 categorii: reglare, metabolism şi detoxifiere.

- *Reglarea.* Ficatul reglează compoziţia sângelui, mai ales a cantităţii de zahăr (glucoză), proteine şi grăsimi care intră în curentul sangvin. Ficatul de asemenea înlătură substanţa denumită bilirubină din sânge. Bilirubina apare în urma distrugerii celulelor roşii ale sângelui. O dată ce bilirubina pătrunde în ficat, este modificată chimic, devenind astfel solubilă în apă, se adaugă bilei şi este eliminată în materiile fecale.
- *Metabolismul.* Ficatul prelucrează marea majoritate a nutrienţilor absorbiţi din intestin. În plus faţă de convertirea multor nutrienţi în forme care pot fi utilizate de organism, ficatul serveşte şi ca depozit central pentru alţi nutrienţi ca vitamina A şi fierul. De asemenea, produce colesterol, factori ai coagulării, proteine specifice şi bilă, un lichid care favorizează digestia grăsimilor.
- *Detoxifierea.* Ficatul detoxifică sângele, înlătură anumite medicamente şi metaboliţi cu potenţial toxic sau substanţele chimice din curentul sangvin şi le converteşte în forme care pot fi excretate în bilă iar apoi în fecale.

Datorită complexităţii sale şi datorită expunerii la multe substanţe cu potenţial nociv, ficatul este extrem de vulnerabil la agresiuni. Totuşi, natura protejează ficatul în 2 moduri. În primul rând, ficatul este capabil să se regenereze – se poate vindeca singur prin repararea sau înlocuirea ţesutului agresionat. În al doilea rând, ficatul are mai multe unităţi care pot efectua aceleaşi funcţii, astfel că dacă ţesutul dintr-un sector al organului este afectat, alte zone îi pot prelua funcţiile pentru o perioadă nedeterminată sau până când ţesutul se repară.

Hepatitele

Semne şi simptome

- Oboseală
- Scăderea apetitului
- Greaţă şi ocazional vărsături
- Icter
- Stare subfebrilă
- Disconfort la nivelul abdomenului mijlociu

Cea mai frecventă boală care afectează ficatul este hepatita (inflamaţia ficatului). Aceasta poate lua diferite forme.

Hepatita indusă de alcool sau medicamente

Hepatita indusă de alcool sau de medicamente este cea mai frecventă formă a acestei boli, apărând la persoanele care consumă excesiv alcool sau care iau anumite medicamente.

Hepatita acută versus hepatita cronică

Semnele şi simptomele hepatitei pot dura o perioadă scurtă de timp şi apoi pot dispărea (hepatita acută) sau pot persista indefinit (hepatita cronică).

Hepatita acută

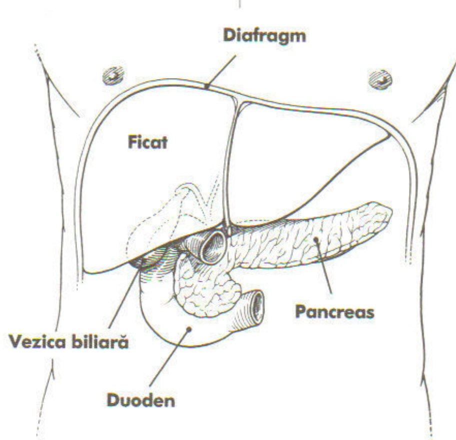
Hepatita acută în general afectează puţin sau pentru o perioadă scurtă ficatul. Poate debuta brusc sau treptat, dar de obicei se remite în 6 luni sau mai puţin. Pe măsură ce apărarea organismului învinge virusul, inflamaţia ficatului şi semnele şi simptomele asociate se reduc treptat şi apoi dispar. Hepatita A şi hepatita E sunt forme acute. Hepatita B este de asemenea acută, dar în unele cazuri inflamaţia poate deveni cronică. Copiii născuţi cu hepatită B au de obicei o formă cronică de boală.

Hepatita cronică

În hepatita cronică ficatul rămâne inflamat chiar dacă dumneavoastră nu aveţi semne şi simptome. Unii oameni au hepatită de mai mult de 20 de ani fără să ştie acest lucru. În alte cazuri, inflamaţia poate cauza treptat formarea de ţesut cicatricial la nivelul ficatului (ciroză) şi poate duce la insuficienţă hepatică. Persoanele cu hepatită cronică au risc crescut de cancer hepatic.

Steatohepatita nealcoolică este o cauză frecventă de hepatită cronică. Hepatita C poate debuta ca o infecţie acută, dar frecvent se cronicizează.

Hepatita cronică poate să urmeze căi diferite. Poate progresa foarte încet, cu afectare limitată sau poate avansa rapid, determinând afectare hepatică extensivă.



Inflamaţia debutează datorită toxinelor chimice pe care organismul le produce în momentul în care descompune alcoolul sau medicamentele. Cu timpul, aceste toxine pot afecta ficatul (celulele hepatice) şi pot interfera cu capacitatea ficatului de a-şi îndeplini funcţia.

Aproximativ 10-35% dintre consumatorii cronici de alcool fac hepatită, care se poate manifesta prin febră înaltă, ficat mărit şi dureros. Recuperarea este frecvent lentă, chiar şi după abstinenţa completă la alcool.

Medicamentele care cel mai frecvent determină apariţia hepatitei sunt antalgicele care se pot procura fără reţetă, mai ales dacă acestea sunt luate frecvent sau sunt luate împreună cu alcool. Antalgicele eliberate fără reţetă sunt acetaminofenul (Tylenol etc.) şi antiinflamatoarele nesteroidiene cum sunt aspirina (Bayer, Bufferin etc.), ibuprofen (Advil, Motrin etc.), naproxen (Naprosyn, Aleve etc.) şi ketoprofenul (Orudis).

Şi medicamentele prescrise cu reţetă pot duce la apariţia de boli hepatice, inclusiv hepatită. La majoritatea persoanelor următoarele medicamente nu produc nici o problemă, dar la unii oameni cu boli hepatice sau alte probleme de sănătate ele pot cauza sau pot agrava afectarea hepatică:

- izoniazida – folosită în tratamentul tuberculozei;
- acidul valproic – un medicament anticonvulsivant;
- metotrexatul – medicament anticanceros, utilizat şi în tratamentul psoriazisului şi al poliartritei reumatoide;
- familia statinelor – medicamente care scad colesterolul şi care includ atorvastatin (Lipitor), lovastatin (Mevacor), pravastatin (Pravachol) şi simvastatin (Zocor);
- unele medicamente pentru reducerea tensiunii arteriale, cum sunt blocantele canalelor de calciu şi inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei;
- unele antibiotice;
- unele medicamente antidiabetice.

Dacă aveţi oricare dintre semnele şi simptomele de mai sus sau investigaţii de laborator care sugerează hepatita, medicul va dori să ştie dacă aţi luat vreun medicament, inclusiv medicamente care nu necesită reţetă, în timpul ultimelor luni.

Hepatita A

Hepatita A este produsă de un virus contractat de obicei în timpul unei excursii internaţionale. Această boală infecţioasă este transmisă mai ales prin alimente contaminate sau prin apă. Virusul poate fi prezent în materiile fecale ale dumneavoastră, în sânge sau în bilă cu 2-3 săptămâni ca semnele şi simptomele să apară. Virusul dispare odată cu îngălbenirea pielii şi a ochilor (icter) sau la 2-3 săptămâni după aceasta.

Faceţi parte din grupa de risc?

Un simplu test screening poate detecta anticorpi anti-hepatită C în sânge, identificând frecvent boala înainte ca semnele şi simptomele să se instaleze şi înainte ca ficatul să fie sever afectat. Supuneţi-vă unui test screening dacă:

- aţi folosit (chiar şi numai o dată) sau folosiţi droguri intravenoase sau intranazale;
- aţi primit o transfuzie de sânge înainte de 1992;
- aţi primit un organ înainte de 1992;
- aţi primit factori sangvini de coagulare înainte de 1987;
- aţi suferit accidente prin care aţi fost expus la sângele altor persoane;
- aţi făcut sau faceţi hemodializă;
- aveţi hemofilie;
- aţi avut relaţii sexuale sau aţi împărţit lama de ras, periuţa sau setul de manichiură cu cineva care este infectat cu hepatită C.



Marea majoritate a persoanelor cu hepatită A îşi revin complet. Ficatul este de cele mai multe ori complet refăcut în 1-2 luni. În unele cazuri, mai ales la bătrâni, hepatita A poate produce semne şi simptome grave, necesitând tratament medicamentos şi spitalizare. În cazuri rare poate fi fatală.

Hepatita B

Hepatita B este o formă mai gravă de infecţie virală hepatică. Aproape un milion de oameni din SUA au infecţie cu hepatită B. În lume, aproximativ 350 de milioane de oameni au această formă de hepatită, majoritatea fiind bărbaţi.

Semnele şi simptomele sunt în mare la fel cu acelea din hepatita A, dar această boală poate fi mai severă şi de durată mai mare. Ca rezultat, există o probabilitate mai mare de afectare hepatică. Până la 10% din persoanele cu hepatită B dezvoltă până la urmă hepatită cronică.

Hepatita B este foarte contagioasă. Virusul se găseşte în sânge, spermă, lichid vaginal şi salivă şi poate trăi 7-10 zile în afara organismului. Este frecvent transmis prin contact sexual, ace şi seringi contaminate şi prin produsele de sânge. Persoanele cu risc crescut pentru această boală sunt consumatorii de droguri, cei care practică sexul neprotejat şi lucrătorii din spitale, care sunt expuşi la sânge şi produse din sânge.

Unii oameni (purtători) infectaţi cu virus nu prezintă vreun semn sau simptom al bolii, dar sunt totuşi capabili să transmită virusul. Aproximativ 90% dintre persoanele cu hepatită B necomplicată îşi revin după 4-5 luni.

Hepatita C

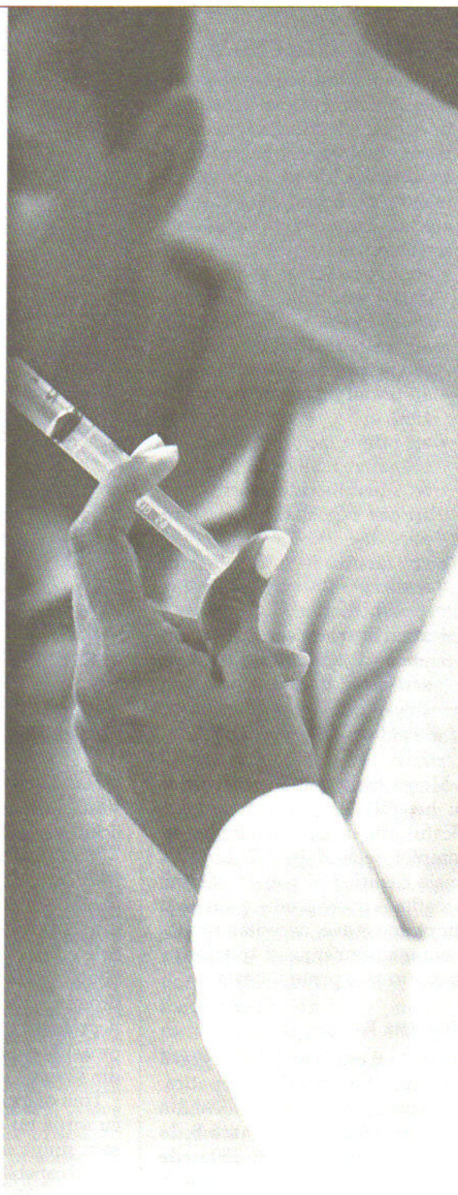
Hepatita C este cea mai frecventă cauză de hepatită virală în SUA, afectând peste 3 milioane de oameni. Produce semne şi simptome similare celor întâlnite în hepatitele A şi B, exceptând faptul că sunt mai puţin severe şi nu includ icterul. De fapt, majoritatea persoanelor cu hepatită acută C nu au semne şi simptome, ci numai o oboseală uşoară. Frecvent, rezultatele anormale ale unor teste hepatice de rutină alertează doctorul de posibilitatea unei hepatite C.

Hepatita C se transmite prin sânge şi preparate din sânge şi prin ace contaminate. Consumatorii de droguri intravenoase sau intranazale care îşi folosesc în comun obiectele personale reprezintă aproximativ 60% dintre noii infectaţi. Persoanele care au primit transfuzii de sânge înainte de 1992, când băncile de sânge au început cercetarea sângelui pentru depistarea virusului C au de asemenea risc crescut de hepatită C. Virusul poate fi acum depistat cu un simplu test de sânge.

Frecvent, hepatita C poate duce la o boală hepatică cronică cum este ciroza, o cicatrice a ficatului ireversibilă şi potenţial fatală,

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Vă puteți lua o serie de precauții pentru a evita formele virale de hepatită.



Imunizarea

Sunt disponibile vaccinuri eficiente pentru prevenția hepatitelor A și B. În funcție de tipul de vaccin folosit, o serie de 2-3 injecții oferă aproximativ 20 de ani de protecție împotriva hepatitei A. O serie de 3 - 4 injecții vă protejează cel puțin 10 ani împotriva hepatitei B. Americanii consideră că grupa de risc crescut pentru infecția cu virus hepatitic B include:

- indivizii care și-au injectat ilegal droguri;
- indivizii cu parteneri sexuali multipli;
- homosexualii și bisexualii bărbați;
- partenerii sexuali ai persoanelor cu hepatită B;
- persoanele cu hemofilie;
- persoanele care urmează hemodializă pentru insuficiență renală;
- cei care lucrează în domeniul stomatologic și în domeniul medical;
- deținuții de sex masculin.

Mulți copii primesc vaccinul împotriva hepatitei B ca parte integrantă a imunizărilor de rutină din copilărie. *Occupational Safety and Health Administration* (OSHA) din SUA are câțiva angajați care oferă vaccinare contra hepatitei B gratis pentru angajații care lucrează în domeniul medical, în domeniul siguranței publice și în alte domenii în care pot fi expuși la sânge în timp ce își desfășoară munca.

Modul de preparare a alimentelor

Urmați următoarele sfaturi despre siguranța alimentației:

- întotdeauna spălați fructele și legumele;
- preparați mâncarea corespunzător;
- când mergeți în țări în curs de dezvoltare, utilizați numai apă îmbuteliată sau fierbeți apa timp de cel puțin 10 minute, chiar și pentru spălatul pe dinți;
- evitați cuburile de gheață.

Precauții la locul de muncă

În instituțiile medicale, urmați toate procedurile de control al infecțiilor, cum sunt spălatul pe mâini și purtatul mănușilor. În creșele de copii, spălați-vă bine după ce schimbați scutecele copiilor.

Alte precauții

Cultivați-vă obiceiuri sănătoase de viață:

- urmați recomandările pentru sex protejat;
- dacă aveți relații sexuale cu parteneri multipli, folosiți un prezervativ de latex pentru fiecare contact sexual;
- nu utilizați la comun seringile pentru administrarea drogurilor;
- dacă folosiți acupunctura, body-piercingul sau tatuajul, fiți sigur că acele sunt sterilizate;
- nu folosiți la comun periuțe de dinți, lame de ras sau ale lucruri care pot veni în contact cu sângele.

cancer de ficat şi insuficienţă hepatică. Hepatita C conduce alături de alcoolism printre cauzele principale de boală hepatică şi este motivul principal de transplant hepatic în SUA.

Hepatita D

Pentru a contracta acest virus trebuie să aveţi deja hepatită B. Virusul D supravieţuieşte şi se replică ataşându-se de virusul hepatitei B. Hepatita D nu este frecventă în SUA decât printre consumatorii de droguri.

Hepatita E

Virusul E, un virus cu transmitere alimentară, asemănător cu virusul hepatitic A, este răspândit în Asia şi în America de Sud. Majoritatea cazurilor de hepatită E, raportate în SUA, sunt înregistrate la cei care călătoresc către zonele în care virusul este frecvent.

Hepatita autoimună

Hepatita autoimună este considerată a fi rezultatul unor factori care activează sistemul imun, făcându-l să atace celulele hepatice. Factorii suspectaţi sunt virusul care determină apariţia pojarului, virusul Epstein-Barr (care produce mononucleoză) şi hepatitele virale. Hepatita autoimună este mai frecventă la femei decât la bărbaţi şi apare de cele mai multe ori între 15 şi 40 de ani.

Steatoza hepatică non-alcoolică

În steatoza hepatică non-alcoolică (NASH) ficatul conţine depozite excesive de grăsimi, asemănătoare cu cele întâlnite în cazul hepatitei induse de alcool, dar această situaţie nu este asociată cu abuzul de alcool.

NASH apare cel mai frecvent la persoanele obeze sau care suferă de diabet, cu niveluri crescute de colesterol sau cu probleme tiroidiene. Poate de asemenea să apară la persoanele care iau steroizi sau la cei care sunt hrăniţi necorespunzător. NASH determină teste hepatice anormale şi este o cauză frecventă de hepatită cronică.

Diagnostic

Pentru a determina tipul de hepatită de care suferiţi, medicul vă va întreba o serie de lucruri despre medicamentele pe care le luaţi, dacă aţi călătorit în străinătate, dacă aţi suferit transfuzii sangvine înainte de 1992 şi despre viaţa dumneavoastră sexuală.

Un examen fizic poate arăta mărirea ficatului, care devine indurat (mai tare) şi neregulat. Analizele sangvine şi testele imagistice pot ajuta la diagnosticarea afecţiunilor hepatice, inclusiv a hepatitelor.

Pentru a confirma diagnosticul, doctorul poate preleva şi examina o mostră de ţesut hepatic (biopsie). Biopsia îl ajută pe doctor şi să identifice tipul specific de hepatită pe care îl aveţi şi să determine inflamaţia şi extensia oricărei leziuni hepatice permanente.

Cât de gravă este hepatita?

Aproape toţi oamenii care sunt sănătoşi înainte de a contacta hepatită A îşi revin după boală şi aceasta nu se cronicizează. Aproximativ 90% dintre indivizii cu hepatită B îşi revin de asemenea. Hepatita C şi steatoza hepatică non-alcoolică dau naştere frecvent hepatitei cronice.

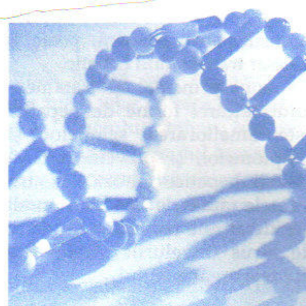
În hepatita indusă de alcool sau de medicamente, dacă persoane opreşte consumul de alcool suficient de devreme sau evită medicamentele care produc această boală, ficatul se poate vindeca singur, dar recuperarea este frecvent lungă şi necesită abstinenţa completă de la alcool.

Dacă sunteţi în vârstă sau aveţi probleme medicale precum diabet, insuficienţă cardiacă sau anemie severă, recuperarea poate dura mai mult şi riscul complicaţiilor este mai mare.

Tratament

Tratamentul depinde de tipul de hepatită de care suferiţi. Dacă aveţi hepatită A, probabil nu veţi avea nevoie de tratament. Totuşi, veţi fi rugat să vă abţineţi de la consumul de alcool cel puţin în timpul recuperării, pentru că alcoolul şi anumite medicamente pot cauza o afectare în plus a ficatului deja afectat.

Spitalizarea poate fi necesară dacă sunteţi însărcinată sau sunteţi mai în vârstă, deshidratat sau cu alte probleme de sănătate. În



Boli hepatice rare moştenite genetic

Există 2 anomalii rare moştenite genetic care pot afecta digestia: boala Wilson şi deficitul de alfa1 antitripsină.

Boala Wilson

Boala Wilson este o anomalie moştenită în care cuprul se acumulează în diferite organe ale corpului, mai ales în creier, ochi, rinichi şi ficat. Se poate caracteriza prin tremor, un inel de cupru la nivelul corneei şi prin semne şi simptome de hepatită cronică. Dacă nu este tratată, pot apărea ciroza şi probleme neurologice.

Tratamentul constă în îndepărtarea depozitelor de cupru cu ajutorul medicamentelor. Acest tratament este de obicei administrat pe toată durata vieţii. Dacă aveţi boală Wilson, rudele dumneavoastră de sânge trebuie să fie testate pentru a depista o eventuală boală.

Deficitul de alfa1 antitripsină

Deficitul de alfa1 antitripsină apare datorită unui defect genetic care face ca organismul să producă forme anormale de alfa1 antitripsină, o enzimă inhibitoare. Deficitul poate conduce la boli hepatice şi pulmonare. Transplantul hepatic este singurul tratament prin care se poate vindeca organismul afectat.

situaţii rare, când hepatita A duce la insuficienţă hepatică, poate fi necesar transplantul hepatic.

Scopul principal al tratamentului oricărei forme de hepatită este ameliorarea semnelor şi simptomelor, şi prevenirea cicatrizării hepatice (ciroza). Pentru formele virale de hepatită, un alt deziderat este reducerea cantităţii de virus (nivelurile virale) din fluidele organismului.

Tratament medicamentos

La persoanele cu hepatită autoimună, corticosteroizii uşurează semnele şi simptomele (produc remisia bolii) în aproximativ 80% din cazuri. Steroizii reduc inflamaţia ficatului, supresând sistemul autoimun. Cele mai frecvent prescrise medicamente sunt prednisonul şi prednisolonul. Datorită efectelor secundare frecvente asociate corticosteroizilor, medicul va reduce treptat doza la cea mai mică doză posibilă care este încă eficientă. Corticosteroizii nu sunt prescrişi în infecţiile virale, deoarece supresează sistemul imun, ceea ce îi permite virusului să se multiplice mai rapid.

Hepatitele cronice B şi C pot fi tratate cu interferon, o proteină naturală care inhibă replicarea virală. Câteodată, interferonul este combinat cu ribavirină, un agent antiviral oral. Deşi interferonul poate reduce nivelurile virale, rareori poate să elimine complet virusul hepatitic. În aproape toate cazurile, virusul persistă şi necesită tratament adiţional.

Efectele secundare ca oboseala, depresia şi scăderea numărului celulelor sangvine fac tratamentul cu interferon foarte dificil, mai ales la persoanele cu istoric de depresie importantă, hipertiroidism, număr scăzut al celulelor sangvine sau boli autoimune sau la cei cu abuz de alcool sau droguri.

Lamivudina, un medicament folosit în tratamentul SIDA, poate reduce eficient inflamaţia ficatului şi nivelurile de virus hepatitic B, dar cu timpul virusul poate deveni rezistent la acest medicament.

Biopsia hepatică

Pentru evaluarea bolii hepatice medicul poate efectua o biopsie hepatică. Aceasta este o procedură diagnostică utilă în multe boli ale ficatului, inclusiv ciroza, hepatita şi tumorile.

Veţi fi aşezat pe spate şi vi se va face o anestezie locală. Un ac subţire va fi introdus printre sau pe sub coastele dumneavoastră în ficat, pentru a preleva o probă mică de ţesut pentru analize de laborator. Acest lucru este frecvent efectuat cu ghidaj ecografic. Rareori există un disconfort după procedură.

Analizele de laborator ale ţesutului hepatic pot confirma prezenţa sau absenţa unei anumite boli. Biopsia hepatică poate fi folositoare în evaluarea progresiei bolii.

Transplantul de ficat

Când ficatul este afectat pe suprafeţe mari şi medicamentele nu mai sunt de ajutor, medicul poate lua în discuţie posibilitatea unui transplant hepatic (vezi pag. 912). Hepatita C reprezintă motivul a 30% din cazurile de transplant hepatic. Dacă aveţi hepatită B sau C, virusul hepatitic poate reveni în ficatul transplantat. Injecţiile cu imunoglobuline şi tratamentul medicamentos pot reduce acest risc.

Hemocromatoza

Semne şi simptome

- Oboseală
- Dureri articulare
- Impotenţă sau pierderea apetitului sexual
- Creşterea pigmentării pielii (bronzarea)
- Sete accentuată şi urinări frecvente

Hemocromatoza se datorează unei anomalii genetice care face ca intestinele să absoarbă prea mult fier, ducând la un exces de fier. Excesul de fier intră în curentul sangvin şi se depozitează în anumite organe, iniţial în ficat.

În cazuri rare, excesul de fier se datorează transfuziilor repetate de sânge sau aportului în exces de fier în dietă, dar de departe cea mai frecventă cauză a bolii este o genă alterată descoperită în 1996, denumită gena HFE. Nu se cunoaşte exact modul în care gena determină apariţia excesului de fier. Cercetătorii consideră că gena codifică o proteină anormală care determină absorbţia excesivă la nivel intestinal a unei cantităţi crescute de fier.

Se estimează ca aproximativ 1 din 10 americani, mai ales descendenţii unor locuitori din Europa de Nord, poartă o genă HFE. Persoanele cu o singură copie a genei anormale nu au de obicei probleme. Hemocromatoza tinde să se dezvolte la indivizii cu două copii anormale ale genei, moştenite câte una de la fiecare părinte.

Diagnostic

Un test sangvin, denumit testul saturaţiei transferinei, este primul pas în diagnosticul hemocromatozei. Dacă testul arată că aveţi prea mult fier în sânge, doctorul poate cere teste sangvine adiţionale pentru a evalua cantitatea de fier şi starea ficatului dumneavoastră. Un test genetic poate fi făcut pentru a vedea dacă sunteţi purtător a două copii anormale ale genei HFE. Pentru a determina stadiul bolii dumneavoastră, doctorul poate recomanda o biopsie hepatică.

Unii doctori recomandă ca toţi adulţii să îşi facă un test de saturaţie a transferinei măcar o dată în viaţă, preferabil în perioada de adult tânăr, pentru a verifica dacă există exces de fier.

Cât de gravă este hemocromatoza?

Netratată, hemocromatoza poate duce la afectarea unor organe, cu apariţia cirozei şi diabetului. Vestea bună este că hemocromatoza este uşor de tratat. Dacă este diagnosticată precoce, leziunile permanente pot fi de obicei prevenite.

Tratament

Cel mai obişnuit tratament este îndepărtarea excesului de fier din sânge prin scoaterea a aproximativ 0,5 litri de sânge, o procedură denumită flebotomie, o dată pe săptămână. Sângele este scos în acelaşi fel ca în cazul donatorilor de sânge. Câteodată, acest tratament poate fi necesar timp de 1-2 ani, până când nivelurile de fier scad la valori normale. După atingerea nivelurilor normale de fier, majoritatea pacienţilor au nevoie de extragerea de sânge de 4-8 ori pe an pentru a împiedica fierul să se depoziteze.

Dacă boala v-a afectat ficatul sau alte organe, veţi avea de asemenea nevoie de tratament pentru a preveni alterarea suplimentară a organelor respective. Acest tratament poate fi medicamentos sau chirurgical.

Nu este necesar să înlăturaţi total fierul din dietă, dar trebuie evitat consumul zilnic în exces faţă de cantitatea normală recomandată (18 mg pe zi). Produsele bogate în fier sunt suplimentele de fier şi unele multivitamine. Mai mult, va trebui să limitaţi consumul în exces de vitamina C. Vitamina C facilitează absorbţia fierului. În plus, evitaţi alcoolul deoarece vă poate agrava boala hepatică.

Ciroza

Semne şi simptome

- Câteodată nici unul
- Pierderea apetitului
- Pierderea în greutate
- Oboseală şi slăbiciune
- Îngălbenirea pielii şi a ochilor
- Distensie abdominală

Ciroza se caracterizează prin afectarea ireversibilă şi progresivă a ficatului, frecvent datorată abuzului de alcool, infecţiilor, toxinelor sau altor boli. Afectarea cauzează cicatrizare în interiorul organului, împiedicându-l să funcţioneze normal.

Cauze

Ciroza poate rezulta din variate motive.

Abuzul de alcool

În SUA, ciroza alcoolică este cel mai frecvent tip de ciroză. De obicei apare după mulţi ani de consum excesiv şi se produce la mai mult de 15% dintre alcoolici. Tipic, oamenii care fac ciroză datorită abuzului de alcool au consumat 0,5 l sau mai mult de băutură sau câţiva litri de vin zilnic timp de cel puţin 10 ani. Femeile pot fi mai susceptibile la afectare hepatică faţă de bărbaţi. Totuşi, 100 ml whiskey de 45 consumaţi zilnic timp de câţiva ani pot duce la apariţia cirozei, indicând faptul că mai există şi alţi factori care joacă un rol însemnat.

Hepatita cronică virală

Inflamaţia cronică determinată de hepatita B sau C poate cauza ciroză. Virusurile care produc hepatită produc inflamaţie în celulele hepatice, alterându-le sau distrugându-le. Încercarea de vindecare a organismului determină cicatrice şi ciroză.

Boli ereditare

Bolile ereditare care pot cauza ciroză includ hemocromatoza, boala Wilson şi deficitul de alfa1-antitripsină.

Blocajul inflamator al ductului biliar

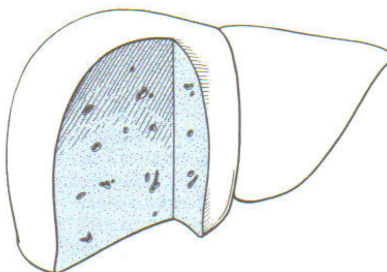
Ciroza biliară este caracterizată prin inflamaţie cronică şi cicatrizarea ductului biliar hepatic. Ductul biliar şi ţesutul înconjurător hepatic sunt distruse progresiv şi cicatrizarea (ciroza) apare.

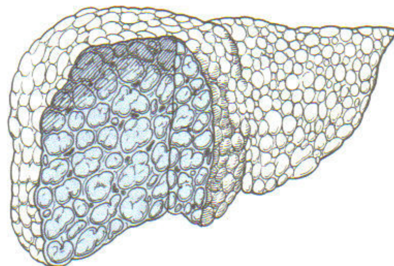
Diagnostic

Semnele vizibile ale cirozei – îngălbenirea tegumentelor şi a ochilor (icter), distensia abdomenului şi scăderea în greutate – nu sunt întotdeauna prezente, dar chiar şi fără aceste semne de recunoaştere, medicul poate depista afectarea hepatică în timpul unui examen medical de rutină.

Prin examinarea abdomenului el poate să determine dacă ficatul este mărit şi ferm, semne că puteţi suferi de o boală hepatică. Pe măsură ce ciroza progresează, ficatul se poate totuşi micşora. Când acest lucru se produce, fluxul sangvin poate fi micşorat, producându-se splenomegalia. Analizele sangvine anormale sunt primul semn al injuriei hepatice.

Pentru a determina progresia





Aceste imagini care conţin secţiuni transversale arată un ficat normal (sus), fără nici un semn de cicatrizare şi un ficat cirotic (jos), cu cicatrizări extensive.

bolii, doctorul va dori să vă evalueze ficatul cu ajutorul unei ecografii, al unei tomografii computerizate sau al unei rezonanţe magnetice nucleare. Un diagnostic definitiv de ciroză necesită o mostră de ţesut hepatic (biopsie) pentru examinarea microscopică. Aceasta poate arăta progresia şi cauza posibilă a afectării hepatice.

Cât de gravă este ciroza?

Nu există tratament pentru ciroză datorită faptului că aceasta produce alterarea ireversibilă a ficatului. Vestea bună este că uneori ea progresează lent. În SUA ciroza produce aproximativ 25 000 de decese anual. Persoanele cu ciroză au risc crescut pentru a face un tip anume de cancer hepatic (carcinomul hepatocelular).

Ciroza poate duce la câteva complicaţii serioase.

Hipertensiunea portală

Hemoragia internă şi ascita obstruează fluxul sangvin la nivel hepatic. Creşterea presiunii în sistemul port determină mărirea splinei şi apariţia unor vene dilatate (varice) la nivel esofagian şi gastric.

Sângerarea se poate produce prin ruptura varicelor esofagiene sau gastrice, o complicaţie care apare la 2/3 din persoanele cu ciroză. Această complicaţie poate fi o urgenţă ameninţătoare de viaţă, care necesită tratament imediat.

Ascita este o acumularea în exces de lichid în cavitatea abdominale datorită hipertensiunii portale şi nivelurilor serice reduse de albumină (o proteină) rezultate în urma alterării funcţionale a ficatului. Tratamentul constă în restricţia aportului de sare în dietă şi utilizarea unui diuretic pentru eliminarea excesului de apă şi sare. Extragerea repetată de lichid (paracenteza) şi infuziile intravenoase cu albumină pot fi benefice în anumite cazuri.

Peritonita bacteriană spontană

Această situaţie apare atunci când lichidul de ascită se infectează. Poate să apară durere abdominală însoţită de subfebră. Se tratează cu antibiotice.

Encefalopatia hepatică

Când ficatul este afectat, acesta nu mai poate filtra elementele toxice din sânge, rezultând o concentraţie crescută de amoniac şi alţi metaboliţi. Encefalopatia hepatică afectează funcţia creierului, determinând confuzie mentală, tremurături, somnolenţă, putând merge până la comă.

Tratament

Scopul principal al tratamentului este tratarea şi prevenirea complicaţiilor. Măsurile de autoîngrijire şi tratamentul medicamentos pot ajuta la scăderea afectării ulterioare a ficatului. Dacă apare insuficienţa hepatică, transplantul hepatic poate fi o opţiune.

Autoîngrijire

Deşi afectarea produsă de ciroză este ireversibilă, puteţi face anumite lucruri pentru a reduce afectarea suplimentară a ficatului.

- *Nu mai consumaţi alcool* – unele dintre substanţele chimice conţinute în băuturile alcoolice sunt toxice pentru ficatul dumneavoastră.
- *Limitaţi-vă administrarea de medicamente* – ficatul dumneavoastră afectat nu poate detoxifia şi elimina medicamentele care sunt epurate în mod normal din organismul dumneavoastră pe cale hepatică; discutaţi cu medicul dumneavoastră despre toate medicamentele pe care le luaţi, inclusiv despre cele care se eliberează fără reţetă; nu combinaţi antalgicele cu alcoolul pentru că acestea pot fi extrem de dăunătoare pentru ficatul dumneavoastră
- *Luaţi măsuri pentru a preveni îmbolnăvirile* – când ficatul dumneavoastră este afectat, organismul este incapabil să lupte cu infecţiile aşa cum se întâmplă la oamenii normali; evitaţi oamenii bolnavi şi vaccinaţi-vă împotriva hepatitei A şi B, gripei şi pneumoniei pneumococice.
- *Mâncaţi multe fructe şi legume proaspete, şi grâu integral* – aceste alimente sunt bogate în nutrienţi, inclusiv în vitaminele A, C şi E. Ciroza tinde să ducă la depleţia acestor vitamine importante. Doctorul vă poate administra suplimentar vitaminele A, D, K care pot lipsi din organismul dumneavoastră.
- *Restricţionaţi aportul de sare* – reducerea aportului de sare poate reduce acumulările lichidiene.
- *Monitorizaţi proteinele din dietă* – dacă ciroza dumneavoastră este avansată, excesul de proteine poate conduce la complicaţii de tipul encefalopatiei hepatice

Tratament medicamentos

Pentru a preveni ruptura varicelor gastrice şi esofagiene şi sângerarea lor, medicul poate recomanda medicamente pentru a reduce presiunea de la nivelul varicelor. Alte opţiuni includ o procedură care împiedică sângele să ajungă în varice sau proceduri pentru a distruge varicele.

Diureticele ajută la reducerea acumulării în exces a lichidului abdominal. Pentru a scădea retenţia de lichide, evitaţi sarea. Câteodată, lichidul abdominal poate fi infectat, determinând durere şi febră. Dacă acest lucru se întâmplă, medicul poate introduce un tub subţire şi lung în abdomenul dumneavoastră pentru a extrage o mostră de lichid în scopul identificării microorganismului infectant prin culturi şi a administra antibioticul cel mai bun.

Colestiramina (Questran) şi rifampinul (Rifadin, Rimactane) sunt frecvent prescrise pentru a reduce mâncărimea cauzată de metaboliţii din sânge.

Lactuloza (Cholac, Duphalac) vă poate ajuta să scădeţi nivelul amoniacului sangvin. Medicul vă poate recomanda un antibiotic pentru a reduce numărul bacteriilor intestinale care produc amoniac.

Transplantul hepatic

Transplantul hepatic este în general luat în discuţie când boala a avansat până la un punct dincolo de care ficatul nu mai poate funcţiona. Rata de succes a transplantului hepatic este în continuă îmbunătăţire şi mai mult de 90% din persoanele care primesc un ficat pentru transplant sunt în viaţă după un an. Problema este atunci când ciroza este provocată de un virus hepatitic, deoarece există şanse ca boala să reapară şi pe ficatul nou. Pentru mai multe informaţii despre transplant vezi pag. 912.

Cancerul hepatic

Semne şi simptome

- Câteodată nici unul
- Scăderea apetitului şi scăderea în greutate
- Durere abdominală
- Oboseală generală şi slăbiciune
- Mărirea ficatului
- Distensia abdomenului
- Icter

Majoritatea cancerelor hepatice apar altundeva în organism şi metastazează în ficat. Aceste cancere se numesc cancere hepatice secundare. Ficatul este extrem de vulnerabil la invazia celulelor canceroase şi, cu excepţia nodulilor limfatici, este cel mai frecvent loc de metastazare abdominală.

Cancerul care are originea în ficat sau în celulele ductului biliar se numeşte cancer hepatic primar (carcinom hepatocelular sau colangiocarcinom). În SUA, cancerul hepatic primar înregistrează 1-2% din totalul tumorilor maligne găsite în timpul autopsiilor. Cancerul hepatic primar este de aproape 2 ori mai frecvent la bărbaţi decât la femei.

Factorii care cresc riscul de cancer hepatic primar sunt bolile hepatice cronice, ca ciroza, infecţia cu virus hepatitic B sau C, hemocromatoza, folosirea pe termen lung a steroizilor anabolici, şi expunerea la aflatoxine (ca aflatoxina sau clorura de vinil).

Diagnostic

Un examen fizic şi câteva teste de sânge sunt în general primii paşi în diagnosticul cancerului hepatic. Teste adiţionale pot fi investigarea imagistică a ficatului cu ajutorul computer tomografului sau cu ajutorul unui examen ultrasonografic. Oricare dintre ele poate detecta prezenţa de mase în ficat. Vezi cap. 39, „Teste diagnostice”, pentru mai multe informaţii.

O biopsie hepatică, prin care o probă de ţesut hepatic este prelevată pentru analize de laborator, poate oferi şi mai multe informaţii. Dacă o biopsie hepatică nu oferă un diagnostic definitiv, o operaţie abdominală poate fi necesară.

Cât de grav este cancerul hepatic?

Atât cancerul primar cât şi cancerul secundar sunt de obicei fatale, mai ales cancerul hepatic secundar, care este un semn că tumora primară a metastazat. Detectarea precoce oferă cele mai bune şanse pentru un tratament eficient.

Tratament

Tratamentul chirurgical este cel mai eficient pentru cancerul hepatic primar. În situaţia în care cancerul este suficient de mic, doctorul poate să înlăture tumora şi să trateze cu succes cancerul. Pentru un grup limitat de persoane, care îndeplinesc anumite criterii de sănătate, un transplant hepatic poate fi o opţiune.

Alte tratamente pentru cancerul de ficat, care nu sunt câteodată curative, dar pot să amelioreze semnele şi simptomele şi să crească supravieţuirea includ:

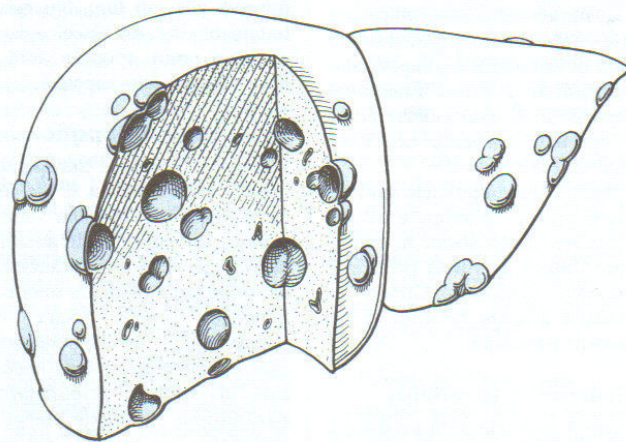
- *embolizarea* – implică blocarea aportului sangvin la nivelul tumorii prin clamparea chirurgicală a arterei care hrăneşte cancerul sau prin injectarea de materiale care obstruează artera (chemoembolizarea). Această procedură presupune blocarea aportului de sânge la tumoră şi instilarea unui medicament chimioterapic în artera închisă;

Chistele hepatice şi tumorile necanceroase

Chistele hepatice sunt frecvente şi sunt diagnosticate de obicei în timpul unei examinări a ficatului cu ajutorul unei tomografii computerizate sau al ultrasonografiei pentru altă cauză. Chistele hepatice nu devin canceroase (maligne) şi rareori cauzează semne şi simptome. Tratamentul nu este necesar decât în cazuri rare, când acestea produc disconfort abdominal semnificativ.

Unele tumori hepatice sunt necanceroase (benigne). Cel mai frecvent este hemangiomul. Adeseori, hemangiomul este descoperit întâmplător în timpul investigării ficatului pentru alte motive. Adenomul hepatic, altă tumoare benignă, poate să apară la femei care au luat contraceptive orale pentru o perioadă lungă de timp. Când anticoncepţionalele sunt sistate, tumora poate scădea în dimensiuni. Adenomul hepatic poate cauza durere sau se poate rupe şi necesită extirpare chirurgicală.

Tumorile hepatice benigne nu produc de obicei semne şi simptome şi nu necesită tratament.



Chistele se produc frecvent la nivel hepatic. De cele mai multe ori sunt inofensive.

- *ablaţia cu etanol* – implică injectarea de alcool concentrat în tumoră pentru a distruge celulele canceroase;
- *criochirurgia* – implică distrugerea tumorii prin îngheţare;
- *ablaţia cu radiofrecvenţă* – implică bombardarea tumorii cu energie provenită de la unde radio de înaltă frecvenţă.

Chimioterapia tradiţională şi radioterapia pot micşora tumora malignă hepatică, dar nu îmbunătăţesc supravieţuirea

Abcesul hepatic

Semne şi simptome

- Febră persistentă
- Frison
- Greaţă şi vărsături
- Slăbiciune
- Scădere ponderală
- Ficat dur
- Icter

Abcesele, cavităţi pline cu lichid sau cu puroi, pot apărea câteodată în ficat în urma unei infecţii bacteriene sau parazitare. Cele de origine bacteriană au o evoluţie mai rapidă, cu febră şi frison. Un abces determinat de un parazit tinde să se dezvolte mai lent.

Diagnostic

Abcesele hepatice pot de obicei să fie diagnosticate cu o tomografie computerizată sau ecografie a ficatului. Cu ajutorul imagisticii, doctorul poate determina dimensiunea, localizarea şi numărul abceselor. Testele sangvine pot fi de asemenea de ajutor, mai ales dacă medicul suspectează că abcesul poate fi cauzat de un parazit.

Lichidul din abces poate fi obţinut prin introducerea unui ac în abces folosind ultrasonografia sau computer tomografia pentru ghidaj. Totuşi, dacă doctorul suspectează că abcesul este produs de un parazit, ca amoeba, sunt preferate alte teste pentru a evita împrăştierea infecţiei.

Cât de grav este abcesul hepatic?

Abcesele hepatice, mai ales cele determinate de bacterii, sunt potenţial fatale şi necesită tratament imediat.

Tratament

Dacă abcesul este rezultatul unei infecţii bacteriene, doctorul poate recomanda drenajul cu un tub (cateter) al abcesului şi antibiotice intravenoase pentru a neutraliza infecţia. Antibioticele pot fi necesare pentru câteva săptămâni. Câteodată, este necesar drenajul chirurgical al abcesului sau chiar îndepărtarea porţiunii din ficat care conţine abcesul. Dacă abcesul este produs de un parazit, doctorul vă va recomanda tratament cu medicamente cu acţiune specifică de eliminare a parazitului.

Boli hepatice genetice

Câteva boli hepatice moştenite determină creşterea concentraţiei bilirubinei în sânge (hiperbilirubinemie) şi produc îngălbenirea ochilor şi a pielii (icter).

Sindromul Gilbert

Sindromul Gilbert este o boală moştenită în care bilirubina nu este descompusă normal la nivelul ficatului pentru a fi excretată în fecale. Bilirubina trebuie să se combine chimic (să se conjuge) cu o altă substanţă la nivelul ficatului pentru a deveni solubilă în apă şi capabilă să fie excretată prin bilă.

În sindromul Gilbert, bilirubina este de obicei neconjugată datorită unui deficit enzimatic hepatic sau datorită unui defect funcţional hepatic. Sindromul Gilbert poate fi cea mai frecventă cauză de hiperbilirubinemie.

Semnele şi simptomele sunt de obicei uşoare. În anumite cazuri, boala este diagnosticată în timpul unui control de rutină prin teste sangvine. Sindromul Gilbert nu produce afectare hepatică şi nu necesită tratament.

Sindromul Crigler-Najjar

Această anomalie rară produce 2 tipuri de hiperbilirubinemie, tipul 1 şi tipul 2. Tipul 1, forma cea mai severă, se datorează absenţei unei enzime necesară pentru conjugarea bilirubinei. Tipul 2 implică doar o deficienţă enzimatică parţială şi este mai puţin sever.

Sindromul Crigler-Najjar este produs de o altă mutaţie genetică decât în cazul sindromului Gilbert şi este de obicei mult mai sever.

Nu există tratament pentru a vindeca sindromul Crigler-Najjar tipul 1. Un copil născut cu această boală moare în primul an de viaţă. Hiperbilirubinemia tipul 2 poate fi tratată cu succes cu ajutorul medicamentelor.

Sindromul Dubin-Johnson

Anumite boli genetice produc concentraţii crescute ale bilirubinei conjugate (combinată chimic şi solubilă în apă). O astfel de boală moştenită este sindromul Dubin-Johnson, denumit şi icter idiopatic cronic. Persoanele cu această anomalie fie nu prezintă nici un semn sau simptom, fie au doar vagi simptome gastro-intestinale. În anumite cazuri ficatul este mărit în volum şi pigmentat. Această boală nu necesită de obicei nici un tratament.

Colestaza benignă recurentă

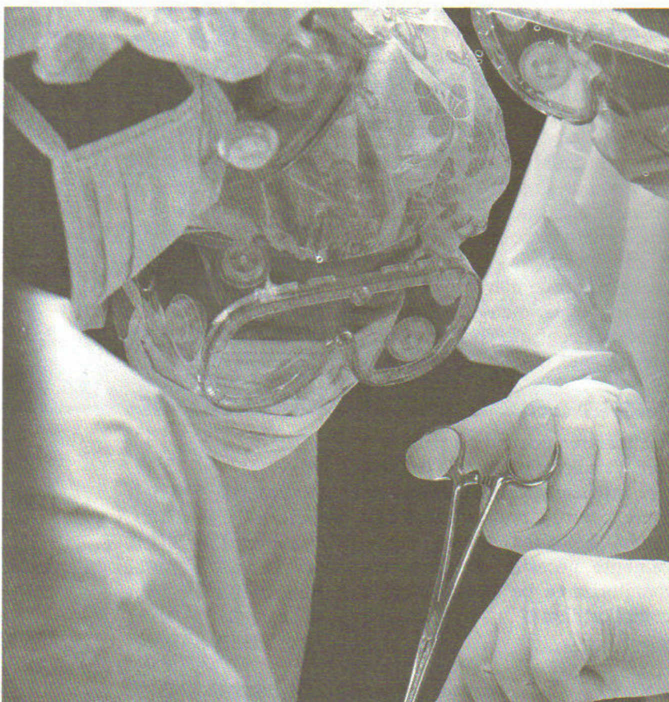
Această anomalie rară apare la copii. Câteodată este întâlnită şi sub numele Summerskill şi se caracterizează prin episoade recurente de icter şi prurit, care durează zile sau luni. Nu există tratament, dar de obicei episoadele se remit spontan fără a determina afectare hepatică.

Transplantul hepatic

În ultimele 2 decenii transplantul hepatic s-a dovedit a fi cea mai bună opţiune pentru mulţi oameni cu complicaţii ameninţătoare de viaţă sau înrăutăţirea semnelor şi simptomelor unor boli hepatice severe. Rata de supravieţuire pentru persoanele care au făcut transplant hepatic este în continuă îmbunătăţire. Bazându-ne pe datele statistice naţionale din prezent, aproape 90% din persoanele care au suferit un transplant hepatic trăiesc după

un an şi aproape 75% trăiesc la 5 ani după procedură.

Progresul tehnicilor de păstrare a organelor donatorilor a îmbunătăţit rata de supravieţuire, la fel ca şi perfecţionarea tehnicilor chirurgicale, medicaţia de anti-rejecţie şi îmbunătăţirea îngrijirilor postoperatorii. Aceste succese au condus la o răspândire crescută a aceste proceduri. De exemplu, în trecut, transplantul hepatic nu era o opţiune pentru persoanele cu cancer. Acum, transplantarea este uneori luată în discuţie în cazul perşoanelor cu diferite tipuri de cancer hepatic (carcinom hepatocelular) şi pentru anumiţi indivizi cu cancere neuroendocrine – tumori care îşi au originea în mediul complex al organismului acolo unde sistemele nervos şi endocrin interacţionează – care s-au răspândit către ficat.



Noi metode de transplant

Principalul factor care limitează transplantul hepatic este numărul mic de donatori de organe. Timpul de aşteptare creşte de la aproape o lună la mai mult de un an. În acest timp, multe persoane devin extrem de bolnave şi unele chiar mor în timp ce aşteaptă un donator. Aşadar, începe căutarea unor alternative la transplantul tradiţional.

Printr-o procedură, aproximativ 60% din ficatul sănătos este scos de la donatorul de ficat, de cele mai multe ori o rudă. La persoanele cu boli hepatice, ficatul afectat este scos şi înlocuit cu o porţiune din ficatul sănătos. Deoarece ţesutul hepatic normal se regenerează în câteva săptămâni până la câteva luni, ficatul revine la dimensiunile iniţiale atât la donor cât şi la primitor.

Metoda donatorilor vii pentru transplant de ficat s-a bucurat de succes la copii la începutul anilor '90. Astăzi, aproximativ 50% din transplantele pediatrice sunt făcute folosind donatori vii. Studii despre transplantarea hepatică de la adult la adult pot fi posibile şi această metodă devine o teorie acceptată. Adulţii necesită o masă mai mare de ficat decât copiii, dar chiar şi aşa grefa se regenerează rapid la primitor, la fel cum se întâmplă şi cu porţiunea restantă a donorului.

Riscurile primitorului de ficat de la un donor viu sunt similare cu acelea de la transplantul tradiţional, de exemplu sângerarea, funcţionarea deficitară a ficatului transplantat, infecţiile şi rejecţia noului organ. Riscurile pentru donor sunt de obicei minime. Imediat după prelevarea unei porţiuni din ficatul lor, donorii pot suferi de icter temporar şi sângelui lor îi va trebui mai mult timp să se coaguleze. Pierderile de bilă sunt de asemenea un risc, dar de obicei ficatul îşi revine la dimensiunile normale în 2-4 săptămâni. Ca în toate operaţiile mari, există un risc redus de mortalitate, atât pentru donator cât şi pentru primitor.

Tratament medicamentos

Avantajele importante ale medicamentelor folosite pentru a preveni rejecţia transplantului au crescut şi ele considerabil. Ciclosporina (Neoral, Sandimmune), reduce tendinţa naturală a organismului de a respinge un organ donat prin supresia sistemului imun. În mod specific, ciclosporina împiedică anumite celule albe sangvine (limfocitele) să atace ficatul transplantat.

Mai recent, tacrolimusul (Prograf) a fost adăugat la lista în continuă creştere a medicamentelor imunosupresoare. Acest medicament permite doctorilor reducerea mai rapidă dozelor de corticosteroizi, care sunt de asemenea folosiţi pentru a preveni rejetul.

Antibioticele de ultimă generaţie şi medicamentele antivirale joacă un rol important în prevenirea şi tratarea infecţiilor la cei care au suferit un transplant hepatic. Ganciclovir (Cytovene) de exemplu poate fi utilizat pentru a preveni sau trata infecţia cu citomegalovirus.

Cine este candidat pentru transplant?

Adulţii sub 65 de ani şi copiii sunt cei mai buni candidaţi. Pacienţii selectaţi pentru transplant au de

obicei boală hepatică progresivă şi incurabilă prin tratament medicamentos şi chirurgical şi nu au alte boli ameninţătoare de viaţă.

Tehnica

Transplantul hepatic este o procedură complexă şi poate implica 2 operaţii dacă există un donator viu. Procedura poate dura 3-5 ore şi este efectuată în general în centre medicale mari, unde există personal experimentat şi facilităţi extensive pentru a conduce la cel mai bun rezultat.

Recuperare

Recuperarea poate dura până la 4 luni. Este necesară terapia pe viaţă cu medicamente imunosupresoare, pentru a preveni rejecţia de organ. Folosirea acestor medicamente necesită de asemenea monitorizarea pe durata vieţii a complicaţiilor. ■

CAPITOLUL **30** PARTEA a V-a

Rinichii și tractul urinar



Rinichiul este o parte a tractului urinar, un sistem complex a cărui funcţie principală este de a elimina excesul de lichide şi toxine din sânge. În plus, rinichiul are şi rol endocrin, eliberând hormoni importanţi în producerea hematiilor, reglarea tensiunii arteriale şi formarea osului.

În afara rinichilor, sistemul urinar cuprinde două uretere, vezica urinară şi uretra. Rinichii, o pereche de organe în formă de boabe de fasole, sunt localizaţi lângă peretele abdominal posterior, de o parte şi de alta a coloanei vertebrale la nivelul coastelor inferioare. Fiecare rinichi are dimensiunea aproximativă a pumnului.

Ureterele sunt canale musculare care conduc urina de la fiecare rinichi la vezica urinară. Vezica urinară este un rezervor muscular care depozitează urina. Uretra este canalul îngust prin care urina este evacuată din vezica urinară în timpul micţiunii.

Activitatea rinichilor variază de la o zi la alta ca răspuns la modificările tipurilor şi cantităţilor de alimente şi lichide pe care le consumaţi. De exemplu, presupunem că într-o zi beţi o cantitate mai mare de apă şi suc şi în ziua următoare nu beţi aproape nimic. Rinichii dumneavoastră se adaptează în consecinţă, permiţând ţesuturilor să nu fie nici inundate, nici golite. Ei fac aceasta prin controlul exact al cantităţii de apă şi sare eliminată în urină. Cu toate că şi alte organe, cum ar fi pielea, plămânii şi intestinele, pot elimina fluide, rinichii sunt de departe cele mai importane organe de eliminare a lichidelor.

Sângele pătrunde în fiecare rinichi prin artera sa renală, o ramură majoră a aortei, principala arteră a organismului. Deşi rinichii reprezintă aproximativ 1% din greutatea organismului, 20% din sângele pompat de cord trece prin aceştia.

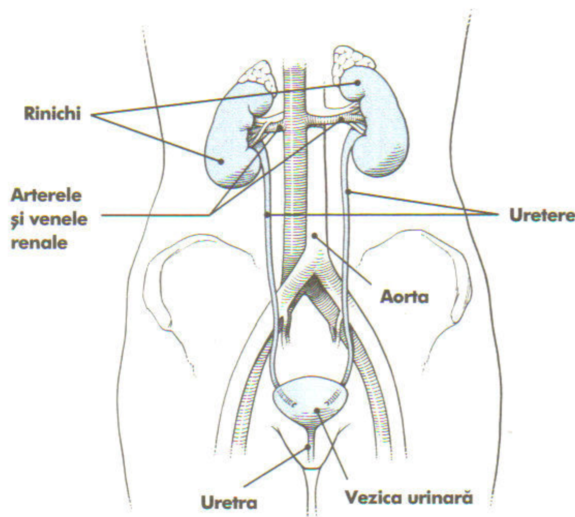
În interiorul rinichilor sângele trece printr-un sistem de filtre numite nefroni. Aceştia sunt principalele unităţi funcţionale renale. Fiecare rinichi are peste 1 milion de nefroni, fiecare constând într-un ghem de vase sangvine mici (glomeruli) şi canale mici ataşate (tubii renali).

Pe măsură ce sângele trece prin glomeruli, celulele sangvine, proteinele, particulele mari şi o parte din apă rămân în circuitul sangvin. Restul, incluzând şi o mare parte din apă, este filtrat şi trece în tubi.

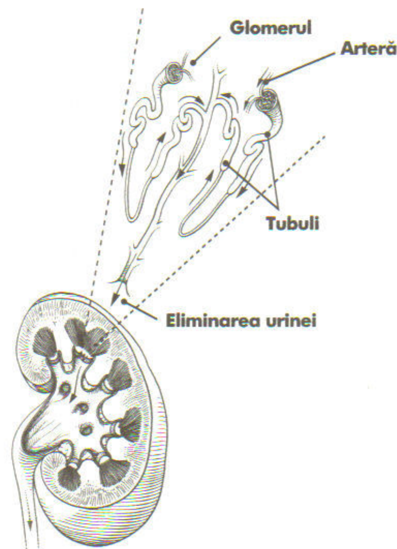
Produşii de excreţie, cum ar fi ureea, creatinina şi acidul uric, împreună cu excesul de sare şi apă, rămân în tubii renali. Celulele care formează pereţii tubilor renali absorb şi reintroduc în circulaţia sangvină alte substanţe în cantităţile ce sunt necesare organismului. Astfel, compoziţia urinei este determinată de necesitatea eliminării substanţelor nedorite şi necesitatea recuperării altor substanţe. Urina care iese din capătul distal al fiecărui tub pătrunde în pelvisul renal, apoi în ureter şi în vezica urinară unde este depozitată. Când nervii vezicii urinare semnalează senzaţia de plin, urina este eliminată prin uretră, de obicei voluntar. În medie, aproximativ 1 litru şi jumătate de urină se elimină în fiecare zi. Aceasta este doar o mică parte din cantitatea de lichide filtrată iniţial prin glomeruli în tubi.

Sângele care părăseşte rinichii conţine săruri, proteine, glucoză, calciu şi alte substanţe vitale în menţinerea funcţiilor normale ale organismului. Acest sânge trece prin venele renale şi se întoarce la inimă pentru a fi recirculat în organism.

Rinichiul şi tractul urinar



Secţiune transversală prin rinichi



În cea mai mare parte din timp, acest proces complex se desfășoară fără probleme. Uneori, însă, există probleme care afectează capacitatea renală de filtrare. De exemplu, dacă tubii sunt afectați, substanțe importante care trebuie recuperate în circuitul sangvin pot fi eliminate în urină. Și prin glomeruli pot trece suficiente proteine în urină ducând la apariția unei afecțiuni numită sindrom nefrotic.

Diabetul, traumatismele, hipertensiunea arterială, toxinele, litiaza renală, tumorile, anumite medicamente și chiar infecții situate în altă parte a organismului pot produce afectare renală. Din păcate, majoritatea afecțiunilor renale nu se însoțesc de simptome importante decât când apar leziuni substanțiale și chiar ireparabile.

Afecțiuni renale congenitale

O parte dintre copii se nasc cu rinichi anormali care nu funcționează normal sau chiar cu un singur rinichi. Din fericire, ființele umane pot duce o viață normală doar cu un rinichi funcțional. Multe din afecțiunile anatomice următoare sunt asimptomatice și pot rămâne, cel puțin inițial, nediagnosticate. Acestea sunt tipic diagnosticate când se fac teste pentru alte motive.

Rinichiul spongios medular

Semne și simptome

- Durere de spate
- Usturime la urinat
- Sânge în urină
- Infecție renală sau litiază

Rinichiul spongios medular apare datorită unei lărgiri anormale a ductelor (ductelor papilare) care drenează în porțiunea renală colectoare a urinei (pelvisul renal). Adeseori, nu apar simptome la cei care au aceste anomalii. Dacă apar, semnele și simptomele se întâlnesc în adolescență sau la adulții tineri. În majoritatea cazurilor, această afecțiune se poate diagnostica printr-o radiografie renală.

Tratament

Tratamentul implică dispariția simptomelor dacă acestea sunt prezente. Dacă aveți afecțiunea dar nu există simptome, medicul dumneavoastră vă va recomanda probabil să beți cantități adecvate de apă. Aceasta reduce riscul apariției infecțiilor renale sau litiazei renale.

Refluxul vezicoureteral

Semne și simptome

- Infecții recurente de tract urinar
- Rinichi mic sau cicatricial la examenul radiologic
- Exces de proteine în urină
- Hipertensiune arterială

Refluxul vezicoureteral, fluxul anormal de urină din vezică înapoi în uretere, este cea mai comună afectare solitară de tract urinar la copii. De obicei, apare datorită anomaliilor anatomice ale valvei care în mod normal împiedică întoarcerea urinei din vezică.

Diagnostic

Un medic poate suspecta refluxul vezicoureteral dacă un copil are infecții recurente de tract urinar. Uneori, refluxul poate fi detectat cu ajutorul unui examen radiologic al rinichiului sau urografiei intravenoase (vezi pag. 918). Totuși, testul definitiv pentru această afecțiune este cistouretrografia micțională (vezi pag. 918). Aceasta arată dacă urina rămâne în rinichi sau trece înapoi (refluează) în rinichi. De asemenea, poate fi necesar un alt test numit cistografia radionucleară.

În cazul în care copilul dumneavoastră are reflux, pot fi efectuate teste suplimentare pentru a determina dacă rinichiul a fost afectat sau pentru a diagnostica orice alte leziuni.

Cât de grav este refluxul vezicoureteral?

Refluxul poate fi mic, moderat sau sever. În cazul în care copilul dumneavoastră are reflux ușor, există o șansă mare ca problema să dispară pe măsură ce acesta crește. Refluxul moderat sau sever este mai puțin probabil să dispară în timp.

Afectarea renală este un real pericol în acest caz, în mod particular la nou-născuți și copii sub 5 ani. Refluxul poate fi periculos pentru rinichi deoarece creează o presiune anormală și, cel mai important, poate aduce bacterii din vezică în rinichi. Rinichiul se poate infecta și, în final, poate fi lezat.

Refluxul este una din cele mai comune cauze de hipertensiune arterială severă și insuficiență renală la copii și adulți tineri. Este responsabil de circa 6% din cazurile de insuficiență renală terminală la copii și tineri.

Tratament

Tratamentul acestei afecțiuni depinde de severitatea ei.

Tratament medicamentos

Inițial - în mod particular dacă refluxul este mic spre moderat- pot fi prescrise doze mici de antibiotice pentru a menține urina sterilă, prevenind astfel ca refluxul urinar să infecteze rinichiul. Pot fi luate la intervale regulate probe urinare pentru a fi siguri că nu sunt prezente bacterii.

Tratament chirurgical

O operație de corectare a refluxului vezicoureteral poate fi luată în considerare dacă:

- Un copil are reflux sever.
- Un copil are reflux moderat care nu dă semne de rezolvare în timp.
- Infecțiile urinare apar în ciuda tratamentului antibiotic.
- Alte anomalii renale împiedică rezolvarea refluxului.

Operația implică reimplantarea ureterului în vezica urinară. În 95% din cazuri, aceasta vindecă refluxul. Totuși, infecțiile de tract urinar continuă să apară într-un mic număr de cazuri în ciuda succesului aparent al intervenției.

Copiii care au făcut această operaţie primesc adesea antibiotice câteva luni după operaţie.

Alte anomalii anatomice

Alte anomalii anatomice renale pot fi prezente la naştere, incluzând:

Rinichiul unic

Rinichiul unic este o anomalie în care unul din rinichi lipseşte la naştere. Rinichiul prezent îndeplineşte funcţiile a doi rinichi. De obicei, această afecţiune nu pune probleme.

Rinichiul în potcoavă

Rinichiul în potcoavă este o condiţie în care părţile renale inferioare sunt unite, formând un aspect de potcoavă. Rinichiul în potcoavă rămâne de obicei nedetectat până când se efectuează teste diagnostice pentru alte afecţiuni sau pentru anumite semne şi simptome.

Sângele în urină, litiaza renală, obstrucţia urinară şi creşterea susceptibilităţii la infecţii sunt complicaţiile rinichiului în potcoavă. Aceste semne şi simptome pot fi tratate dacă apar. Afecţiunea singură duce rar la insuficienţă renală.

Duplicarea renală

Duplicarea renală este o condiţie în care porţiunea colectoare a rinichiului (pelvisul renal) este divizată în compartimente separate, fiecare cu propriul său ureter. Aceasta poate apărea într-unul sau în ambii rinichi.

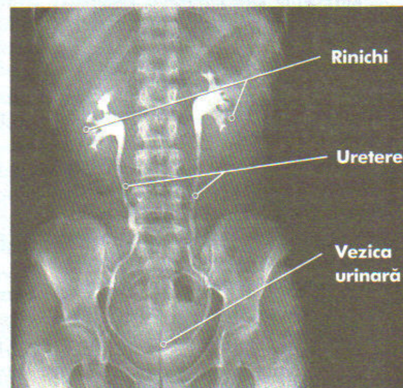
Oamenii cu această anomalie pot să nu aibă semne şi simptome, dar afecţiunea evoluează cu un risc crescut de infecţie şi obstrucţie urinară.

Rinichiul flotant

Rinichiul flotant este o anomalie neobişnuită în care unul din rinichii dumneavoastră se deplasează în sus sau în jos pe partea respectivă, în aria dintre coaste şi şold, în funcţie de poziţia corpului. Un rinichi flotant nu este de obicei o cauză de îngrijorare şi nu necesită teste sau tratament.

Examenul radiologic al rinichiului şi al vezicii urinare

Examenul radiologic îl poate ajuta pe medic să detecteze anomaliile din tractul dumneavoastră urinar. Următoarele două examene radiologice sunt utilizate de obicei pentru a detecta afecţiunile renale sau ale vezicii urinare:



Urografia intravenoasă

Urografia intravenoasă (UIV) este un examen radiologic care oferă o imagine detaliată a rinichiului şi tractului urinar inferior.

Indivizii care vor face UIV sunt instruiţi să nu mănânce sau să bea cu 6 ore înainte de test. De asemenea, pot să primească şi un laxativ pentru a goli colonul, făcând mai uşoară vizualizarea rinichiului la examenul cu raze X.

Examinarea începe prin administrarea injectabilă a unei substanţe de contrast printr-o venă de la nivelul braţului. Această substanţă face ca rinichii şi tractul urinar să fie vizibile la examenul cu raze X. Fluxul sangvin poartă rapid substanţa de contrast la nivel renal, unde este filtrată prin glomeruli în tubii renali. Apoi trece prin rinichi, în jos prin uretere şi în final în vezică. În timpul acestei proceduri care durează circa o oră se fac o serie de radiografii ale diferitelor structuri.

Dacă medicul dumneavoastră suspicionează o anomalie a tractului urinar, UIV este de obicei unul din primele teste radiologice făcute. De asemenea, este util pentru determinarea prezenţei anomaliilor congenitale, tumorilor, cicatricelor renale şi a litiazei tractului urinar. Ecografia sau examenul computer tomografic (CT) sunt de obicei utilizate pentru a diagnostica orice anomalie găsită la UIV.

Succesul UIV depinde de capacitatea fiecărui rinichi de a concentra substanţa de contrast şi de a o elimina în sistemul urinar. Altfel, este dificil de a obţine o bună UIV când rinichiul nu filtrează corespunzător.

De cele mai multe ori, oamenii care fac o UIV nu prezintă reacţii adverse, alteori o parte prezintă greaţă, vărsături sau dureri la nivelul braţului unde s-a făcut injectarea. Reacţiile alergice la substanţa de contrast injectată în organism apar ocazional, de aceea, înainte de procedură, trebuie să spuneţi doctorului dacă aveţi orice tip de alergie.

Cistouretrografia micţională

Cistouretrografia micţională este un procedeu în care radiografiile se fac în timp ce vezica urinară este umplută cu o substanţă de contrast radioopacă şi apoi golită prin micţiune. În scopul introducerii substanţei de contrast în vezică, este inserat prin uretră în vezică un tub (cateter) mic, flexibil. Acest test arată dacă o parte din lichid merge înapoi (refluează) în uretere sau rinichi.

Cistouretrografia micţională este efectuată de obicei pentru a vedea structura şi funcţia vezicii şi uretrei. Poate detecta deficite de golire a vezicii sau anomalii anatomice. La bărbaţii cu creşterea de cauză noncanceroasă a prostatei (hiperplazia benignă de prostată) poate evidenţia îngustarea uretrei şi locul în care canalul este înconjurat de prostată. De obicei, procedura nu are reacţii adverse.

Obstrucţia congenitală pelvicoureterală

Obstrucţia congenitală pelvicoureterală este o afecţiune care implică o obstrucţie în zona în care ureterul părăseşte rinichiul. Tipic, aceasta apare pe o singură parte.

Durerile abdominale sau infecţia pot duce la diagnostic. Obstrucţia este uneori detectată după apariţia sângelui în urină, adeseori după o lovitură în zona renală. Uneori, această afecţiune este detectată la făt prin ecografie prenatală.

Presiunea determinată de obstrucţie poate duce la lezarea rinichiului şi cauza pierderea funcţiei pe partea afectată. Intervenţia chirurgicală poate fi necesară pentru a elimina obstrucţia şi a preveni, astfel, afectarea rinichiului. Tehnologiile noi, care îndepărtează obstrucţia intern, pot lua în curând locul chirurgiei.

Displazia polichistică

Displazia polichistică este o boală determinată de creştere anormală de ţesut în rinichi. Ea este caracterizată de prezenţa a numeroase pungi pline cu lichid (chisturi).

Uneori, această afecţiune este detectată la făt prin ecografia prenatală. La examenul radiologic, rinichiul afectat seamănă cu un ciorchine de strugure.

Displazia polichistică poate regresa spontan în timp. Celălalt rinichi funcţionează satisfăcător, astfel încât această condiţie nu interferă cu creşterea şi dezvoltarea normală.

Afecţiuni renale ereditare

Anumite afecţiuni renale apar în familie. Dacă un medic diagnostichează o afecţiune renală moştenită la un membru al familiei, trebuie să facă teste şi celorlalţi membri ai familiei – chiar dacă aceştia nu au simptome – pentru a vedea dacă nu au boala.

Boala polichistică renală

Semne şi simptome

- Dureri de spate
- Sânge în urină
- Urinare excesivă noaptea
- Litiază renală
- Anemie (la copii)
- Hipertensiune arterială

În boala polichistică renală, rinichiul conţine ciorchini de pungi rotunde, scobite, pline cu lichid (chisturi) care interferă cu funcţia renală şi măresc în dimensiune rinichiul. Afecţiunea poate apărea la copii şi adulţi, dar este mult mai frecventă la adulţi. De obicei, nu pune probleme până în a doua sau a treia decadă a vieţii sau mai târziu. Este estimat că 1 din 400 până la 1 din 1000 de americani au această boală.



Dezvoltarea a numeroase pungi pline de lichid (chisturi) în ţesutul renal produce boala polichistică renală care poate avansa spre insuficienţă renală.

Tipuri

Cele două tipuri de boală polichistică renală sunt determinate de factori genetici diferiţi.

Autozomal dominantă

Boala polichistică renală autozomal dominantă este răspunzătoare de circa 95% din totalul bolii polichistice renale la adult. Simptomele apar de obicei între 30 şi 50 ani. Se numeşte autozomal dominantă deoarece o singură genă defectă dominantă moştenită de la un părinte poate cauza boala.

Autozomal recesivă

Boala polichistică renală autozomal recesivă este mai puţin comună. Gena recesivă anormală trebuie moştenită de la ambii părinţi pentru a produce această boală. De obicei, simptomele apar la scurt timp după naştere, dar pot apărea şi mai târziu în copilărie sau adolescenţă.

Diagnostic

Pentru a dignostica boala sunt utilizate un examen ecografic, tomografia computerizată (CT) sau rezonanţa magnetică nucleară (RMN) (vezi Capitolul 39, "Teste diagnostice"). Medicul dumneavoastră vă poate recomanda de asemenea testare genetică pentru a determina dacă sunteţi purtătorul genei asociate cu boala polichistică renală.

Cât de gravă este boala polichistică renală?

În forma de boală a adultului apar, de obicei, pe parcursul vieţii hipertensiunea arterială şi pierderea progresivă a funcţiei renale. Majoritatea oamenilor cu forma severă a acestei boli ajung în stadii finale ale bolii renale cam în jurul vârstei de 40 sau 50 de ani, iar alţii mai târziu. O parte pot avea doar o pierdere uşoară spre moderată a funcţiei renale pe parcursul vieţii. O dată atins stadiul terminal al bolii renale sunt necesare dializa sau transplantul renal pentru a susţine în viaţă pacientul.

Mulţi dintre adulţii cu această boală au şi probleme hepatice, incluzând chisturi care se pot infecta producând febră şi alte simptome. Forma de boală a copilăriei este foarte gravă şi poate duce la deces prematur.

Tratament

Nu există metode terapeutice pentru a preveni formarea şi creşterea chisturilor, dar există măsuri care

pot ameliora simptomatologia şi complicaţiile bolii polichistice renale. Dacă aveţi hipertensiune arterială, medicul dumneavoastră vă va ajuta să o controlaţi pentru a prezerva funcţia renală rămasă. Dacă aveţi o infecţie urinară, trebuie să urmaţi un tratament prompt pentru a preveni lezarea suplimentară a rinichiului.

Uneori, medicul poate puncţiona şi drena chisturile datorită durerii, sângerării, infecţiei sau obstrucţiei sau din cauza creşterii excesive a rinichiului care afectează alte organe abdominale. Ocazional, această procedură este făcută în scopul ameliorării sau stabilizării funcţiei renale.

Când se ajunge în stadiile terminale, dializa sau transplantul sunt în general opţiunile dumneavoastră cele mai bune pentru un tratament de succes.

Forma de boală a copilăriei necesită o îngrijire medicală atentă şi importantă pentru a monitoriza apariţia complicaţiilor. Hipertensiunea arterială este frecventă şi necesită de obicei tratament medicamentos.

Majoritatea copiilor cu boală chistică renală ating stadiile finale de suferinţă renală pe parcursul copilăriei. Astfel, dializa sau transplantul sunt practicate mult mai devreme decât în cazul formei adulte. De asemenea, afectarea hepatică asociată este severă.

Cistinuria

Semne şi simptome

- Sânge în urină
- Durere
- Litiază renală

Cistinuria este o boală în care tubii renali nu absorb corespunzător anumiţi aminoacizi (elemente proteice). Cantităţi excesive de aminoacizi ca lisina, arginina, ornitina şi cistina sunt eliminate în urină. Această anomalie moştenită apare la 1 din 10.000 de oameni şi este caracterizată de apariţia litiazei renale, ureterale şi vezicale.

Diagnostic

O analiză chimică a urinei poate evidenţia prezenţa unei cantităţi excesive de aminoacizi. Dacă eliminaţi o piatră renală, medicul dumneavoastră trebuie şă determine compoziţia acesteia. Dacă piatra conţine cistină atunci probabil aveţi cistinurie.

Cât de gravă este cistinuria?

Cistinuria este o boală cu evoluţie lungă (cronică). Oamenii care o au, vor avea probabil calculi de cistină care pot afecta rinichiul producând obstrucţie ureterală sau infecţie. Unii au numeroşi asemenea calculi şi pot avea nevoie de intervenţie chirurgicală pentru a-i îndepărta. Ocazional, cistinuria poate produce insuficienţă renală şi poate duce la afectarea altor organe.

Tratament

Dacă aveţi cistinurie, trebuie să beţi o cantitate suficientă de apă –

Sânge în urină

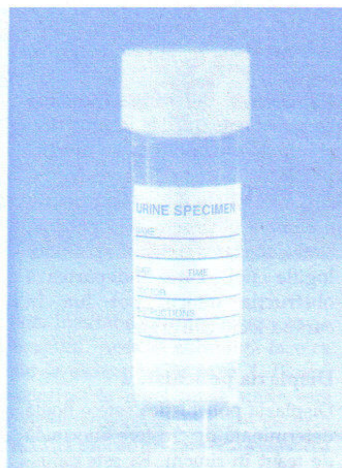
Sângele în urină (hematuria) poate fi vizibil cu ochiul liber sau apare doar la examinarea la microscop a urinei. Hematuria este adesea detectată când se fac analize urinare pentru alte motive, cum ar fi un test de screening pentru un examen fizic de rutină.

Hematuria poate apărea într-o largă varietate de afecţiuni ale rinichiului şi tractului urinar, cum ar fi infecţia, litiaza, chisturile sau tumorile. Totuşi, mulţi oameni cu hematurie nu prezintă nici una dintre aceste afecţiuni în ciuda evaluării lor atente. Aceştia au ceea ce se numeşte hematurie benignă, care nu se asociază cu afectare renală.

Hematuria benignă are două forme: recurentă (sporadică) şi familială (moştenită). Hematuria benignă recurentă este descoperită tipic la copii, dar poate să nu fie evidenţiată până târziu.

Exceptând prezenţa sângelui în urină, celelalte analize urinare, sangvine şi renale sunt normale. Nu este necesar tratament şi, în multe cazuri, hematuria dispare în timp.

Hematuria recurentă benignă este destul de frecventă printre atleţi, în mod particular la alergătorii de cursă lungă. Cauza exactă a prezenţei sângelui în urină nu este clară, dar incidenţa hematuriei induse de efort este direct proporţională cu durata şi intensitatea activităţii fizice. Hematuria dispare de obicei în primele 24 de ore după terminarea exerciţiului.



Forma familială este dobândită de la un părinte – o singură genă moştenită de la oricare din părinţi este capabilă să producă boala. Dacă un părinte are această afecţiune, copilul său are 50% şanse să o moştenească. În această situaţie, o parte din membrii familiei sunt de obicei afectaţi.

În multe cazuri, este necesară o biopsie renală pentru a confirma diagnosticul hematuriei benigne familiale şi pentru a o diferenţia de alte afecţiuni. Hematuria familială benignă este de obicei recunoscută din copilărie. Tipic, ea persistă pe parcursul vieţii dar nu produce afectare renală sau alte probleme.

Nu este necesar tratamentul. La unii copii cu hematurie izolată, este găsită o concentraţie crescută de calciu în urină (hipercalciurie) şi se pare că aceasta este cauza hematuriei. Aceşti copii pot avea un risc crescut de litiază renală.

până la 4 litri pe zi – o treime din cantitate fiind băută noaptea. Nu este întotdeauna uşor, dar ajută la diluarea concentraţiei de cistină în urină.

De asemenea, medicul dumneavoastră vă poate sfătui să beţi o soluţie cu bicarbonat de sodiu sau citrat de sodiu pentru a menţine urina alcalină deoarece cistina este mai solubilă în soluţii alcaline. Dacă nu răspundeţi la tratamentul cu apă şi săruri alcaline, medicul vă poate prescrie şi alte medicamente care pot scădea eliminarea de cistină. Totuşi, datorită posibilelor reacţii adverse, acestea sunt utilizate doar dacă alte metode eşuează.

Defectele tubulare renale

În anumite cazuri de afecţiuni renale moştenite, părţile principale afectate sunt tubii mici (tubulii) din structura unităţilor filtrante renale microscopice (nefronii). Tubulii renali joacă un rol important în absorbţia renală a substanţelor nutritive şi în îndepărtarea deşeurilor.

Acidoza tubulară renală

Acidoza tubulară renală se referă la anumite afecţiuni moştenite care fac rinichiul incapabil să elimine suficienţi acizi din circuitul sangvin sau să elimine baze, cum ar fi bicarbonatul, în cantităţi excesive. Aceasta perturbă echilibrul acido-bazic normal (pH) al organismului.

În aceste circumstanţe rinichiul pierde adesea cantităţi mari de potasiu, calciu şi sodiu în urină. Sângele devine acid, iar nivelul de clor creşte în sânge.

La copii, asemenea defecte tubulare sunt deseori manifestate prin afectarea creşterii. La adulţi pot apărea calculi la rinichi. În general, tratamentul constă în administrarea suficientă de bicarbonat de sodiu sau citrat de potasiu pentru a menţine gradul normal de alcalinitate a sângelui.

Rahitismul hipofosfatemic vitamino D-rezistent

Rahitismul hipofosfatemic vitamino D-rezistent este o afecţiune moştenită în care rinichiul este incapabil să reţină fosfaţii. Rezultatele sunt afectarea creşterii, rahitismul şi statura mică a adultului.

Sindroamele Bartter şi Gitelman

Sindroamele Bartter şi Gitelman sunt foarte rare. Sunt cunoscute ca afecţiuni urinare ce pierd apă.

Sindromul Bartter este în general diagnosticat în copilărie. Este caracterizat de o creştere excesivă a potasiului în urină. Afecţiunea se datorează unui defect al capacităţii renale de a reabsorbi potasiul. Semnele şi simptomele includ crampe musculare şi oboseală, constipaţie, creşterea diurezei şi deficit de creştere.

Sindromul Gitelman este similar din multe puncte de vedere cu sindromul Bartter. Totuşi, se produce şi o pierdere a magneziului în urină. În plus, este adesea diagnosticat la adult şi este mai blând ca sindromul Bartter.

Sindromul Alport

Sindromul Alport este o afecţiune moştenită care se datorează unui defect în gena sintezei colagenului, o substanţă care ajută la formarea membranelor bazale celulare în multe din organele corpului, incluzând rinichiul şi aparatul auditiv al urechii interne. Sindromul produce afectare renală şi, posibil, pierderea auzului. Afectează mai ales bărbaţii comparativ cu femeile.

La bărbaţi, evoluţia comună a bolii este pierderea progresivă a funcţiei renale. Uneori, sunt necesare dializa sau transplantul renal, de obicei între adolescenţă şi vârsta de 40 ani. Femeile pot avea simptome minime dacă acestea apar, dar pot transmite defectul genetic copiilor lor.

Sindromul nefrotic congenital

Sindromul nefrotic congenital se evidenţiază la scurt timp de la naştere şi este cel mai frecvent găsit la copiii de origine finlandeză. Manifestările sale sunt greutatea scăzută la naştere, prezenţa de cantităţi crescute de proteine în urină (proteinuria) şi retenţie lichidiană masivă.

Infecţia, malnutriţia sau insuficienţa renală pot duce la moarte în primul an de viaţă. Tratamentul precoce, incluzând transplantul renal, este terapia de elecţie pentru unii copii.

Siclemia

Oamenii cu siclemie au o anomalie sangvină şi pot avea o întârziere a creşterii, iar la nou-născuţi o insuficienţă în dezvoltare. Apare mai frecvent la negri. Problemele renale asociate includ susceptibilitatea la infecţiile de tract urinar, hematuria şi pierderea capacităţii rinichiului de concentrare a urinei, ceea ce duce la deshidratare.

Pierderea progresivă a funcţiei renale poate apărea la adulţii în vârstă. De obicei, afecţiunea este tratată prin dializă renală sau transplant.

Oamenii care moştenesc doar o genă a acestei boli sunt purtători ai siclemiei, dar nu dezvoltă boala, deşi pot avea sânge în urină. Vezi pag. 1142 pentru a afla mai multe despre siclemie.

Afecţiuni vasculare

Aorta este cel mai mare vas din organism, pornind direct din inimă. Ramurile sale duc sângele în diferite părţi ale organismului. Fiecare rinichi primeşte sângele prin una sau mai multe ramuri ale arterei renale. 20% din volumul de sânge pompat de inimă la un moment dat trece prin rinichi.

După ce rinichii îşi îndeplinesc funcţia lor de filtrare, sângele se întoarce prin venele renale în vena cavă inferioară, vasul major care poartă sângele din toate părţile organismului înapoi la inimă.

Afecţiuni ale arterelor şi venelor renale nu alterează doar modul de desfăşurare a funcţiilor renale, dar pot fi o cauză majoră de hipertensiune arterială.

Obstrucţia arterială acută

Semne şi simptome

- Dureri abdominale sau în flanc
- Sânge în urină

Ocluzia arterială acută a rinichiului apare când artera renală este obstruată de un cheag de sânge (tromb). Apare, de obicei, la oameni cunoscuţi cu boli cardiovasculare, boli primare ale valvelor aortice sau mitrale sau fibrilaţie atrială.

Diagnostic

Un test numit arteriografie poate ajuta la localizarea obstrucţiei la nivelul arterei renale. În cadrul acestei investigaţii se introduce un tub mic, flexibil (cateter) prin zona inghinală în aortă şi apoi se manipulează către artera renală. Apoi se injectează o substanţă de contrast şi se face un examen radiologic.

Uneori, diagnosticul este pus prin tomografie renală. Aceasta este o procedură care utilizează cantităţi mici de materiale radioactive numite *trasori* (radiofarmaceutici). Aceşti trasori emit radiaţii care sunt detectate de o cameră specială. Această cameră redă imagini ale rinichilor şi măsoară fluxul sangvin renal.

Cât de gravă este obstrucţia arterială acută?

Pericolul în cazul obstrucţiei arteriale acute este ca rinichiul afectat să-şi piardă funcţia. Celălalt rinichi poate prelua funcţia de eliminare a deşeurilor, dar dacă ocluzia arterială apare la o persoană cu un singur rinichi sau dacă afectează ambii rinichi, poate apărea insuficienţa renală.

Tratament

Uneori, trombii se pot dizolva spontan. Dacă artera a fost obstruată doar câteva ore, medicul dumneavoastră vă poate administra medicamente care să dizolve cheagul sau anticoagulante care să prevină coagularea sângelui.

În unele cazuri, obstrucţia poate fi îndepărtată prin utilizarea unui cateter care poate fi inserat prin sistemul arterial până în artera afectată. Ocazional, este necesară intervenţia chirurgicală pentru repararea arterei.

Stenoza arterei renale

Semne şi simptome

- Hipertensiune arterială
- Istoric de hipertensiune arterială greu controlabilă

Stenoza de arteră renală este o îngustare sau blocare a arterei renale înainte de intrarea acesteia în rinichi. Îngustarea sau obstrucţia împiedică fluxul sangvin să ajungă la rinichi şi poate produce insuficienţă renală cronică sau hipertensiune arterială. Stenoza de arteră renală este responsabilă de până la 2% din cazurile de hipertensiune arterială.

La adulţii vârstnici stenoza de arteră renală apare, de obicei, ca rezultat al formării de depozite adipoase (plăci de aterom) la nivelul acesteia.

De asemenea, obstrucţia arterei renale poate apărea şi ca rezultat al îngroşării peretelui arterial (displazia fibromusculară), o afecţiune mai frecventă la femeile cu vârste cuprinse între 20 şi 40 ani.

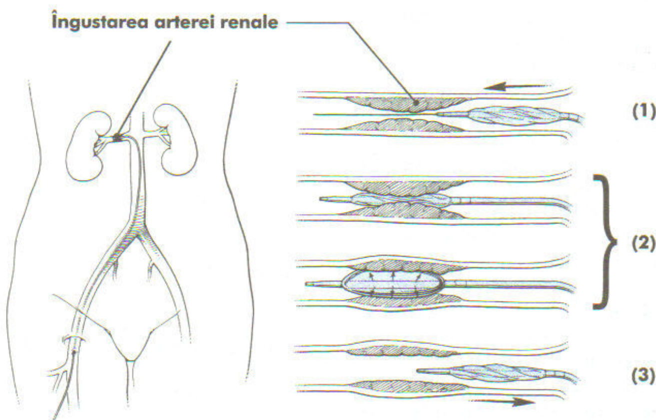
Diagnostic

Medicul dumneavoastră poate suspecta o stenoză de arteră renală dacă aude un sunet numit suflu când ascultă cu stetoscopul zona renală. Testele pot include un examen radiologic renal special numit urografie intravenoasă (vezi pag. 918).

O examinare renală ecografică care măsoară fluxul renal poate fi utilă în identificarea îngustării arterei. Poate fi utilizat un test radiologic numit arteriografie pentru determinarea localizării exacte şi a extinderii blocajului. În acest caz se va insera un tub mic flexibil (cateter) prin zona inghinală până în aortă şi se va manipula până în artera renală. Apoi se injectează o substanţă de contrast şi se face un examen radiologic.

Tratament

Uneori, poate fi necesară intervenţia chirurgicală pentru a îndepărta obstrucţia sau zona de îngustare a arterei renale. Scopul chirurgiei este de a preveni insuficienţa renală progresivă şi de a îmbunătăţi controlul hipertensiunii arteriale. Un alt tratament constă în trecerea unui cateter special în artera renală, iar apoi se umflă un



Angioplastia transluminală percutanată (angioplastia cu balonaş) poate fi utilizată pentru a dilata o arteră renală îngustată. Pe parcursul acestei proceduri se introduce un cateter printr-o arteră din regiunea coapsei până în artera renală îngustată (1). Artera este dilatată prin umflarea unui balonaş situat la capătul cateterului (2), apoi cateterul este scos (3).

balonaş aflat la capătul acestuia pentru a dilata artera (angioplastia transluminală percutanată, numită de asemenea şi angioplastia cu balonaş). Aceasta a avut succes în mod particular la femeile cu displazie fibromusculară. Unii oameni au nevoie de medicaţie pentru a controla tensiunea arterială.

Tromboza venei renale

Semne si simptome

- Dureri puternice în partea inferioară a spatelui şi în flanc
- Cantităţi crescute de proteine în urină

În acest caz apare un cheag de sânge (tromb) în vena care iese din rinichi. Cheagul poate apărea la scurt timp după traumatisme importante abdominale sau dorsale.

De asemenea, tromboza unei vene renale poate fi rezultatul unei blocări a fluxului sangvin în vena renală printr-o tumoră sau se poate asocia cu sindromul nefrotic congenital. În anumite cazuri, mai ales la sugari, deshidratarea severă poate fi responsabilă de acestea.

Diagnostic

Medicul dumneavoastră poate utiliza arteriografia, un test în care se injectează o substanţă de contrast prin regiunea inghinală în vena majoră care aduce sângele din regiunea inferioară a corpului dumneavoastră la inimă (vena cavă inferioară) şi apoi în vena renală.

Această substanţă poate delimita cheagul în vena renală permiţând, astfel, vizualizarea sa la examenul radiologic.

Uneori, medicul poate pune diagnosticul, utilizând un examen cu ultrasunete numit Doppler care poate detecta prezenţa unui cheag în venă.

Tratament

Cel mai frecvent tratament pentru tromboza venei renale constă în medicaţie anticoagulantă care previne coagularea sângelui. În general, în timp, vena renală se redeschide, exceptând cazul în care obstrucţia este datorată unei creşteri tumorale în interiorul venei prin extensia unui cancer renal.

Insuficienţa renală

Insuficienţa renală apare când rinichiul este incapabil să-şi îndeplinească funcţiile sale de filtrare a deşeurilor din sânge. Aceasta poate apărea brusc (insuficienţa renală acută), cum ar fi în obstrucţia vasculară sau ca rezultat al distrugerii lente în timp a nefronilor, unităţile de filtrare a rinichilor (insuficienţa renală cronică).

Datorită faptului că rinichii au mulţi nefroni – aproximativ 1 milion – simptomele insuficienţei renale cronice pot rămâne nedescoperite până când apar leziuni renale substanţiale. Funcţia rinichiului trebuie să scadă de la normal până la cel puţin 80% înainte de apariţia complicaţiilor importante.

Diabetul şi hipertensiunea arterială produc aproape 2/3 din toate cazurile de insuficienţă renală la adult atunci când sunt netratate şi necontrolate.

Alte cauze de insuficienţă renală cuprind infecţia, traumatismele, expunerea la toxine şi medicamente, şi o varietate de boli renale.

În plus, lupusul eritematos sistemic, siclemia, cancerul şi obstrucţia fluxului urinar pot produce insuficienţă renală.

Insuficienţa renală acută

Semne si simptome

- Retenţia de lichide
- Hemoragie la nivelul stomacului şi intestinelor
- Convulsii
- Comă

Insuficienţa renală acută este o afecţiune în care rinichii îşi pierd rapid capacitatea lor de a elimina suficienţi produşi de degradare din sângele dumneavoastră. Deseori, este urmarea unei scăderi severe a tensiunii arteriale, care poate apărea din diferite motive.

Cu toate că insuficienţa renală este o afecţiune potenţial serioasă, care poate necesita spitalizare şi terapie intensivă, rinichiul este în general capabil să-şi conserve funcţia normală pe o perioadă de câteva săptămâni, până la câteva luni de la debut. Dacă nu este tratată, poate fi letală.

Cauze

Există multe teorii pentru a explica cum dispare funcţia renală. Unele presupun că celulele desprinse obstruează tubulii, interferând cu capacitatea acestora de a filtra produşii de degradare. Altele presupun că o combinaţie a unora din următorii factori diminuă fluxul renal prin glomeruli:

Obstrucţia vasculară sau vasoconstricţia

Scăderea fluxului sangvin renal (ischemia renală) este cea mai comună cauză a insuficienţei renale. Această condiţie apare în cazul obstrucţiei sau constricţiei unui vas sangvin.

Complicaţiile chirurgicale sau traumatismele severe

Multe cazuri de insuficienţă renală sunt datorate sau sunt legate de chirurgie sau traumatisme cu sângerare severă, deshidratare sau şoc. În plus, atunci când ţesutul muscular este strivit în cazul leziunilor severe, se eliberează mioglobina, care se opreşte în tubulii renali şi blochează fluxul urinar.

Medicamente

Multe medicamente pot precipita insuficienţa renală acută. Expunerea la substanţe de contrast, cum ar fi cele utilizate în diagnosticul bolilor cardiovasculare şi accidentelor vasculare cerebrale (arteriografie), poate duce la insuficienţă renală acută, în mod particular la cei cu boală renală datorată diabetului.

Ocazional, o persoană care are o infecţie ameninţătoare pentru viaţă şi care primeşte un antibiotic cum ar fi streptomicina sau gentamicina, poate evolua spre insuficienţă renală. Riscul de insuficienţă renală după tratament antibiotic este mult mai mare la adulţii vârstnici, la cei care utilizează diuretice sau alte medicamente toxice renale şi la cei cu boli renale preexistente, depleţie de potasiu sau boli hepatice.

În plus, antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS) pot produce uneori

insuficienţă renală, chiar dacă sunt utilizate un timp relativ scurt.

Şocul termic şi efortul excesiv

Şocul termic, o manifestare care apare când organismul dumneavoastră nu poate face faţă stresului căldurii, combinat cu efortul excesiv, poate duce la insuficienţă renală acută. Deshidratarea severă are deseori un rol cheie în apariţia insuficienţei renale în acest caz.

Toxine

Expunerea la substanţe toxice, incluzând cantităţi excesive de alcool, metale grele cum ar fi plumbul, sau diverşi solvenţi, ca tetraclorura de carbon, pot produce insuficienţă renală.

Insuficienţa multiplă de organe

La anumiţi oameni, insuficienţa renală acută este rezultatul insuficienţei multiple de organe în care inima, plămânii, ficatul, creierul şi rinichii sunt total sau parţial afectate. Insuficienţa de organe apare cel mai frecvent după traumatisme majore sau infecţie severă care se răspândeşte în tot sistemul circulator al organismului şi împiedică asigurarea unui flux sangvin adecvat la nivelul organelor (sepsis).

Obstrucţia fluxului urinar

Obstrucţia fluxului urinar la ieşirea din rinichi poate apărea printr-o strictură, tumoră sau, mai rar, prin creşterea de cauză necanceroasă a prostatei (hiperplazia benignă de prostată).

Ruperea plăcii de aterom

În artere se pot acumula depozite lipidice (plăci aterosclerotice) rigidizându-le printr-un proces numit ateroscleroză. Materialul de la nivelul plăcii se poate rupe şi apoi localiza într-o arteră renală, reducând fluxul sangvin renal.

Sindromul hemolitic uremic

Sindromul hemolitic uremic este o manifestare complexă produsă de anumite tulpini de *Escherichia coli* (*E. coli*). Este cauza principală a insuficienţei renale la sugari şi copiii mici. Această afecţiune apare mai puţin frecvent în adolescenţă şi rar la adulţi.

Boli renale

Insuficienţa renală acută poate fi rezultatul unor boli renale caracterizate prin inflamaţia spaţiului dintre glomeruli şi tubuli (nefrita interstiţială) şi inflamaţia glomerulilor (glomerulonefrita).

Diagnostic

Dacă medicul suspectează o insuficienţă renală, vă va efectua teste de sânge sau urină pentru a verifica existenţa unor niveluri anormale ale produşilor de degradare epuraţi în mod normal din sânge. Excesul de proteine în urină (proteinuria) este un semn comun al afectării nefronilor din rinichi.

De asemenea, vi se poate face o radiografie pentru a verifica prezenţa de lichid în plămâni (edem pulmonar), precum şi alte teste care să elimine cauzele potenţiale ale semnelor şi simptomelor dumneavoastră, cum ar fi o infecţie de tract urinar.

Poate fi necesară o examinare ecografică abdominală pentru evaluarea insuficienţei renale sau pentru a exclude o obstrucţie. În anumite cazuri pot fi folosite, de asemenea, tomografia computerizată (CT) sau rezonanţa magnetică nucleară (RMN) (vezi cap. 39, "Teste diagnostice").

Cât de gravă este insuficienţa renală acută ?

Insuficienţa renală acută poate ameninţa viaţa şi necesită tratament intensiv. Spre deosebire de insuficienţa renală cronică, forma acută a bolii este adesea reversibilă şi multi pacienţi se refac în una până la două luni. Uneori, trece până la un an până când se va reface funcţia renală normală. La unele persoane, insuficienţa renală acută poate progresa spre insuficienţă renală cronică.

Rata mortalităţii este înaltă la persoanele a căror insuficienţă renală a apărut după o operaţie sau traumatism sau printre persoanele cu afecţiuni medicale cronice severe. În plus, indivizii cu insuficienţă renală acută care au avut recent un accident vascular nu se recuperează atât de bine. Alţi factori care pot influenţa negativ evoluţia insuficienţei renale acute sunt vârsta înaintată, infecţia şi sângerările gastrointestinale.

Tratament

Primul scop al tratamentului insuficienţei renale acute este adresat afecţiunii sau leziunii care a produs iniţial afectarea renală. Când aceasta este sub control, scopul este de a preveni acumularea excesului de lichide şi de produşi de degradare în sânge până când rinichiul dumneavoastră se vindecă.

Un mod de a realiza aceasta este de a limita cantitatea de lichide consumate şi de a urma o dietă săracă în potasiu şi bogată în carbohidraţi. O cantitate prea mare de potasiu poate fi periculoasă pentru inimă, iar o dietă bogată în carbohidraţi poate aduce caloriile necesare, limitând aportul de grăsimi şi proteine.

La un moment dat medicii recomandau o dietă săracă în proteine deoarece proteinele produc un deşeu numit uree. Astăzi, majoritatea medicilor cred că proteinele de calitate înaltă care nu produc atâtea deşeuri ca alte proteine sunt importante pentru nutriţia proprie. Exemple de proteine de calitate înaltă sunt carnea (inclusiv de pasăre), peştele şi ouăle.

Dacă statusul dumneavoastră nutriţional este sărac, puteţi primi aminoacizi esenţiali şi glucoză intravenos. Aportul de sare poate fi restricţionat deoarece sarea vă poate face să beţi mai mule lichide.

Starea dumnevoastră de sănătate va fi monitorizată pentru evidenţierea complicaţiilor, cum ar fi infecţia, probleme neurologice sau cardiace, hipertensiunea arterială sau hemoragia gastrointestinală. Testele de laborator pot evidenţia apariţia intoxicaţiei uremice sau a altor dezechilibre chimice. Medicul dumneavoastră vă poate prescrie medicamente cum ar fi calciul, glucoza sau sulfonatul de polistiren sodic (Kionex, Kayexalate) pentru a preveni acumularea excesivă de potasiu în organism. Puteţi avea nevoie de dializă pentru a ajuta la îndepărtarea toxinelor şi excesului de lichide din organism până la vindecarea rinichilor.

Insuficienţa renală cronică

Semne şi simptome

- Analize urinare anormale
- Hipertensiune arterială
- Scădere ponderală
- Greaţă şi vărsături
- Stare generală de disconfort şi nelinişte (stare de rău)
- Cefalee
- Scăderea cantităţii de urină
- Fatigabilitate
- Dificultăţi de concentrare, confuzie
- Tremurături musculare şi crampe
- Sângerare gastrointestinală
- Colorarea galben-maronie a pielii
- Prurit

Insuficienţa renală cronică este datorată unei pierderi lente, progresive a funcţiei renale, ducând la creşterea cantităţii de lichide şi deşeuri în sânge, pe care un rinichi cu funcţie normală o elimină în urină.

Spre deosebire de insuficienţa renală acută, insuficienţa renală cronică se dezvoltă după un număr de ani, pe măsură ce unităţile de filtrare renală (nefroni) sunt progresiv distruse. Se spune că o persoană cu insuficienţă renală cronică are uremie, un termen utilizat pentru a descrie starea toxică a organismului când sângele este intoxicat cu cantităţi excesive de produşi de excreţie.

Deseori, această boală nu prezintă semne şi simptome în stadiile timpurii. În multe cazuri nu apar simptome până când funcţia renală nu scade sub 25% din ceea ce se consideră normal.

Cauze

Următoarele afecţiuni pot duce la insuficienţă renală cronică:

Diabetul zaharat

Tipul 1 de diabet, numit diabet juvenil sau insulino-dependent, este o cauză a insuficienţei renale cronice. În SUA este răspunzător de circa 35% din cazurile noi de boală în fiecare an.

Aproximativ 5 - 10% din cei care au tipul 2 de diabet, numit şi diabetul adultului sau insulinodependent, dezvoltă afectare renală după cel puţin 20 de ani. Datorită numărului mare de oameni cu diabet de tip 2, această afecţiune este răspunzătoare de un număr mare de cazuri de insuficienţă renală cronică.

Hipertensiunea arterială

Hipertensiunea arterială necontrolabilă este o altă cauză determinantă a insuficienţei renale cronice. Presiunea suplimentară exercitată asupra vaselor mici de sânge (glomerulii din structura nefronilor rinichilor dumneavoastră) poate produce afectarea şi lezarea lor. Când aceasta se întâmplă, nefronii îşi pierd capacitatea de a filtra produşii de degradare din sânge.



Nefropatia la analgezice

Utilizarea pe termen lung a aspirinei sau a altor antiinflamatoare nesteroidiene (AINS) poate produce afectarea rinichilor, ducând la insuficienţă renală. Consumul de cantităţi mari de acetaminofen (Tylenol etc.) poate, de asemenea, afecta rinichii, mai ales la copii.

Bolile renale

Unele boli renale pot duce la insuficienţă renală cronică. Acestea includ o afecţiune moştenită în care rinichii conţin numeroşi ciorchini de chisturi (boala polichistică renală), o infecţie renală (pielonefrita) şi o inflamaţie a glomerulilor (glomerulonefrita).

Stenoza de arteră renală

Obstrucţia arterei renale înaintea intrării acesteia în rinichi poate duce la insuficienţă renală. La adulţii vârstnici, o asemenea obstrucţie apare adesea când se acumulează în artere depozite lipidice (plăci aterosclerotice).

De asemenea, stenoza de arteră renală poate afecta femeile tinere care au displazie fibromusculară. Aceasta este o condiţie în care pereţii arteriali devin mai groşi, iar arterele se îngustează. Ateroscleroza şi displazia fibromusculară se asociază aproape întotdeauna cu hipertensiunea arterială.

Toxine

Expunerea îndelungată la benzină şi solvenţi, cum ar fi tetraclorura de carbon şi plumbul (intoxicaţia cu plumb) pot produce insuficienţă renală cronică.

Diagnostic

Dacă aveţi diabet, medicul dumneavoastră vă poate cere efectuarea unui test anual pentru a măsura prezenţa de cantităţi mici de proteine în urină (microalbuminuria). Acesta poate fi un screening pentru depistarea semnelor precoce ale afectării renale în diabet (nefropatia diabetică). Dacă aveţi o altă afecţiune cronică ce creşte riscul insuficienţei renale, cum ar fi hipertensiunea arterială, medicul dumneavoastră poate dori o monitorizare regulată a funcţiei renale.

Testele sangvine şi analizele urinare sunt cele mai comune investigaţii utilizate în evaluarea funcţiei renale. Testele sangvine pot detecta niveluri crescute de produşi de excreţie cum ar fi creatinina. Excesul de proteine în urină este în general un semn de afectare a nefronilor.

Analizele urinare se pot face şi din urina pe 24 de ore pentru a măsura pierderile proteice pe parcursul unei zile şi pentru a compara nivelul creatininei urinare pe 24 de ore cu nivelul creatininei sangvine. Această comparaţie a creatininei permite medicului dumneavoastră să măsoare cât sânge filtrează rinichiul pe minut.

Dacă testele urinare şi sangvine indica o funcţionare anormală a rinichilor, medicul dumneavoastră poate cere o examinare ecografică a acestora. Imaginile ecografice pot vizualiza forma şi structura rinichilor, şi pot evidenţia obstrucţii care contribuie la această afecţiune.

Medicul dumneavoastră poate solicita şi alte teste imagistice, cum ar fi tomografia computerizată (CT) sau rezonanţa magnetică nucleară (RMN). În unele cazuri, vă poate recomanda recoltarea pentru studiere a unei probe mici de ţesut renal (biopsie).

Cât de gravă este insuficienţa renală cronică?

Insuficienţa renală cronică afectează aproape toate sistemele organismului. Retenţia de lichide datorată bolii poate produce insuficienţă cardiacă congestivă şi umflarea ţesuturilor organismului (edem).

Rinichii sănătoşi produc un hormon numit eritropoietină care stimulează măduva osoasă să producă noi celule roşii sangvine. Celulele roşii transportă oxigen la toate ţesuturile şi organele corpului. Când rinichii sunt afectaţi, se poate ca ei să nu fie capabili să producă suficientă eritropoietină, ducând la scăderea producţiei de celule roşii. Aceasta duce la anemie.

Alte probleme care pot apărea includ ulcerul gastric, avortul spontan, modificări ale culorii pielii şi slăbirea oaselor, făcându-le susceptibile la fracturi. Chiar şi sistemul nervos central poate fi afectat, astfel încât cei cu insuficienţă renală cronică au dificultăţi

Dializa renală

Dializa este un mijloc artificial de îndepărtare a deşeurilor şi suplimentului de lichide din sânge. Pentru mulţi oameni cu insuficienţă renală ireversibilă, dializa renală oferă posibilitatea de a trăi mult după ce rinichii au încetat să funcţioneze. În SUA, peste 230 000 de oameni sunt într-un program de dializă.

Formele de dializă sunt următoarele:

Hemodializa

Hemodializa este cel mai comun tip. Utilizează un aparat (dializor renal) pentru a îndepărta surplusul de lichide, produşi chimici şi deşeuri din sângele dumneavoastră.

Înainte de a putea începe hemodializa trebuie ca un chirurg să vă creeze un punct de acces la nivelul vaselor prin care sângele să iasă şi să reintre în corp în timpul dializei. De obicei, accesul este la nivelul antebraţului. Procedura creşte fluxul sangvin prin mărirea unui vas sau crearea unuia artificial.

Când sunteţi conectat la aparatul de dializă, sângele vă este pompat de la nivelul punctului de acces în aparat, unde trece de-a lungul unor membrane care filtrează produşii de excreţie. Soluţia utilizată în aparat ajută la îndepărtarea excesului de lichide şi la reglarea cantităţii de substanţe rămase în sânge. Apoi, sângele se întoarce în corpul dumneavoastră. Mai puţin de o cană de sânge este în afara organismului dumneavoastră la un moment dat.

Ca o regulă, majoritatea omenilor dializaţi necesită 6 până la 12 ore de dializă pe săptămână. Aceasta este împărţită, de obicei, în 3 şedinţe.

Dializa peritoneală

Când faceţi o dializă peritoneală în locul unei metode cu dializor, se utilizează bogata reţea de capilare localizate în abdomen (cavitatea peritoneală) pentru filtrarea sângelui.

Iniţial, se creează un acces la această reţea de capilare, de regulă fie în braţ, fie în abdomen. Apoi se inserează în cavitatea abdominală un tub subţire, flexibil (cateter). Soluţia de dializă este introdusă în cavitatea abdominală prin acest cateter. Vasele sangvine mici de pe peretele interior al abdomenului filtrează produşii de degradare şi apa din sângele dumneavoastră în soluţia de dializă. După 4-6 ore, soluţia este drenată din abdomen, luând cu ea excesul de deşeuri şi lichide.

Fiecare dintre aceste cicluri se numeşte schimb. Aveţi nevoie de mai multe schimburi pe zi. Schimburile se pot face în timp ce vă desfăşuraţi activitatea zilnică sau noaptea, dacă aveţi un aparat de dializă peritoneală acasă. Aparatul introduce şi scoate lichidul automat în timp ce dormiţi.

Dializa peritoneală continuă ambulatorie

Puteţi să urmaţi o dializă peritoneală continuă ambulatorie (CAPD) acasă, prin utilizarea unui cateter permanent implantat în abdomenul dumneavoastră, realizându-se schimbul soluţiei de dializă de patru ori pe zi, şapte zile pe săptămână. În acest fel, soluţia se află în permanenţă în abdomenul dumneavoastră. În perioada dintre schimburi nu sunteţi legat de nimic, astfel încât puteţi să vă deplasaţi liber în timp ce soluţia de dializă este în cavitatea peritoneală.

Dializa peritoneală continuă ciclică

Dializa peritoneală continuă ciclică (CCPD), numită de asemenea şi dializa peritoneală ciclică nocturnă (NCPD), utilizează un aparat care vă introduce automat în cavitatea peritoneală soluţia de dializă, printr-un cateter implantat, şi dreneaza de câteva ori pe noapte în timp ce dormiţi. Aceasta vă permite să fiţi liber ziua, dar este necesar să fiţi ataşat de aparat noaptea.

de concentrare sau de memorie şi au probleme cu nervii şi cu muşchii mâinilor şi picioarelor.

Insuficienţa renală cronică poate eventual evolua către fazele terminale de boală renală. Când se întâmplă aceasta, rinichii nu mai sunt capabili să susţină viaţa, iar dializa sau transplantul renal sunt singura soluţie pentru a trăi.

Complicaţii la copii

La copii, una dintre cele mai importante consecinţe ale insuficienţei renale cronice este deficitul de creştere. În plus, faţă de rolul de reglare a cantităţii de lichide şi a epurării organismului de deşeuri, rinichii reglează interacţiunea calciului şi vitaminei D, amândouă fiind esenţiale pentru creşterea osoasă.

Complicaţiile pe perioada sarcinii

Femeile însărcinate care au insuficienţă renală cronică sunt expuse unui număr de potenţiale complicaţii, deoarece rinichii trebuie să lucreze mai mult pentru a îndeplini cerinţele din sarcină. Aceasta poate duce la agravarea hipertensiunii arteriale şi la creşterea cantităţii de produşi de excreţie în sânge.

Hipertensiunea arterială cronică poate duce la scăderea cantităţii de sânge primit de făt prin placentă, ceea ce poate afecta serios dezvoltarea acestuia.

Produşii de degradare din circuitul sangvin al mamei pot, de asemenea, înrăutăţi sănătatea copilului.

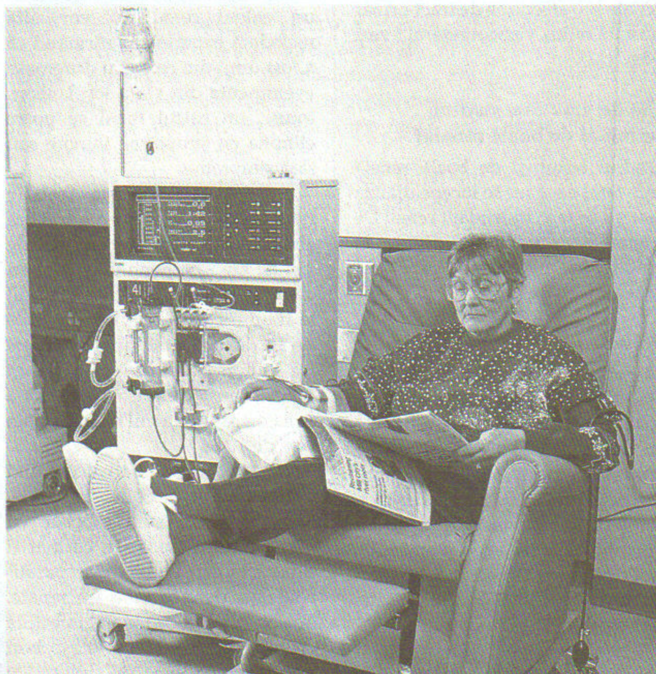
Gravidele cu insuficienţă renală cronică au, de asemenea, risc crescut de preeclampsie, o complicaţie serioasă a sarcinii înaintate. Preeclampsia produce o creştere periculoasă a tensiunii arteriale. Dacă nu este tratată, poate duce la hemoragii în creier, ficat sau rinichi şi poate fi fatală atât pentru mamă cât şi pentru copil.

Tratament

Deşi insuficienţa renală cronică nu este vindecabilă, dumneavoastră şi medicul dumneavoastră puteţi urma anumite trepte pentru a controla simptomele, minimaliza complicaţiile şi încetini progresia bolii.

Tratamentul cauzei

Prima prioritate în tratamentul insuficienţei renale cronice este, de câte ori este posibil, tratamentul cauzei. Dacă aveţi diabet sau hipertensiune arterială, urmaţi cu



Un aparat de dializă (dializor renal) care curăţă artificial deşeurile din sângele celor ai căror rinichi nu mai sunt capabili să o facă.

Medicul dumneavoastră vă poate ajuta să vă decideţi asupra tipului de dializă care este mai bun pentru dumneavoastră. În general, depinde de necesităţile dumneavoastră şi de ceea ce este posibil în comunitatea de care aparţineţi.

Dializa poate fi utilizată ca o măsură temporară în insuficienţa renală acută, prevenind acumularea deşeurilor în sânge până când rinichii se vindecă. În situaţiile acute, dializa poate fi efectuată într-o unitate spitalicească de dializă sau în terapie intesivă. Dializa poate fi, de asemenea, o măsură temporară pentru tineri, indivizi altfel sănătoşi, care aşteaptă un transplant renal.

Dializa poate fi o formă permanentă de tratament pentru indivizii cu insuficienţă renală cronică la care transplantul nu este o alternativă datorită vârstei sau altei probleme medicale. Când este necesară dializa la o persoană cu insuficienţă renală cronică? Este diferit pentru fiecare. Ca o regulă, majoritatea medicilor încearcă să controleze insuficienţa renală cronică cât de mult este posibil prin măsuri conservatoare, cum ar fi dieta şi medicamentele.

Inevitabil, totuşi, vine un moment în care beneficiul potenţial al dializei depăşeşte riscurile. Complicaţiile asociate cu diferitele tipuri de dializă includ proasta funcţionare a aparatului de dializă şi infecţia locului de acces, deficite nutriţionale.

atenţie sfaturile medicului dumneavoastră în ceea ce priveşte dieta, exerciţiile fizice şi medicaţia. Dacă aveţi insuficienţă cardiacă congestivă, infecţie de tract urinar sau glomerulonefrită, acestea trebuie tratate corespunzător.

Nutriţia

O dietă corespunzătoare este foarte importantă, astfel încât să primiţi o cantitate suficientă de calorii pentru a evita malnutriţia. Scăderea cantităţii de proteine din alimentaţie poate încetini progresia spre insuficienţă renală cronică prin reducerea cantităţii de deşeuri manipulate de rinichi. O dietă proteică săracă în proteine este utilă în special în insuficienţa renală cronică datorată diabetului.

Restricţia de sare poate ajuta la controlul hipertensiunii arteriale. Pentru a evita apariţia edemelor este posibil să reduceţi cantitatea de lichide consumate. Pe măsura progresiei bolii, poate fi necesar să reduceţi consumul de fosfaţi şi de potasiu pentru a preveni creşterea excesivă a nivelului acestor substanţe în sânge.

Tratamentul medicamentos

Medicamentele antihipertensive, cunoscute ca inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei (IECA) pot, de asemenea, încetini rata de progresie a deteriorării renale.

Anemia poate necesita supliment de eritropoietină pentru a stimula producerea mai multor celule roşii sangvine. În plus, se poate administra o formă de vitamina D (calcitriol) pentru a preveni afectarea osoasă ce poate însoţi insuficienţa renală.

Medicamentele ce leagă fosfaţii sunt de asemenea prescrise pentru a scădea nivelul fosfaţilor din sânge. Fosfaţii pot reduce nivelul calciului din oase, slăbindu-le şi făcându-le vulnerabile la fracturi.

Stadiile terminale de boală renală

Semne şi simptome

- Funcţia renală deteriorată permanent la un nivel incapabil să susţină viaţa
- Uremia şi multe complicaţii care pot include hipertensiunea arterială, insuficienţa cardiacă congestivă, anemie, afectare osoasă, probleme gastrointestinale, infecţii de tract urinar şi demenţă

Când funcţia renală se deteriorează până la 5-10% din capacitatea normală, această situaţie se numeşte stadiu terminal de boală renală. Aceasta înseamnă că rinichii sunt incapabili să vă susţină viaţa şi, de aceea, funcţia lor trebuie să fie înlocuită de dializa renală sau transplantul renal. Peste 230 000 de oameni din SUA sunt dializaţi renal şi peste 100 000 de oameni trăiesc deorece au fost supuşi unui transplant renal.

Diabetul este cea mai comună cauză de boală renală terminală în SUA. Alte cauze includ hipertensiunea arterială, diferite boli renale şi o afecţiune de tract urinar numită reflux vezicoureteral (vezi pag. 917).

Cât de grav este stadiul terminal de boală renală?

Stadiul terminal de boală renală este fatal dacă nu se începe dializa sau nu se face transplant renal. De asemenea, aceste două tipuri de tratament au riscuri care pot ameninţa viaţa.

Tratament

O dată ce o persoană ajunge în stadiile terminale de boală renală, măsurile conservatoare utilizate în controlul insuficienţei renale cronice – tratarea cauzei subiacente, restricţiile în dietă şi medicaţia – nu mai sunt suficiente. Dacă transplantul renal nu este cea mai bună opţiune în interesul pacientului datorită sănătăţii sale fragile, dializa este singura opţiune.

Calculii, chisturile şi tumorile

Calculii renali pot apărea în urina prea concentrată. Calculii vezicali, care apar mai ales la bărbaţi, sunt de regulă urmarea unei obstrucţii de tract urinar. Chisturile renale – leziuni benigne rotunde, pline cu lichid – sunt comune şi, tipic, nu produc simptome. Mai mult de jumătate din americanii cu vârsta peste 50 de ani au cel puţin un chist renal. De asemenea, tumorile maligne se pot dezvolta în rinichi, uretere sau vezică, sau le pot invada, dar sunt mai puţin frecvente.

Calculii renali

Semne şi simptome

- Durere care începe de regulă în flanc şi se mută în zona inghinală, vulvă sau testicule pe măsura deplasării calculului în jos, prin ureter
- Micţiune imperioasă
- Sânge în urină

O parte din cei care au eliminat un calcul renal nu vor uita niciodată experienţa, afirmând că a fost unul din cele mai dureroase evenimente din viaţa lor. Uneori, totuşi, un calcul renal se poate elimina cu simptome minore sau fără simptome.

Litiaza renală este relativ frecventă. Datele existente arată că aceşti calculi au afectat oamenii de mii de ani - oamenii de ştiinţă au detectat prezenţa calculilor renali la mumii cu vârsta de peste 7000 de ani. Astăzi sunt raportate peste un milion de cazuri în SUA. În medie, şansa dumneavoastră de a avea măcar un calcul renal în viaţă este de 10%.

Anumite tipuri de calculi tind să apară în familie. În plus, anumite tipuri sunt asociate cu alte afecţiuni medicale, cum ar fi hiperactivitatea glandelor paratiroidiene, defecte tubulare renale, boala polichistică renală, infecţiile cronice de tract urinar şi boli metabolice rare.

De asemenea, guta, boala inflamatorie intestinală, obstrucţia de tract urinar şi hipervitaminoza D vă pot creşte riscul de formare a calculilor renali aşa cum pot face anumite medicamente AINS, diuretice şi antiacide cu calciu. Totuşi, cauza exactă a formării calculilor renali rămâne necunoscută.

Transplantul renal

În ultimii 15 ani s-au efectuat peste 100 000 de transplante renale în SUA. Transplantul renal oferă cea mai bună alternativă pentru majoritatea celor cu insuficienţă renală în stadiu terminal. Prin creşterea utilizării donatorilor vii de organe pentru această intervenţie, mulţi oameni pot primi azi un transplant înainte de a efectua dializă.

Cine este candidat pentru transplant?

Majoritatea oamenilor cu stadii terminale de boală renală sunt candidaţi pentru transplantul renal.

Cei cu istoric recent de cancer sau cu alte afecţiuni medicale severe pot să nu fie luaţi în considerare pentru transplant. Astăzi, transplantul renal - mai ales cu rinichi de la donator viu - este o procedură relativ sigură care poate fi efectuată chiar la cei cu probleme medicale importante, cum ar fi bolile cardiovasculare sau diabetul.

Donatorul viu versus cadavru

Tehnica chirurgicală utilizată pentru a efectua un transplant renal a fost bine stabilită de ani de zile. Prin apariţia medicamentelor imunosupresoare noi utilizate pentru prevenirea rejetului de organ, doar un număr mic de pacienţi cu transplant renal are probleme importante de rejet.

Pe perioada evaluării, persoanelor ce vor suferi un transplant li se prezintă două opţiuni - să primească un transplant renal de la un donator în viaţa sau să fie înscrişi pe lista de aşteptare până când este disponibil un rinichi de la donator cadavru. Cea mai bună opţiune este, când se poate, transplantul de la un donator în viaţă, deoarece acesta este disponibil pentru un transplant imediat, scăzând sau, în multe cazuri, eliminând nevoia de dializă.

Compatibilitatea şi potrivirea între tipurile de ţesut ale donatorului şi primitorului au devenit mai puţin importante în ultimii ani. Aceasta se datorează îmbunătăţirii semnificative a medicaţiei antirejet. În mod curent, se fac transplante renale între soţ şi soţie, unul fiind donatorul, iar celălalt primitorul. Deoarece nu există nici o relaţie genetică între cei doi, tipurile tisulare sunt de regulă complet diferite. Aceasta nu se asociază cu un prognostic mai prost. Rata de succes este comparabilă cu a pacienţilor care primesc un transplant renal compatibil.

Găsirea unui donator

Principala calitate pentru a deveni donator de rinichi este de a fi sănătos, fără probleme medicale importante care să ducă la complicaţii în timpul sau după intervenţia chirurgicală. În general, trebuie ca grupele de sânge ale donatorului şi primitorului să fie compatibile pentru a preveni rejetul supraacut din timpul transplantului. Totuşi, unele centre medicale, incluzând şi Clinica Mayo, efectuează transplante renale între prieteni şi rude cu grupe sangvine incompatibile. Aceasta necesită tehnici speciale, care includ îndepărtarea anticorpilor din sânge printr-un proces numit plasmafereză. Este o opţiune bună pentru indivizii ai căror potenţiali donori se întâmplă să aibe grupe de sânge incompatibile.

Când nu este disponibil un donator viu, persoana care are nevoie de transplant este plasată pe o listă de aşteptare. Timpul de aşteptare pentru o persoana aflată pe lista de aşteptare a transplantului de la donator cadavru este în medie de 3 - 5 ani. Când se găseşte un rinichi, acesta este în mod normal transplantat în primele 48 de ore de la recoltarea de la donator.

Perioada posttransplant

Pacienţii care au efectuat un transplant renal rămân de obicei în spital 4 până la 6 zile după operaţie. Rejetul este un obstacol important pe parcursul zilelor după intervenţia chirurgicală, dar datorită imunosupresoarelor noi, aceasta a devenit o problemă mai puţin importantă. Rata de succes a transplantului renal la un an este de aproape 95% pentru transplantele de la donatorii vii şi 90% de la cadavru.

Medicaţia administrată după transplant poate avea unele efecte adverse. Medicul dumneavoastră le va căuta şi trebuie să vă adresaţi lui, dacă apar reacţii adverse. O combinaţie de medicamente imunosupresoare trebuie luată toată viaţa. În plus, preparatele antilimfocitare sunt uneori utilizate în primele zile după transplant. Pe perioada primelor săptămâni sau luni după transplant, majoritatea pacienţilor primesc antivirale şi antifungice. Aceste medicamente ajută la prevenirea infecţiilor comune care pot apărea la transplantaţi.

Tehnici recente

Dezvoltarea tehnicilor laparoscopice de nefrectomie la donor a dus la creşterea semnificativă a numărului de transplante renale în ultimii ani. Această tehnică permite scoaterea rinichiului de la donatorul viu printr-o incizie mică şi o recuperare rapidă a persoanei care donează.

Unii oameni dezvoltă ceea ce se numeşte titru înalt de anticorpi după transfuzii multiple, un transplant precedent sau după naştere. Aceasta face transplantul renal aproape imposibil datorită acestor anticorpi circulanţi care vor distruge noul rinichi în câteva minute după transplant. Astăzi, aceşti indivizi pot efectua un transplant printr-o metodă numită transplant cross-match pozitiv. Aceasta implică epurarea anticorpilor din sângele primitorului (plasmafereză) înainte de transplant. Transplantul cross-match pozitiv face posibilă primirea unui rinichi de către o persoană care ar rămâne altfel timp nedefinit pe dializă.

Un calcul renal apare datorită formării de cristale în cazul în care urina devine prea concentrată. Sărurile de calciu, acidul uric, cistina şi alte substanţe din urină pot cristaliza, formând depozite minerale tari, adeseori de mărimea unei pietricele.

De obicei, durerea apare când calculul se deplasează şi părăseşte rinichiul, urmându-şi drumul prin ureter. Aceasta poate produce o durere intensă, colicativă, care variază în intensitate pe o perioadă de 5 - 15 minute. Durerea debutează în spate sau în flanc, chiar sub ultimele coaste. Pe măsură ce calculul se deplasează către vezica urinară, durerea poate iradia în jos, spre arcada inghinală. Dacă piatra se opreşte, durerea poate înceta. Mulţi calculi renali sunt asimptomatici şi sunt descoperiţi la un examen radiologic de rutină.

Tipuri

În rinichi se pot dezvolta mai multe tipuri de calculi:

Calculii de calciu

Calculii de calciu, care reprezintă 75-85% din totalul calculilor renali, sunt mai frecvenţi la bărbaţi decât la femei. O dată ce aveţi un calcul de calciu, cu excepţia cazului în care vă trataţi, este de crezut că aveţi şi alţii.

Există un număr de factori care duc la creşterea concentraţiei de calciu în urină, incluzând:

- Medicamente, cum ar fi hormonii tiroidieni
- Anumite diuretice
- Anumite cancere
- Alte afecţiuni renale
- Aportul excesiv de vitamina D, care poate face ca organismul dumneavoastră să absoarbă prea mult calciu
- Hiperactivitatea glandelor paratiroidiene, care reglează calciul în organism

În trecut, oamenilor care aveau calculi de calciu li se spunea să evite alimentele bogate în calciu, cum ar fi produsele lactate, dar studiile recente au arătat că alimentele bogate în calciu ajută la prevenirea apariţiei acestui tip de calculi renali. Pe de altă parte, medicamentele cu calciu vă pot creşte riscul formării calculilor de calciu.

De obicei, calculii de calciu se formează când calciul se combină cu substanţe chimice cum ar fi oxalat, fosfat sau carbonat. Cel mai frecvent tip este cel în care calciul se combină cu oxalatul, o substanţă întâlnită în multe vegetale, fructe şi cereale. În plus, unii oameni cu boală inflamatorie intestinală au o tendinţă crescută de formare a calculilor de oxalat.

Calculii de acid uric

Calculii de acid uric se formează din acid uric, un produs secundar al metabolismului proteic. O dietă bogată în carne poate duce la creşterea cantităţii de acid uric în urină. De asemenea, puteţi avea un nivel crescut de acid uric în sânge şi urină dacă aveţi gută sau dacă urmaţi chimioterapie.

Calculii de struvit

Calculii de struvit, întâlniţi mai ales la femei, sunt produsul infecţiilor bacteriene de tract urinar datorate enzimelor specifice. Enzimele cresc cantitatea de amoniu în urină, contribuind la formarea calculilor de struvit. Aceşti calculi au dimensiuni mari. Ei pot obstrua tractul urinar producând afectarea rinichiului.

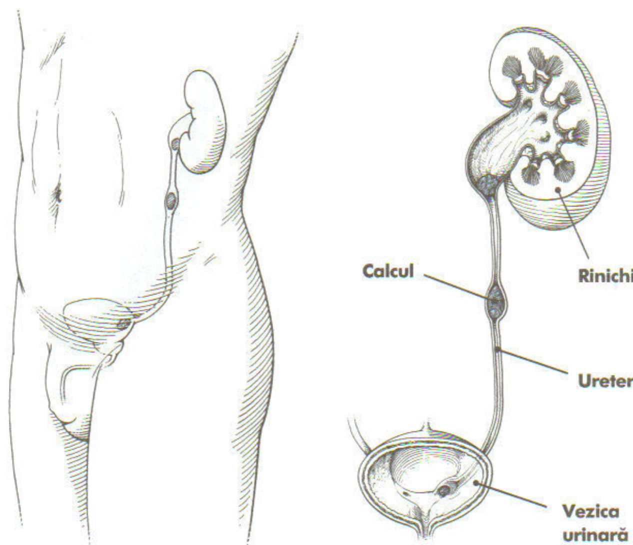
Calculii de cistină

Oamenii care au o afecţiunea ereditară numită cistinurie elimină cantităţi crescute de anumiţi aminoacizi şi formează calculi de cistina. Apar în mod egal la femei şi bărbaţi. Reprezintă doar 1% din totalul calculilor renali.

Diagnostic

Testele care pot fi utilizate pentru diagnosticul unui calcul renal includ un examen cu ultrasunete, o tomografie computerizată (CT) sau un examen radiologic renal special numit urografie intravenoasă (vezi pag. 918). Medicul dumneavoastră poate trimite piatra la laborator pentru a o analiza şi a determina compoziţia acesteia. Această informaţie poate sugera cauza şi îl poate ajuta pe medicul dumneavoastră să vă conceapă tratamentul.

Dacă aveţi calculi recurenţi sau multipli, medicul dumneavoastră poate solicita o biochimie sangvină



Zona cu nuanţă albastră de la nivelul trunchiului reprezintă locul în care apare cel mai des durerea de la un calcul renal. Calculii apar în rinichi şi se pot deplasa în uretere şi vezica urinară.

şi colectarea urinei pe 24 de ore pentru a măsura eliminarea produşilor de excreţie de către rinichi.

Cât de gravi sunt calculii renali?

Cu toate că deplasarea unui calcul este dureroasă, majoritatea lor trec prin ureter în vezica urinară fără să producă leziuni permanente. Dacă apar complicaţii, cum ar fi obstrucţia ureterală sau infecţia de tract urinar, poate apărea afectarea renală.

Tratament

Tratamentul depinde de tipul, dimensiunea şi localizarea calculului, şi dacă există orice complicaţie.

Nutriţia

Unele excese în dietă sau deficite, cum ar fi cantităţile crescute de vitamina D, sodiu sau carne, pot contribui la formarea calculului. Medicul dumneavoastră vă poate recomanda modificări corespunzătoare în dieta.

Persoanele cu litiază renală, indiferent de tip, trebuie să bea cel puţin 6-8 pahare cu apă zilnic, incluzând unul la culcare. Aportul adecvat de lichide diluează urina, făcând astfel mai puţin posibilă formarea de cristale.

Tratamentul medicamentos

Puteţi avea nevoie de medicaţie care să inhibe creşterea calculului în funcţie de severitatea bolii şi de tipul de calcul pe care îl aveţi.

- *Calculii de calciu.* În anumite tipuri de calculi de calciu este util deseori un diuretic tiazidic pentru prevenirea şi scăderea riscului formării de noi calculi. Formarea calculilor de calciu care apar datorită unui defect în capacitatea tubilor renali de a filtra acizii poate fi prevenită prin administrarea medicamentelor cu bicarbonat de sodiu sau bicarbonat de potasiu.

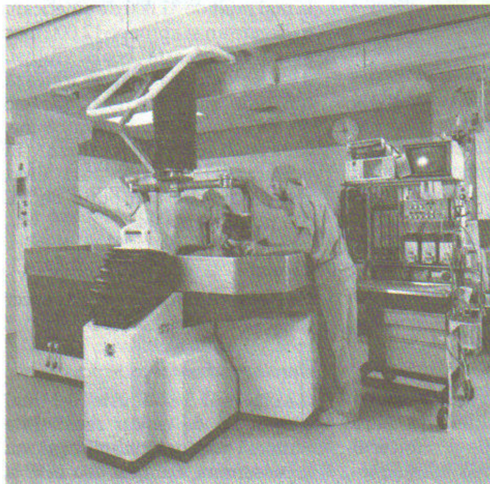
Litotriţia calculilor renali

Mii de intervenţii chirurgicale sunt evitate în fiecare an datorită unei tehnici numită litotriţie. Acest procedeu, dezvoltat în Germania, a fost aprobat pentru utilizare în SUA în anul 1984.

Această tehnică produce unde de şoc care pulverizează calculii, permiţând fragmentelor să fie eliminate prin urină. Există mai multe tipuri de litotriţie.

Litotriţia extracorporeală cu unde de şoc

Litotriţia extracorporeală cu unde de şoc este utilizată în general pentru calculi localizaţi în rinichi sau la capătul superior al ureterului. În unele cazuri, puteţi fi introdus într-un tub mare cu apă, astfel încât corpul dumneavoastră să fie scufundat până deasupra şoldurilor. În alte cazuri, puteţi fi întins pe o masă chirurgicală. Aparatul (litotritorul) emite unde de şoc cu frecvenţă înaltă, fiind poziţionat sub spatele dumneavoastră.



Litotriţie în baie

Examenul radiologic sau ecografic ajută la determinarea poziţiei calculului şi monitorizarea stării acestuia pe parcursul tratamentului. Puteţi simţi o lovitură uşoară în spate când începe tratamentul. Veţi primi un tip de anestezie fie local, fie general, pentru a vă ajuta să rămâneţi întins şi să se reducă orice disconfort ce poate să apară. Tipic, o piatră începe să se fărâmiţeze după 200 până la 400 unde de şoc. Pot fi necesare până la 2 000 de unde de şoc în timpul tratamentului.

După ce trece efectul anestezicului, sunteţi sfătuit să vă plimbaţi şi să beţi multă apă pentru a ajuta la eliminarea fragmentelor mici de piatră. Puteţi avea un disconfort pe măsura eliminării fragmentelor şi puteţi avea sânge în urină câteva zile.

Litotriţia percutanată cu ultrasunete

Un calcul care nu poate fi distrus prin metode extracorporeale poate fi tratat în alte moduri. În cazul litrotriţiei percutanate cu ultrasunete se face o incizie mică la piele prin care se introduce în rinichi un tub mic şi flexibil. O unitate mică ce produce ultrasunete este introdusă în tub pentru a aplica undele sonore la nivelul calculului. Medicul poate îndepărta fragmentele apărute prin acelaşi tub.

Alte tipuri

În litotriţia endoscopică, se trece prin vezica urinară în ureter un instrument mic ce conţine o unitate care produce ultrasunete. Alte tehnici de a sparge calculii în ureter includ litotriţia cu laser şi litotriţia electrohidraulică, care utilizează electricitate pentru a crea unde de şoc în lichidul din jur. Aceste tehnici sunt utile în mod particular în cazul calculilor ureterali inaccesibili prin alte metode de litotriţie.

- *Calculii de acid uric.* Dacă aveţi calculi de acid uric, medicul vă poate prescrie alopurinol (Aloprim, Zyloprim) şi un medicament care să păstreze urina alcalină.
- *Calculii de struvit.* Când apare un calcul de struvit, primul scop este de a stopa infecţia care l-a cauzat. Mai multe tipuri de antibiotice pot fi utile.
- *Calculii de cistină.* Calculii de cistină sunt cel mai greu de tratat. Medicul dumneavoastră va poate prescrie medicamente atunci când alte încercări au eşuat.

Tratament chirurgical

Un calcul renal care produce obstrucţie, infecţie sau durere insuportabilă este adesea îndepărtat prin intervenţie chirurgicală. Tipic, un calcul este îndepărtat prin trecerea unui instrument mic în sus, pe ureter printr-un cistoscop introdus în vezică sau utilizând undele de şoc pentru a-l fragmenta.

În cazul calculilor de calciu apăruţi datorită activităţii anormale a glandelor paratiroide, îndepărtarea ţesutului paratiroidian este adeseori necesară pentru a evita formarea calculilor şi afectarea renală.

Calculii vezicali

Semne şi simptome

- O infecţie de tract urinar
- Întreruperea fluxului urinar
- Durere în penis
- Imposibilitatea de a urina exceptând anumite poziţii
- Sânge în urină

Majoritatea calculilor vezicali sunt urmarea unei probleme urologice subiacente, cel mai frecvent o obstrucţie extrinsecă a vezicii datorate măririi prostatei.

Uneori, calculii vezicali sunt datoraţi utilizării pe termen lung a sondei urinare, producându-se o infecţie asociată. Marea majoritate a calculilor vezicali apar la bărbaţi.

Diagnostic

Dacă aveţi un calcul în vezică, o analiză urinară va evidenţia sânge în urină şi infecţie. În general, un calcul poate fi văzut la examenul radiologic.

Cât de gravi sunt calculii vezicali?

Calculii vezicali pot fi eliminaţi fără intervenţie dacă sunt mici. Dacă nu se elimină, trebuie îndepărtaţi. Medicul dumneavoastră poate dori, de asemenea, să indentifice şi să trateze cauza subiacentă a calculilor vezicali pentru a preveni recurenţa lor.

Tratament

Calculii vezicali mici pot fi îndepărtaţi cu un tub subţire, flexibil, de fibră optică (cistoscop) care se inserează în vezică prin uretră. Un calcul mare poate necesita un procedeu de fragmentare cum ar fi litotriţia electrohidraulică, pentru a-l fărâmiţa fără a leza ţesuturile înconjurătoare. În cadrul litotriţiei electrohidraulice, se introduce prin uretră în vezica urinară un instrument care emite unde de şoc. Undele de şoc sparg calculul, iar fragmentele sunt eliminate prin urină.

Chisturile renale

Semne şi simptome

- Durere în flanc
- Sânge în urină

Chisturile renale sunt leziuni noncanceroase (benigne) ale rinichiului. De obicei, sunt rotunde şi conţin un lichid apos. Spre deosebire de cancer, un chist se măreşte lent şi se opreşte din creştere când atinge o anumită dimensiune.

Chisturile în rinichi sunt frecvente. Unele cercetări au raportat o incidenţă mai mare a chisturilor la femei decât la bărbaţi. Faptul că sugarii şi copiii au rareori chisturi sugerează că acestea nu sunt moştenite.

Diagnostic

Medicul dumneavoastră poate face, de obicei, diferenţa între chisturile benigne şi cancerul renal prin utilizarea ultrasunetelor, tomografiei computerizate (CT) sau rezonanţei magnetice nucleare (RMN).

Cât de grave sunt chisturile renale?

Majoritatea chisturilor renale nu produc simptome. Doar atunci când un chist este foarte mare, el poate afecta funcţia renală. În interiorul chistului poate apărea sângerare. Într-un chist se poate dezvolta o infecţie sau rareori un cancer. Ruptura chisturilor este foarte rară.

Tratament

De obicei, nu este necesar un tratament. Rareori, este necesară îndepărtarea lichidului din chist printr-o operaţie sau prin aspiraţie pentru a elimina presiunea sau durerea şi a preveni leziunile renale.

Cancerul renal sau ureteral

Semne şi simptome

- Sânge în urină
- Durere în flanc
- Masă abdominală simţită la examinare
- Pierdere în greutate
- Fatigabilitate

Cancerul poate apărea uneori la nivelul rinichilor şi al ureterelor. Din păcate, cancerul renal nu dă semne de alarmă în stadiile incipiente. Pe măsură ce tumora creşte, medicul dumneavoastră poate simţi la examinarea fizica a abdomenului o masă renală, iar în urină poate apărea sânge.

Cancerul renal este diagnosticat la mai mult de 31 000 de americani în fiecare an şi aproape 12 000 mor anual de această boală. Totuşi, dacă se detectează şi se tratează din timp cancerul renal, şansele de recuperare totală sunt bune. Cancerul care debutează în uretere este relativ rar, fiind răspunzător de mai puţin de 5% din tumorile renale.

Tipuri

Cele mai comune tipuri de cancer renal sau ureteral includ:

Carcinomul renal

Carcinomul renal este cel mai comun tip de cancer renal. Este numit şi adenocarcinom renal sau hipernefrom. Debutul său este la nivelul celulelor care mărginesc tubii mici renali (tubulii renali) ataşaţi vaselor mici de sânge

(glomerulii) din rinichi. Carcinomul renal apare de două ori mai frecvent la bărbaţi decât la femei. Vârsta la care se diagnostichează este, de obicei, între 50 - 70 ani. Fumătorii au un risc uşor crescut de carcinom renal faţă de nefumători.

În unele cazuri, boala pare a fi ereditară. Un procent mare din cei cu boala von Hippel-Lindau, o afecţiune rară, moştenită, care afectează capilarele într-o anumită parte a creierului pot dezvolta de asemenea, carcinom renal.

Alţi factori care pot creşte riscul acestui tip de cancer includ hipertensiunea arterială, mai ales la bărbaţi, obezitatea, expunerea la radiaţii, anumite toxice din mediu – cum ar fi azbestul – şi dializa renală pe termen lung.

Cancerul cu celule de tranziţie

Cancerul cu celule de tranziţie poate apărea în zona care căptuşeşte rinichii sau ureterele şi este responsabil de 10% din totalul cancerelor de tract urinar. Oamenii care au cancer de vezică au un risc crescut să dezvolte cancer al celulelor de tranziţie la nivelul ureterelor şi rinichilor. Prezenţa sângelui în urină fără durere poate fi singurul semn al bolii.

Tumora Wilms

Copiii cu cancer renal au de obicei tumoră Wilms. Aceasta este responsabilă de 95% din cancerele renale la copiii cu vârsta sub 14 ani şi apare la aproximativ 8 dintr-un milion de copii. Majoritatea copiilor cu tumoră Wilms au mai puţin de 7 ani când sunt diagnosticaţi. De obicei, tumora este asimptomatică şi este descoperită când un doctor simte o masă tumorală în abdomenul copilului.

Diagnostic

Testele care pot fi utilizate pentru a diagnostica cancerul de ureter sau rinichi includ o investigaţie specială radiologică numită urografie intravenoasă (vezi pag. 918), tomografia computerizată (CT), rezonanţa magnetică nucleară (RMN) sau ultrasunetele (vezi cap. 39, "Teste diagnostice"). Ocazional, sunt necesare teste suplimentare. Investigaţii cum ar fi o radiografie toracică, tomografie osoasă sau teste hepatice, pot fi utilizate pentru a determina dacă există diseminări ale cancerului în alte organe şi ţesuturi. Un examen special al urinei (citologie) poate evidenţia celulele canceroase desprinse în urină.

Cât de grav este cancerul rinichiului sau ureterului?

Prognosticul pacienţilor cu carcinom al celulelor renale depinde de extensia tumorii. Dacă tumora este în stadiile incipiente, 85 - 95% dintre cei afectaţi supravieţuiesc cel puţin 5 ani. Dacă ganglionii limfatici din jurul rinichiului sunt infiltraţi, supravieţuirea la 5 ani scade la 5 - 15%. În cazul în care cancerul invadează alte organe, mai puţin de 5% supravieţuiesc 5 ani.

Dacă un cancer al celulelor de tranziţie nu a metastazat, rata de supravieţuire la 5 ani este foarte mare. Dacă au apărut metastaze, şansa de supravieţuire în următorii 5 ani este semnificativ diminuată.

Copiii cu tumoră Wilms au, în general, o şansă mare de supravieţuire, dacă tumora nu a metastazat. Astfel, mai mult de 90% supravieţuiesc pentru cel puţin 5 ani.

Tratament

Tumorile mici din interiorul rinichilor pot fi tratate prin îndepărtarea doar a părţii afectate din rinichi şi a ţesuturilor înconjurătoare (nefrectomie parţială).

Tumorile mari, localizate sau tumorile din vecinătatea vaselor sangvine mari renale necesită scoaterea întregului rinichi. Unii chirurgi recomandă şi scoaterea ganglionilor limfatici adiacenţi.

Dacă boala a metastazat, nu există un consens în ceea ce priveşte tratamentul. Chimioterapia şi imunoterapia pentru cancerul renal sunt încă în studiu, dar au fost eficiente în anumite cazuri. Terapia experimentală este bună pentru cei cu cancer avansat.

În cancerul celulelor de tranziţie, rinichiul şi ureterul sunt scoase împreună cu porţiunea din vezică ce se conectează cu ureterul, scăzând riscul recurenţei. Pot fi utilizate chimioterapia sau radioterapia.

Un tratament combinat este utilizat pentru tumora Wilms. În general, se scoate masa tumorală, apoi se face chimioterapie. Uneori, se poate utiliza radioterapia.

Cancerul vezicii urinare

Semne şi simptome

- Sânge în urină
- Durere pelvină
- Dificultate la urinat

În SUA sunt diagnosticate anual 55 000 de cazuri noi de cancer de vezică. Această boală este responsabilă de peste 12 000 de decese anual. Cancerul de vezică apare rar la oameni cu vârsta sub 40 ani. Este de 4 ori mai frecvent la bărbaţi decât la femei şi de două ori mai frecvent la negri decât la albi.

Cancerul de vezică pare a fi legat, cel puţin parţial, de factorii de mediu. Boala este mai frecventă la fumători, anumite carcinogene inhalate fiind concentrate în urină. Expunerea la anumite substanţe chimice utilizate în trecut în industria chimică a coloranţilor, a pielăriei şi cauciucului a fost asociată cu creşterea riscului de cancer de vezică. Aceste substanţe au fost interzise de Agenţia de Protecţie a Mediului din SUA şi scoase pe scară largă din mediu.

Diagnostic

Cel mai frecvent simptom incipient este sângele în urină, fără durere sau disconfort. O eroare frecventă este de a presupune că sângele se datorează unei infecţii a vezicii (cistită).

Medicul dumneavoastră poate solicita examinarea unei probe urinare pentru a evidenţia prezenţa celulelor maligne (citologie). Alte teste pot include un examen radiologic al rinichiului numit urografie intravenoasă (vezi pag. 918) şi o examinare cistoscopică, în care medicul introduce un tub subţire, flexibil de fibră optică prin uretră în vezică, astfel încât să poată vedea în interiorul acesteia.

Pe parcursul examinării cistoscopice se poate recolta o proba de mucoasă vezicală care să fie examinată pentru găsirea celulelor canceroase (biopsie).

Dacă este descoperit un cancer, medicul dumneavoastră poate cere un examen computer tomografic (CT) sau rezonanţa magnetică nucleară (RMN) a abdomenului sau pelvisului pentru a putea determina extensia cancerului şi dacă a metastazat. Alte teste pot include o radiografie toracică şi analize sangvine.

Cât de grav este cancerul de vezică?

Dacă tumora este superficială – adică dacă este mică şi nu a invadat ţesuturile profunde din peretele vezicii – şansele de recuperare sunt excelente. Aproximativ 74% din cancerele vezicale sunt detectate în stadiile incipiente. Şansa de supravieţuire în următorii 5 ani este de aproximativ 93%.

Aproximativ jumătate din cei al căror cancer a invadat deja muşchii sau ţesutul gras trăiesc cel puţin 5 ani după tratament. Rata de supravieţuire la 5 ani la cei cu cancer de vezică metastazat la alte organe este doar de 6%.

Tratament

Tratamentul variază în funcţie de extensia bolii.

Cancerul superficial

Tratamentul în cancerul superficial constă doar în scoaterea tumorii. Nu este necesară, de obicei, o operaţie majoră pentru un cancer superficial de vezică deoarece chirurgul poate îndepărta tumora printr-un cistoscop special (de rezecţie), care este introdus în vezică în timp ce persoana este anesteziată.

După scoaterea unei tumori superficiale este necesară evaluarea cistoscopică la fiecare 3-6 luni, timp îndelungat, pentru a verifica recurenţa cancerului.

Pot apărea tumori noi la aproximativ 60% din cei cu cancer de vezică. Dacă apar doar superficial, tumorile pot fi scoase tot prin cistoscopie. De data aceasta, vezica poate fi spălată cu medicamente anticanceroase pentru a scădea şansa apariţiei altor tumori.

Cancerul localizat

În cazul în care boala a progresat invadând musculatura şi ţesutul grăsos al vezicii, dar nu s-a răspândit dincolo de vezică, cea mai comună formă de tratament este scoaterea chirurgicală a vezicii. La bărbaţi se scoate şi prostata.

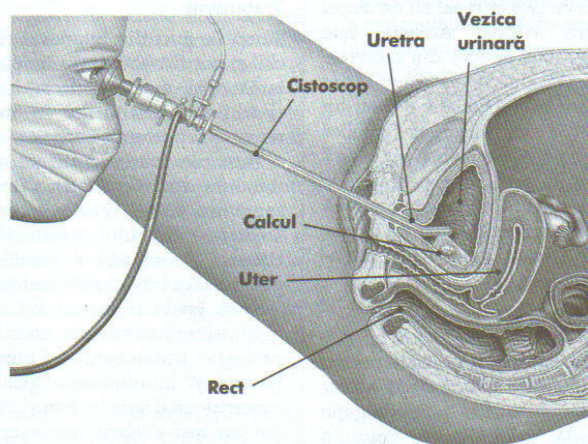
Scoaterea vezicii urinare implică crearea unei căi prin care urina poate trece. Într-una dintre cele mai de succes tehnici ureterele sunt conectate la o vezică artificială făcută dintr-o bucată de intestin. Vezica nouă este fixată în interiorul organismului în apropierea ombilicului. Se creează o deschidere (stoma) prin peretele abdominal, astfel încât urina să poată drena într-o pungă de plastic ataşată corpului sub haine. Acesta este procedeul cu ileon.

Din ce în ce mai des, se confecţionează vezici urinare din intestinul subţire sau gros, conectându-se apoi la uretră. O vezică urinară confecţionată în acest fel se numeşte neovezică. Nu există

Cistoscopia

Cistoscopia este o tehnică importantă de examinare directă a uretrei, a interiorului vezicii şi a prostatei la bărbaţi. La adulţi, acest procedeu este efectuat sub anestezie locală, ceea ce înseamnă că înainte de aceasta, este anesteziată aria din jurul uretrei, iar dumneavoastră veţi rămâne treaz în timpul examinării. La copii se administrează de obicei un anestezic general. Cistoscopul, un tub flexibil îngust, din metal sau cauciuc este inserat prin uretră în vezica urinară. Acest tub are o lentilă şi o fibră optică cu lumină, astfel încât medicul dumneavoastră să poată examina structurile prin care trece cistoscopul.

Poate fi necesară prelevarea unei probe de ţesut vezical pentru examinarea existenţei cancerului sau a altor afecţiuni (biopsie) sau extragerea unui calcul mic. Toate acestea pot fi făcute prin cistoscop. Cistoscopia este utilă pentru evaluarea unei game largi de probleme, incluzând infecţiile recurente, dureri la urinat şi cancerul. La bărbaţi este utilizată uneori pentru evaluarea gradului de obstrucţie dată de mărirea prostatei.



Examinarea cistoscopică poate evidenţia un calcul în vezica urinară. De asemenea, poate ajuta la identificarea altor boli, cum ar fi cancerul. Această procedură simplă se face, de obicei , cu anestezie locală.

stomă. Oamenii cu cancer care nu este localizat în apropierea colului vezicii sau uretrei pot fi candidaţi pentru acest procedeu.

Chimioterapia poate fi administrată după operaţie ca o măsură de precauţie în scopul creşterii şanselor unei recuperări complete.

Cancerul invaziv

În 30 - 70% din cazurile de cancer vezical care a metastazat în alte organe, chimioterapia poate fi utilă în oprirea sau încetinirea evoluţiei cancerului şi ameliorarea durerii. Cu toate acestea, beneficiul nu este de obicei permanent şi cancerul continuă să evolueze. În unele cazuri se intervine chirurgical pentru a scoate vezica urinară, ţesuturile adiacente şi posibil alte organe.

Traumatismele şi inflamaţia

Rinichii şi alte părţi ale tractului urinar reprezintă localizarea multor tipuri de traumatisme şi inflamaţii. Datorită poziţiei protejate a rinichilor în corp, leziunile traumatice directe sunt rare, dar aceste organe sunt susceptibile la afectarea prin substanţe toxice. Inflamaţia tractului urinar, incluzând rinichii, poate fi asociată cu medicamente, cu o infecţie sau cu afecţiuni ale altor organe.

Traumatismele renale

Semne şi simptome

- Istoric sau evidenţa unui traumatism fizic
- Sânge în urină
- Durere severă în flanc
- Greaţă şi vărsături
- Creştere în dimensiuni a abdomenului
- Febră
- Hemoragie internă
- Şoc

Lezarea traumatică a rinichiului apare în special în cazul activităţilor fizice sau industriale sau în accidentele rutiere. Asemenea leziuni sunt relativ rare deoarece rinichii sunt protejaţi de cutia toracică şi de muşchii mari ai spatelui.

Diagnostic

Dacă prezentaţi semne sau simptome de traumatism renal, medicul dumneavoastră vă va solicita efectuarea de teste de sânge şi urină. De asemenea, vă poate supune efectuării unei radiografii renale, tomografii computerizate (CT), rezonanţe magnetice nucleare (RMN) sau unui examen radiologic al arterelor renale principale. Acest ultim test este util pentru determinarea blocării sau reducerii fluxului sangvin către rinichi.

Cât de grav este traumatismul renal?

Când se produce lezarea unui rinichi, cel mai des acesta este contuzionat şi hemoragia se opreşte spontan. Uneori, totuşi,

Rinichiul şi leziunile toxice

Rinichii sunt în mod particular vulnerabili la agresiunile toxice datorită cantităţii mari de substanţe circulante care trec prin ei la un moment dat. Dacă aţi fost expus la o substanţă toxică, efectele pot fi mai severe asupra rinichilor decât asupra altor organe. Cele patru tipuri de leziuni toxice renale mai frecvente sunt:

Nefropatia la analgezice

Nefropatia la analgezice apare după consumul excesiv, pe termen lung de antiinflamatoare nonsteroidiene (AINS), cum ar fi fenilbutazona (Butatab), indometacin (Indocin) şi ibuprofen (Advil, Motrin etc.), şi după utilizarea excesivă şi pe termen lung a medicamentelor cu fenacetină, care nu se mai produc în SUA. Unii medici cred că şi cantităţile mari de acetaminophen (Tylenol etc.) pot afecta rinichii, dar acest lucru nu a fost stabilit clar.

Nefropatia la analgezice apare mai des la femei, decât la bărbaţi. Incidenţa nefropatiei la analgezice a scăzut semnificativ de când fenacetina a fost scoasă din majoritatea medicamentelor antiinflamatoare. Semnele şi simptomele nefropatiei la analgezice includ prezenţa puroiului în urină, anemia şi hipertensiunea arterială.

Nefropatia dată de plumb

La copii, nefropatia dată de plumb să datorează ingestiei de vopsele pe baza de plumb. În general, adulţii sunt intoxicaţi cu vaporii inhalaţi atunci când sunt sudate



metale acoperite cu vopsea pe bază de plumb. Altă sursă de intoxicaţie cu plumb este alcoolul distilat ilegal într-un aparat făcut din radiatorul de la maşină.

La copii, semnele şi simptomele intoxicaţiei cu plumb pot include iritabilitate, scădere ponderală, apatie şi durere abdominală. Semnele şi simptomele intoxicaţiei cu plumb la adulţi pot include artrita gutoasă, hipertensiunea arterială, durere abdominală şi anemia.

Nefropatia urică acută

Nefropatia urică acută apare datorită supraproducţiei de acid uric. Apare, de obicei, la cei cu neoplazii ale măduvei hematogene şi ganglionilor limfatici care au fost trataţi cu anumite medicamente. Semnele şi simptomele includ scăderea diurezei şi prezenţa sângelui şi a cristalelor de acid uric în urină.

Nefropatia dată de solvenţi şi de benzină

Tetraclorura de carbon şi alţi solvenţi şi benzine pot produce afectare renală. Acesta este motivul pentru care există avertismente pe multe din substanţele de curăţat comerciale şi pe tuburile de spray pentru a fi utilizate doar în locuri bine ventilate.

pot apărea complicaţii, cum ar fi hemoragia severă, infecţia şi şocul. După leziunea vaselor sale, rinichiul îşi poate pierde capacitatea de funcţionare în doar câteva ore. În majoritatea cazurilor, leziunile renale necesită spitalizare.

Tratament

În unele cazuri, tratamentul traumatismelor renale include repaus, analgezice şi administrarea intravenoasă (iv) de lichide pentru a controla tensiunea arterială şi pentru a stimula producţia de urină. În intervalul de 6 până la 12 săptămâni după leziune, trebuie făcut un examen CT pentru a fi siguri că rinichiul este vindecat corespunzător.

Dacă rinichiul este lezat mai sever, poate fi necesară repararea sau îndepărtarea lui. Poate fi necesar drenajul spaţiului din jurul rinichiului şi repararea dilacerărilor sau a unui ureter torsionat. Până la 20% dintre cei cu leziuni traumatice renale necesită tratament chirurgical de urgenţă pentru a controla hemoragia masivă.

Traumatismele vezicii urinare şi ale uretrei

Semne şi simptome

- Istoric de traumatism
- Dificultate la urinat
- Sânge în urină
- Durere în abdomenul inferior
- Şoc

Lezarea traumatică directă a vezicii urinare este foarte rară datorită localizării profunde a organului în pelvis. Vezica se poate rupe prin fragmente osoase după o fractura de pelvis, o leziune ce poate apărea, de exemplu, într-un accident rutier. De asemenea, vezica urinară poate fi lezată în cadrul unei operaţii, cum ar fi corectarea unei hernii.

Ruptura uretrei, canalul îngust prin care iese urina din vezică, este rară, dar necesită refacerea imediată a continuităţii sau plasarea unui tub special. La bărbaţi, majoritatea leziunilor uretrei apar la trecerea unui cateter printr-o uretră obstruată pentru evacuarea vezicii. La femei, leziunile de uretră sunt rare.

Diagnostic

Dacă semnele şi simptomele pe care le aveţi sugerează o leziune de vezică sau uretră, medicul dumneavoastră trebuie să facă o examinare profundă a abdomenului şi rectului. De asemenea, poate solicita un examen radiologic pentru a vedea dacă vezica sau uretra au fost rupte.

Medicul dumneavoastră vă poate face de asemenea, o examinare cistoscopică, care implică trecerea unui tub subţire, flexibil, din fibră optică, prin uretră în vezică. Cistoscopia permite medicului dumneavoastră să vizualizeze această parte a tractului urinar inferior.

Cât de grav este traumatismul vezicii sau al uretrei?

Cea mai gravă situaţie este ruptura vezicii care va pierde urina în cavitatea abdominală. Aceasta este o situaţie amenintătoare pentru viaţă datorită riscului infecţiei şi necesită intervenţie chirurgicală de urgenţă pentru repararea peretelui vezical şi îndepărtarea urinei din cavitatea abdominală.

O complicaţie pe termen lung a leziunii uretrale este formarea unei stricturi. Aceasta este o îngustare severă a uretrei produsă de lezarea ţesutului cicatricial. Ţesutul cicatricial apare după leziune şi rămâne după vindecarea acesteia. La bărbaţi, strictura poate produce impotenţă parţială sau totală.

Tratament

Primul pas este tratarea şocului sau a sângerarii, care se pot asocia leziunii. Aceasta se realizează prin transfuzii de sânge şi înlocuirea lichidelor pierdute, administrate intravenos. Se pot administra antibiotice pentru a preveni infecţia.

Dacă vezica este ruptă, veţi avea nevoie de intervenţie chirurgicală. Dacă aveţi leziune de uretră, medicul dumneavoastră poate fi nevoit să treacă un tub subţire, flexibil (cateter) prin uretră în vezică pentru a asigura o cale de eliminare a urinei, până când vă vindecaţi. De obicei, cateterul se poate scoate după câteva zile sau săptămâni. Leziunile uretrale necesită uneori reparare imediată, dar deseori tratamentul este întârziat.

Nefrita interstiţială acută

Semne şi simptome

- Sânge în urină
- Exces de proteine în urină
- Hipertensiune arterială
- Febră
- Rash
- Creştere ponderală
- Retenţie lichidiană

Nefrita interstiţială acută este o inflamaţiei a rinichilor care afectează tubulii şi vasele mici sangvine (glomeruli) ale nefronilor şi spaţiile dintre aceste structuri (vezi fig. pag. 916). Cel mai frecvent, inflamaţia afectează spaţiile dintre aceste structuri.

În general, nefrita interstiţială acută este asociată cu o reacţie alergică la medicamente sau cu o afectare renală, numită nefropatie la analgezice (vezi pag. 925). Cele mai frecvente medicamente prescrise care pot produce nefrita interstiţială acută includ penicilina, ampicilina (Omnipen, Polycillin) şi antiinflamatoarele nesteroidiene, cum ar fi indometacin (Indocin), ibuprofen (Advil, Motrin etc.) şi naproxen (Aleve, Naprosyn etc)

Diagnostic

În aceste condiţii, leziunile renale permit pierderea în urină a celulelor roşii şi a proteinelor. Astfel, o analiză a urinei este primul pas pentru a pune diagnosticul. De asemenea, medicul dumneavoastră poate solicita teste sangvine pentru a-l ajuta să vă evalueze funcţia renală şi o biopsie renală pentru a confirma diagnosticul şi pentru a evalua natura şi extensia leziunii.

Cât de gravă este nefrita interstiţială acută?

Leziunea renală apărută după nefrita interstiţială acută este adesea reversibilă. Dacă problema a apărut după utilizarea unui medicament, întreruperea acestuia duce, de obicei, la vindecarea renală. Uneori, este necesară dializă pe termen scurt (vezi pag. 926). Regula este recuperarea completă,

dar rareori poate apărea progresia spre insuficienţă renală cronică.

Tratament

Primul pas în tratament este evitarea medicamentelor ştiute că pot cauza nefrita interstiţială acută. Puteţi reduce retenţia lichidiană şi edemaţierea, prin scăderea aportului de sare, apă şi alte băuturi. Medicul dumneavoastră vă poate prescrie medicamente antihipertensive. Puteţi avea nevoie de dializă timp scurt, dacă faceţi insuficienţă renală acută. În unele cazuri, sunt eficiente medicamente corticosteroide, cum ar fi prednisonul.

Glomerulonefrita acută

Semne şi simptome

- Urină colorată ca ceaiul sau cola
- Urină spumoasă
- Hipertensiune arterială
- Retenţie lichidiană
- Proteine şi hematii în urină
- Anemie uşoară
- Cefalee
- Vedere înceţoşată
- Dureri generalizate

Glomerulonefrita este termenul medical pentru inflamaţia vaselor mici (glomeruli) din structurile de filtrare renală (nefroni). Inflamaţia lezează membrana glomerulilor, permiţând unor proteine şi hematii să treacă, pierzându-se în urină. De asemenea, poate interfera cu filtrarea produşilor de excreţie la nivel glomerular, crescând cantitatea acestora în sânge.

Acută vs cronică

Cele două categorii principale de glomerulonefrite sunt acută şi cronică. Glomerulonefrita acută este un atac brusc de inflamaţie glomerulară. Glomerulonefrita cronică este caracterizată de inflamaţia persistentă a glomerulilor şi este asociată cu insuficienţă renală progresivă.

Boli asociate

Inflamaţia glomerulilor poate fi dată de mai multe boli. Unele dintre ele sunt boli în care sistemul imun al corpului dumneavoastră se atacă singur (boli autoimune). Acestea includ lupusul eritematos sistemic, diferite tipuri de inflamaţie a vaselor sangvine (vasculite) şi o afecţiune numită boala Berger (nefropatia cu IgA), care duc la formarea de depozite proteice în glomeruli.

Anumite infecţii în altă parte a organismului pot fi urmate de glomerulită. Cea mai frecventă infecţie care produce glomerulonefrită este cauzată de streptococ. Cu toate că bacteria nu atacă rinichii, răspunsul imun al organismului împotriva ei, poate crea uneori un exces de anticorpi. Aceşti anticorpi pot fi eventual depozitaţi în rinichi, unde pot afecta glomerulii. Alte infecţii care pot afecta rinichii includ infecţia unei valve cardiace (endocardita), febra tifoidă, sifilisul şi malaria.

În plus, glomerulonefrita poate fi declanşată de viruşi, cum ar fi cel care produce SIDA, mononucleoza, oreionul, pojarul sau hepatita, viruşii Echo sau Coxsackie.

Glomerulonefrita poststreptococică

Glomerulonefrita acută poate urma unei infecţii streptococice, cum ar fi infecţia gâtului sau, rareori, a pielii (impetigo). De regulă, apare la copii cu vârste între 6 şi 10 ani. Tipic, inflamaţia se dezvoltă la câteva săptămâni după ce persoana a trecut de infecţia acută.

În cazul infecţiei streptococice a gâtului, pot fi necesare două până la şase săptămâni după încetarea simptomelor pentru a dezvolta glomerulonefrita acută. În cazul infecţiei streptococice cutanate, perioada de latenţă este de circa două săptămâni. Doar anumite tipuri (tulpini) de streptococi au potenţial de determinare a glomerulonefritei. În plus, nu toţi cei care au glomerulonefrită au şi simptome.

În familiile celor care au trecut prin experienţa unei infecţii streptococice cu o tulpină ce poate produce glomerulonefrită, doar unul din trei sau patru au simptome.

Purpura Henoch-Schönlein

Purpura Henoch-Schönlein este o cauză de glomerulonefrită la copii. Semnele şi simptomele includ un rash caracteristic, proeminent pe picioare şi fese, dureri articulare (mai ales la glezne şi genunchi), cu sau fără apariţia umflării sau a durerii, şi durere abdominală. Unii copii pot avea sânge în materiile fecale.

Afecţiunea poate produce retenţie lichidiană, hipertensiune arterială şi apariţia sângelui şi a proteinelor în urină. Cauza purpurei Henoch-Schönlein este necunoscută, dar afecţiunea poate fi asociată cu alergia la medicamente sau cu infecţii respiratorii.

Majoritatea oamenilor cu purpura Henoch-Schönlein se recuperează fără afectare renală, cu toate că, dacă anomaliile renale persistă , funcţia renală poate continua să se deterioreze. Majoritatea copiilor se recuperează complet, fără tratament specific, dar mulţi adulţi rămân cu afectare renală permanentă. În unele cazuri este prescrisă medicaţia corticosteroidă.

Sindromul hemolitic uremic

Sindromul hemolitic uremic se întâlneşte în special la sugari şi la copii mici. Apare mult mai puţin la copiii mai mari şi rareori la adulţi. În forma sa tipică, o suferinţă asociată cu diaree - deseori cauzată de un anume tip de *Escherichia coli* - este urmată rapid de scăderea numărului de celule roşii şi pierderea rapidă a funcţiei renale. Pot fi afectate şi alte sisteme.

Deseori, se asociază febra, scăderea nivelului plachetelor şi alterarea statusului mental. Dializa şi transfuziile de sânge pot fi deseori necesare în faza acută a bolii.

Majoritatea copiilor cu acest sindrom se recuperează complet, dar unii rămân cu afectare renală cronică sau cu afectarea altor organe. În unele cazuri poate surveni decesul.

Diagnostic

Dacă medicul dumneavoastră suspicionează că dumneavoastră sau copilul dumneavoastră aveţi glomerulonefrită acută, vă poate lua o cultură din gât sau de pe piele pentru a determina prezenţa streptococilor. Medicul dumneavoastră poate solicita teste sangvine pentru a măsura nivelul produşilor de excreţie, cum ar fi creatinina şi ureea. Cu ajutorul acestor informaţii, medicul dumneavoastră poate aprecia capacitatea de filtrare a rinichilor.

De asemenea, poate solicita o analiză urinară pentru a determina conţinutul acesteia în proteine şi hematii. Dacă aceste teste orientează spre glomerulonefrită, medicul dumneavoastră poate avea nevoie de efectuarea unei biopsii renale.

Cât de gravă este glomerulonefrita acută?

În unele cazuri de glomerulonefrită acută, mai ales după infecţii streptococice, retenţia lichidiană şi hipertensiunea arterială se pot rezolva într-o săptămână. Analizele urinare anormale pot persista câteva luni.

Majoritatea copiilor se recuperează complet şi nu au semne de boală cronică mai târziu, cu toate că un foarte mic procent dezvoltă forma cronică a glomerulonefritei ce pote duce la insuficienţa renală.

Adulţii nu evoluează la fel de bine ca şi copiii după o glomerulonefrită acută. Motivul este neclar. Adulţii care au avut iniţial o formă severă ce duce la hipertensiune arterială sau cantităţi crescute de proteine în urină sunt mai expuşi la insuficienţă renală cronică. Cei care au avut un atac de boală se recuperează după vindecarea rinichiului.

Deşi atacurile recurente sunt neobişnuite, o treime până la jumătate din cei care au avut atacuri repetate progresează spre insuficienţă renală.

Tratament

Tratamentul şi evoluţia glomerulonefritei acute depind de cauza care a produs boala. Medicul dumneavoastră vă poate recomanda repaus la pat. Aportul de sare şi apă poate fi restricţionat pentru a preveni retenţia lichidiană şi apariţia edemelor.

Puteţi avea nevoie de medicaţie pentru hipertensiunea arterială şi de o dietă specială pentru a restricţiona aportul proteic. Uneori, proteinele vă pot creşte nivelul de creatinină şi de uree în sânge la valori nedorite.

Dacă aveţi o infecţie streptococică activă sau dacă glomerulonefrita este produsă de o alta bacterie, medicul dumneavoastră vă poate prescrie un antibiotic adecvat. Unele tipuri de glomerulonefrită acută sunt tratate cu medicaţie steroidă sau cu alte medicamente imunosupresoare.

Glomerulonefrita cronică

Semne şi simptome

- Proteine în urină
- Sânge în urină
- Hipertensiune arterială
- Insuficienţă renală progresivă

Glomerulonefrita cronică reprezintă inflamaţia persistentă a vaselor mici de sânge (glomeruli) din rinichi care poate duce frecvent la pierderea progresivă a funcţiei renale. Capacitatea rinichilor de a reţine proteine şi celule roşii sangvine este afectată.

Cauze

Mai multe afecţiuni pot duce la glomerulonefrită cronică.

Glomerulonefrita membranoasă

În această afecţiune se dezvoltă depozite neregulate de proteine legate de imunitate de-a lungul peretelui glomerular. Peste 80% dintre cei cu această afecţiune au o pierdere suficientă de proteine în urină, care duce la apariţia de edeme şi creştere ponderală datorită retenţiei de sodiu şi lichide.

Remisiunea spontană a glomerulonefritei membranoase este frecventă la copii, dar apare doar la 20 - 25% la adulţi. Insuficienţa renală este mai posibil să apară în câţiva ani după diagnostic. Aproximativ 30 - 40% dintre cei cu glomerulonefrită membranoasă necesită dializă sau transplant renal în primii zece ani după diagnostic.

Boala Berger

Boala Berger (nefropatia cu Ig A) este caracterizată prin apariţia recurentă a sângelui în urină. Apare datorită depozitelor de imunoglobuline A (Ig A) în glomeruli. Bărbaţii tineri sunt mai frecvent afectaţi, dar afecţiunea poate apărea la oricine, la orice vârsta. Boala Berger progresează de obicei lent sau deloc. În majoritatea cazurilor, funcţia renală este păstrată ani de zile. Aproximativ 1/4 dintre cei cu această boală dezvoltă insuficienţă renală terminală în primii 25 ani după diagnostic.

Oamenii cu hipertensiune arterială, prezenţa cantităţilor crescute de proteine în urină şi excesul de uree în sânge au tendinţa de a evolua mai prost decât cei cu semne şi simptome mai moderate.

Glomeruloscleroza focală segmentară

Glomeruloscleroza focală segmentară este caracterizată de o cicatrizare a unor glomeruli. Poate apărea datorită unei alte boli sau din motive necunoscute. Sunt afectaţi atât copiii, cât şi adulţii. Bărbaţii sunt uşor mai frecvent afectaţi decât femeile.

Copiii cu glomeruloscleroză focală segmentară pot prezenta uneori remisiune spontană a bolii. La adulţi, totuşi, aceasta nu este frecventă. Majoritatea copiilor şi adulţilor cu această boală au un declin progresiv al funcţiei renale. Cei cu o formă agresivă de boală pot evolua către insuficienţă renală terminală în primii doi până la trei ani după diagnostic.

Medicamentele corticosteroide şi imunosupresoare pot reduce nivelul proteinelor în urină (proteinuria) şi pot ameliora funcţia renală la unii pacienţi, dar rezultatele nu sunt semnificative. Tratamentul este adesea orientat spre controlul tensiunii arteriale şi al nivelului colesterolului, ceea ce poate contribui la cicatrizare.

Glomerulonefrita mezangio-proliferativă

Glomerulonefrita mezangio-proliferativă este o boală rară, cronică în care porţiuni din glomeruli sunt lărgite. Copiii mari şi adulţii tineri sunt mai frecvent afectaţi de această boală, ea apărând ceva mai frecvent la bărbaţi.

Glomerulonefrita mezangio-proliferativă poate progresa spre insuficienţă renală terminală, dar dacă pierderea proteinelor în urină poate fi controlată, există şanse bune de a evita apariţia leziunilor renale pe termen lung. Dacă nu răspundeţi la tratamentul medicamentos şi simptomele persistă, deseori afecţiunea poate evolua spre stadiile terminale de boală renală.

Nefropatia diabetică

Nefropatia diabetică pare a fi cea mai frecventă cauză de boală renală terminală în SUA. Cu cât aveţi diabet de mai multă vreme, cu atât creşte riscul de afectare renală. Nivelurile crescute de zahăr în sânge (glucoza) ce caracterizează diabetul pot duce la cicatrizarea şi creşterea fluxului sangvin renal. Acestea creează o tensiune suplimentară asupra glomerulilor şi cresc tensiunea arterială.

Controlul hipertensiunii arteriale cu medicamente din clasa inhibitorilor enzimei de conversie a angiotensinei (IECA) poate întârzia dezvoltarea bolii renale terminale. O dată cu apariţia unui nivel crescut de proteine în urină, stadiul terminal de boală renală apare în 5 până la 10 ani.

Alte boli

Unele boli care afectează alte organe pot produce şi afectare glomerulară. Acestea includ lupusul eritematos sistemic, amiloidoza, hipertensiunea arterială, cancerul, hepatita C şi SIDA.

Diagnostic

Glomerulonefrita cronică este adeseori diagnosticată după ce medicul descoperă hipertensiunea arterială sau anomalii urinare în timpul examinarii fizice de rutină sau în cazul unei examinări pentru o altă afecţiune.

Dacă medicul dumneavoastră crede că aveţi boala, vă poate supune efectuării unor analize urinare şi teste diagnostice pentru vizualizarea rinichilor, cum ar fi radiografia renală, examenul ecografic sau tomografia computerizată (CT) (vezi cap. 39, "Teste diagnostice"). Medicul dumneavoastră poate preleva o probă de ţesut (biopsie) pentru a determina cauza inflamaţiei.

Cât de gravă este glomerulonefrita cronică?

Evoluţia bolii depinde de cauza afecţiunii dumneavoastră şi de severitatea complicaţiilor, în particular hipertensiunea arterială şi pierderea de proteine în urină. Majoritatea formelor de glomerulonefrită cronică progresează lent şi duc la pierderea treptată a funcţiei renale (insuficienţa renală cronică). Insuficienţa renală cronică poate fi încetinită prin controlul atent al simptomelor.

Tratament

Dacă aveţi hipertensiune arterială trebuie să primiţi medicaţie pentru tratarea ei. Medicul dumneavoastră vă poate recomanda, de asemenea, reducerea aportului de proteine şi sare, o ajustare dietetică în sprijinul rinichilor afectaţi. Dacă aveţi nefropatie diabetică este esenţial controlul nivelului de zahar în sânge (glucoza) şi a hipertensiunii arteriale. Dacă aveţi glomerulonefrită datorată virusului hepatitic C, medicul vă poate recomanda tratament cu interferon. La unele persoane, glomerulonefrita este tratată cu corticosteroizi şi imunosupresoare în scopul reducerii inflamaţiei.

Dacă vă apropiaţi de stadiile terminale de boală renală, dumneavoastră şi medicul trebuie să luaţi în considerare dializa sau transplantul renal. Oricare din aceste alternative vă pot împiedica în desfăşurarea unei vieţi active.

Sindromul nefrotic

Semne şi simptome

- Cantităţi crescute de proteine în urină
- Umflarea pleoapelor, picioarelor şi abdomenului
- Retenţie lichidiană
- Scăderea apetitului
- Colesterol crescut
- Scăderea proteinelor sangvine

Sindromul nefrotic nu este o boală, ci un grup de semne şi simptome care acompaniază adeseori multe afecţiuni ce implică funcţia de filtrare a glomerulilor renali. Sindromul este caracterizat prin prezenţa unui nivel crescut de proteine în urină şi a unui nivel scăzut de proteine în sânge, colesterol crescut şi edemaţierea pleoapelor, picioarelor şi abdomenului.

Cele mai comune cauze de sindrom nefrotic sunt diabetul, antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS), mielomul multiplu, glomerulonefrita şi lupusul eritematos sistemic.

La copii, vârsta medie de debut este la 3 - 4 ani. Majoritatea acestor copii au o formă de sindrom nefrotic numită boala cu modificări minime (cunoscută şi ca nefroza lipoidă, boala de Nil).

Boala cu modificări minime este caracterizată prin prezenţa semnelor şi a simptomelor sindromului nefrotic, fără modificări sau cu modificări minime în structura glomerulilor la examinarea microscopică standard. Aproximativ 15 - 20% dintre adulţii cu sindrom nefrotic au această formă de boală.

Diagnostic

Testele diagnostice pentru sindromul nefrotic includ analize sangvine şi urinare. Dacă acestea arată cantităţi mari de proteine în urină, medicul vă poate recomanda efectuarea unei prelevări de ţesut renal (biopsie) pentru evidenţierea cauzelor specifice şi pentru formularea celui mai bun plan de tratament. Copiii au nevoie mai rar de biopsie renală.

Cât de grav este sindromul nefrotic?

Gravitatea acestui sindrom depinde de cauza sa şi de complicaţii. Ca o regulă, dacă aveţi boala cu modificări minime, puteţi să vă aşteptaţi la remisie şi la scăderea proteinuriei excesive. Marea majoritate a copiilor şi adulţilor cu modificări minime nu evoluează spre insuficienţă renală.

Când sindromul este determinat de infecţii sau medicamente, se rezolvă de obicei după încetarea infecţiei sau oprirea medicaţiei. O parte din celelalte cauze nu au o evoluţie la fel de favorabilă. Cu cât este mai persistent sindromul nefrotic, cu atât prognosticul pe termen lung este mai prost.

Tratament

Tratamentul sindromului nefrotic are drept scop ameliorarea simptomelor şi prevenirea complicaţiilor. Factorii unui bun prognostic depind de modul în care tratamentul:

- Reduce sau elimină nivelurile crescute de proteine în urină
- Controlează hipertensiunea arterială
- Controlează sau ameliorează scăderea funcţiei renale

Anumite medicamente pot fi utilizate pentru atingerea acestor scopuri. Corticosteroizii, cum ar fi prednisonul, sunt deseori prescrişi pentru a scădea conţinutul urinar de proteine. În boala cu modificări minime, tratamentul cortizonic creşte tendinţa de remisie spontană.

Tratamentul constă în general în administrarea zilnică per os a prednisonului timp de 2 luni. Când veţi fi gata să întrerupeţi medicaţia, medicul dumneavoastră trebuie să vă reducă treptat dozele pentru a preveni înrăutaţirea starii generale.

Prednisonul este un medicament potent, cu efecte adverse severe, cele mai comune fiind scăderea apetitului, câştig ponderal şi faţă umflată. Unii copii pot avea nevoie de cantităţi mari de medicament, astfel încât creşterea lor poate fi temporar întârziată.

Medicamentele imunosupresoare, cum ar fi ciclofosfamida (Cytoxan, Neosar) pot fi administrate dacă nu există ameliorare cu prednison. Totuşi, aceste medicamente pot produce iritaţie vezicală, afectarea măduvei osoase sau, ocazional, probleme de fertilitate.

De asemenea, pot fi prescrise medicamente inhibitoare ale enzimei de conversie a angiotensinei (IECA). Alte măsuri terapeutice includ o dietă cu restricţie de sare şi medicamente diuretice pentru a controla retenţia de lichide şi hipertensiunea arterială.

Infecţiile tractului urinar

Infecţiile tractului urinar (ITU) sunt frecvente – mai ales la femei – şi reprezintă aproximativ 8 milioane de vizite la medic anual în SUA. De fapt, 1 din 5 femei va dezvolta o ITU pe parcursul vieţii, şi multe dintre ele vor avea mai mult de una. Fetele tinere – la fel ca şi bărbaţii – au de asemenea risc înalt de dezvoltare a ITU.

Majoritatea infecţiilor de tract urinar afectează tractul urinar inferior (vezica şi uretra). Majoritatea bacteriilor intră în tractul urinar pe calea uretrei.

În condiţii normale, aceste bacterii sunt spălate prin urinare sau stăpânite prin capacitaţile antibacteriene ale urinei. Totuşi, anumiţi factori cresc riscul ca aceste bacterii să rămână pe loc şi să se multiplice ducând la infecţie.

Infecţiile de tract urinar şi activitatea sexuală



O parte dintre femei au frecvent durere la urinat după actul sexual. Simptomele rămân în general o zi sau două şi apoi dispar, dar reapar după urmatorul act sexual.

Această problemă se numeşte uneori cistita lunii de miere (infecţia vezicii), cu toate că este considerată astăzi o formă de infecţie uretrală cronică (uretrită). În general, este inflamată uretra, nu vezica urinară. Uneori, testele de laborator nu evidenţiază microorganisme care pot fi cauza, iar unele femei, chiar după tratament antibiotic, continuă să aibă simptome de câte ori au contact sexual. În aceste cazuri, medicul poate lua măsuri preventive, cum ar fi administrarea unei doze scăzute de antibiotic, ca trimetoprim-sulfametoxazol (Bactrim, Septra) după contactul sexual.

Pentru a scădea incidenţa acestor infecţii după activitatea sexuală, trebuie urinat imediat pentru a spăla bacteriile din uretră. Utilizaţi un lubrifiant solubil în apă în timpul actului sexual pentru a uşura penetrarea şi a scădea inflamaţia uretrei.

Activitatea sexuală, sarcina, obstrucţia urinară şi virulenţa anumitor bacterii contribuie la probabilitatea unei infecţii.

Termenul general de infecţie a tractului urinar este utilizat adesea pentru a descrie infecţii cu debut în vezică (cistita), rinichi (pielonefrita) sau uretră (uretrita).

Infecţia vezicii urinare (cistita)

Semne şi simptome

- Micţiune frecventă şi imperioasă
- Usturime la urinat
- Senzaţie de presiune în abdomenul inferior
- Urina urât mirositoare

Infecţia vezicii (cistita) se referă la inflamaţia vezicii, de obicei după infecţie. Cistita apare în mod frecvent la femei după contact sexual.

În timpul activităţii sexuale, bacteriile care sunt prezente frecvent în ariile inferioare uretrale şi vaginale sunt împinse în vezică. O dată ajunse în vezică, bacteriile încep să se multiplice. De obicei, organismul poate elimina bacteriile prin urinat, dar, când nu poate, apare cistita.

Cu toate că femeile active sexual cu vârste între 20 şi 50 ani au riscul cel mai mare de a face cistită, chiar şi fetele tinere sunt susceptibile la infecţie deoarece anusul, o sursă constantă de bacterii, este foarte apropiat de orificiul uretral al femeii. Peste 90% din episoadele de cistită sunt date de *Escherichia coli*, o specie de bacterii întâlnită în mod normal în colon şi rect.

Infecţiile vezicale sunt rare la bărbaţi datorită anatomiei masculine – uretra este mai lungă la bărbaţi decât la femei, făcând dificilă ascensiunea bacteriilor în vezică. Când apare cistita la bărbaţi, este deseori legată de o problemă a golirii vezicii, cum ar fi creşterea în dimensiuni a prostatei.

? Întrebare şi răspuns

Se pot preveni infecţiile de tract urinar prin consumul de suc de merişor?

De-a lungul anilor, oamenii au asociat merişoarele cu vindecarea tractului urinar, crezând că mâncând merişoare sau bând sucul lor, vor face urina mai acidă, oferind protecţie contra infecţiilor. Cercetarile arată că este posibil să existe un beneficiu.

Escherichia coli este o cauză comună de infecţie a tractului urinar (ITU). În cazurile uşoare, acest tip de infecţie este doar supărătoare. În cazurile grave poate produce afectare renală. De aceea, este corect ca ITU să fie tratate prompt. Totuşi, preocupările legate de utilizarea excesivă a antibioticelor au îndreptat atenţia către prevenirea infecţiilor.

În anul 1994, cercetările de la Universitatea Harvard au demonstrat că prin consumul de suc de merişoare a scăzut dezvoltarea *E. coli* în tractul urinar, dar nu se ştie de ce. Apoi, în anul 1998, un studiu de la Universitatea Tulane a descoperit că sucul de merişor modifică forma *E. coli*, inhibând creşterea filamentelor subţiri care permit bacteriei să se ataşeze la mucoasa vezicii. Acest mecanism antiadeziune permite ca bacteria să fie eliminată în mod natural prin micţiune.

În acelaşi an, cercetările de la Universitatea Rutgers au dus la identificarea substanţei, numită tanin (proantocianidină) care previne ataşarea *E. coli* de mucoasa tractului urinar. Ei au ajuns la concluzia că un pahar de 300 ml suc de merişor asigură protecţia dorită.

Diagnostic

O probă urinară este necesară în general pentru a diagnostica cistita. Pentru a recolta o probă pentru o analiză de laborator, trebuie să spălaţi zona vaginală sau vârful penisului cu un dezinfectant, apoi urinaţi o cantitate mică la toaletă pentru a spăla uretra şi după aceea colectaţi următoarea parte a jetului urinar într-un recipient steril pentru a fi examinată. Aceasta se numeşte colectarea urinei din jetul de mijloc.

O urocultură poate evidenţia un nivel anormal al bacteriilor şi poate determina tipul bacteriei astfel încât se poate începe tratamentul adecvat.

Cât de gravă este infecţia vezicală?

Cu toate că infecţia vezicii este supărătoare şi produce disconfort, ea nu este o boală gravă.

Tratament

Unele cazuri uşoare de infecţie vezicală se vindecă fără tratament. Majoritatea pacienţilor sunt trataţi timp de 3 - 5 zile cu antibiotice orale. Simptomele se ameliorează de obicei după 24 - 48 de ore de la prima doză. Cazurile mai severe pot necesita tratament de la 7 la 10 zile până când apare o ameliorare.

Cei care au mai mult de 3 infecţii pe parcursul a 6 luni pot beneficia de antibioticoterapie cu doze mici, în scopul reducerii numărului de infecţii. Unele femei care sunt predispuse la infecţii vezicale îşi pot reduce riscul acestora prin administrarea unei doze mici de antibiotic după actul sexual.

Infecţia uretrală

Semne şi simptome

- Micţiuni frecvente
- Senzaţie de arsură la urinat
- Puroi în urină
- La bărbaţi, scurgeri uretrale

Uretra este un canal care drenează urina din vezică în timpul micţiunii. Infecţia uretrală (uretrita) poate fi produsă de aceleaşi microorganisme care infectează vezică, incluzând şi *Escherichia coli*.

În plus, anumite boli cu transmitere sexuală produc infecție uretrală. La femei, datorită apropierii între orificiul uretrei și vagin, sunt posibile infecții cu virusul herpes simplex sau *Chlamydia*.

La bărbați, majoritatea infecțiilor uretrale sunt date de gonococi și *Chlamydia*. Sindromul Reiter este o combinație de uretrită, artrită și conjunctivită (o inflamației a ochiului) care este dobândită, de obicei, după contact sexual.

Diagnostic

La femei este dificilă diferențierea unei infecții uretrale de o infecție vezicală (cistita) deoarece semnele și simptomele acestor afecțiuni sunt similare. O analiză urinară poate ajuta la stabilirea diagnosticului.

Aproximativ 30% dintre femeile care au micțiuni frecvente și dureroase nu au un număr semnificativ de bacterii în urină. Aceasta sugerează că inflamația poate fi în uretră sau poate să nu fie rezultatul unei infecții.

Medicul dumneavoastră vă poate întreba despre semnele și simptomele pe care le aveți. Apariția sângelui în urină, debutul brusc al suferinței de scurtă durată și un istoric de infecții similare sugerează că infecția bacteriană este cauza inflamației. Dacă debutul suferinței a fost progresiv, cu mai mult de 7 zile înaintea examinării și nu există sânge în urină, simptomele pot fi datorate infecției cu *Chlamydia*, în mod particular dacă ați schimbat recent partenerii sexuali.

Cât de gravă este infecția uretrală?

În cele mai multe cazuri de uretrită, infecția trece fără tratament. Dacă o uretrită produsă de infecția gonococică sau cu *Chlamydia* rămâne netratată, poate duce la probleme mult mai serioase, cum ar fi boala inflamatorie pelvină, strictura uretrei, prostatita, epididimita, sterilitate, artrită, meningită și inflamația inimii.

Infecția cu *Chlamydia* și gonoreea sunt boli transmise sexual. Dacă le aveți, anunțați-vă partenerul sau partenerii sexuali. Pe parcursul tratamentului, abstinența sau utilizarea prezervativelor pot ajuta la prevenirea evoluției infecției.

Tratament

Tratamentul uretritei depinde de cauza infecției. În cazul infecției cu *Chlamydia* se poate administra un antibiotic cum ar fi tetraciclina, pentru o săptămână. Pentru gonoree se prescrie în mod uzual penicilina. Unele tulpini de gonococ sunt rezistente la penicilină. Dacă testele de laborator indică aceast lucru, trebuie prescrisă o anumita medicație. Pot fi prescrise antibiotice și pentru alte infecții bacteriene. În unele situații, medicul dumneavoastră vă poate recomanda tratament și partenerului dumneavoastră sexual.

Infecția renală acută

Semne și simptome

- Durere în flanc
- Febră înaltă
- Frisoane
- Vărsături
- Usturime la urinat
- Creșterea frecvenței micțiunilor

Uneori, bacteriile urcă prin uretere până în tractul urinar superior, incluzând rinichii, producând o infecție acută renală (pielonefrita acută)

Diagnostic

O cultură dintr-o probă urinară poate evidenția o infecție bacteriană. Nu există teste simple care să facă diferența între infecția de tract urinar inferior și o infecție renală, dar prezența febrei și a durerii în flanc sugerează extensia infecției la rinichi.

Cât de gravă este infecția renală?

Infecția acută renală tratată corespunzător evoluează rar spre boală renală cronică, dar poate duce la infecție în sânge (sepsis) și poate să amenințe viața la adulții vârstnici cu probleme de sănătate sau la persoanele cu afecțiuni ale sistemului imun. Poate fi recurentă dacă bacteria nu este eradicată.

Tratament

Prima linie de tratament sunt antibioticele. Dacă recurențele sunt frecvente sau infecția renală devine cronică, medicul dumneavoastră poate suspiciona existența unei probleme subiacente, cum ar fi trecerea urinei din vezică în ureter (refluxul vezicoureteral). Acesta poate solicita o tomografie computerizată (CT), un examen ecografic sau alte teste diagnostice pentru a căuta cauza ascunsă.

Alte afecțiuni urinare

Deși infecțiile de tract urinar sunt cele mai comune afecțiuni urinare, există și alte cauze care pot produce probleme urinare.

Incontinența urinară

Semne și simptome

- Micțiune involuntară
- Pierderea de cantități mici de urină sub presiune, cum ar fi în timp ce tușiți sau strănutați.

Incontinența urinară se referă la incapacitatea de a ține urina în vezică până când decideți să urinați, apărând pierderi accidentale.

Incontinența urinară poate avea mai multe cauze. Sistemul muscular și nervos care controlează retenția și eliminarea urinei sunt complexe. Aceste sisteme pot fi afectate de boli, medicamente, infecții de tract urinar, probleme ale prostatei sau complicații ale unei operații. Afecțiunile neurologice, cum ar fi boala Alzheimer, boala Parkinson și accidentul vascular cerebral, sunt boli care pot produce incontinență.

La copii, urinatul în pat este frecvent. După pubertate, totuși, incontinența urinară este rară până în ultimele decade ale vieții.

Se estimează că 1 din 10 oameni cu vârsta peste 65 de ani are incontinenţă. În general, incontinenţa urinară este mai frecventă la femei decât la bărbaţi.

Tipuri

În majoritatea cazurilor, incontinenţa apare fie datorită contracţiei involuntare a musculaturii vezicii dumneavoastră, ducând la pierderea urinei, fie datorită faptului că musculatura şi ţesuturile dumneavoastră pelvine sunt prea slabe pentru a învinge presiunea din vezică. Cele două mari tipuri de incontinenţă sunt incontinenţa la efort şi incontinenţa prin contracţii involuntare.

Incontinenţa la efort

În incontinenţa la efort, pierderea urinară apare ca răspuns la anumite tipuri de activităţi fizice, cum ar fi strănutul, tusea sau ridicarea unei greutaţi, acestea crescând presiunea în abdomen.

Femeile după menopauză şi cele care au născut sunt în mod special susceptibile la incontinenţa la efort. Este deseori asociată cu pierderea tensiunii în ţesuturile pelvine de susţinere. Această slăbire poate duce la deplasarea inferioară (prolaps) a uterului şi a ţesutului vaginal sau la modificarea poziţiei vezicii.

Supraponderalii şi cei cu anumite afecţiuni medicale cronice pot avea incontinenţă la efort.

Incontinenţa prin contracţii involuntare

În cazul incontinenţei prin contracţii involuntare, pierderea apare când vezica se contractă singură şi depăşeşte presiunea sfincterului dumneavoastră urinar, care este o bandă de fibre musculare circulare din uretră ce împiedică micţiunea. Prevalenţa acestei afecţiuni creşte cu vârsta. Acest tip de incontinenţă poate apărea şi în cazul unei infecţii urinare uşoare sau a unei anomalii a musculaturii vezicale.

Diagnostic

Medicul dumneavoastră vă poate examina meatul uretral, rectul şi aria abdominală şi va solicita o analiza urinară. În funcţie de cauza incontinenţei pe care o suspicionează medicul dumneavoastră, se pot efectua şi alte teste, incluzând ecografia, un examen radiologic special numit urografie intravenoasă (vezi pag. 918), o examinare cistoscopică (vezi pag. 934) sau un procedeu de măsurare a presiunii în interiorul vezicii urinare în repaus şi după umplere (studii urodinamice).

Pentru a face studii urodinamice, medicul sau asistenta inseră în uretră şi în vezică un cateter. Cateterul este utilizat pentru umplerea vezicii cu apă. Pe măsura umplerii vezicii, se înregistrează presiunea din vezică. În mod normal, presiunea creşte lent. Totuşi, la unii pacienţi cu incontinenţă, vezica începe să se contracte pe măsura umplerii. Acest test îl ajută pe medic să măsoare tensiunea din muşchiul vezical.

Infecţiile de tract urinar la bărbaţi

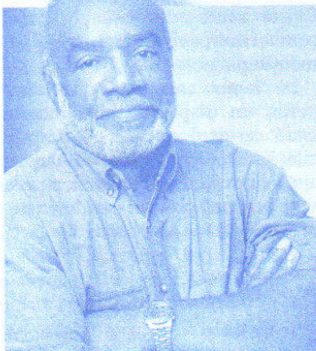
Cu toate că infecţiile de tract urinar (ITU) sunt mai frecvente la femei, acestea afectează şi bărbaţii.

Simptomele clasice sunt senzaţia dureroasă şi dificultate la urinat. Chiar când simţiţi nevoia urgentă de a urina, se poate să nu fiţi capabil să urinaţi sau veţi elimina doar o cantitate mică. Senzaţia imperioasă va reveni rapid. Majoritatea ITU nu sunt periculoase dacă aveţi grijă. Dacă aveţi dureri abdominale sau în spate, frisoane, febră sau vărsături, puteţi avea o afectare renală. O infecţie renală este o afecţiune medicală mai gravă, necesitând tratament prompt.

Cea mai frecventă cauză de ITU este *Escherichia coli (E. coli)*. Aceasta se găseşte în tractul dumneavoastră intestinal şi poate ajunge în vezica urinară migrând prin sistemul limfatic. Inflamaţia vezicii (cistita) este frecvent datorată infecţiei cu *E. coli*. Există şi alţi factori care favorizează apariţia infecţiilor de tract urinar la bărbaţi:

Probleme de prostată

Prostata dumneavoastră este de mărimea unei nuci şi se situează înaintea vezicii, în jurul uretrei. Poate apărea o infecţie de tract urinar dacă prostata dumneavoastră este mărită şi va produce constricţia uretrei, împiedicând astfel golirea completă a vezicii. Urina rămasă (reziduală) creează un mediu propice pentru creşterea bacteriană. Mărirea prostatei este



normală o dată cu înaintarea în vârsta, dar infecţia nu.

Proceduri medicale invazive

Introducerea unui cateter în uretră poate introduce şi bacterii, mai ales dacă acesta rămâne pe loc câteva zile.

Uretra îngustată

Inflamaţia frecventă a uretrei (uretrita) poate duce la cicatrizarea uretrei (strictura uretrală). În trecut, stricturile erau asociate cu boli cu transmitere sexuală recurente, cum ar fi gonoreea. În zilele noastre, acestea sunt mai frecvent asociate cu traumatisme după utilizarea cateterelor sau a instrumentelor folosite pentru evaluarea sau tratarea problemelor urologice.

Deshidratarea

Aportul inadecvat de lichide poate duce la concentrarea urinei şi posibil la ITU.

Cât de gravă este incontinenţa urinară?

Deşi este supărătoare, incontinenţa urinară nu este în general o problemă medicală serioasă. Totuşi, în încercarea de a găsi cauza pierderii de urină, medicul dumneavoastră poate descoperi afecţiuni ascunse care pot necesita tratament.

Tratament

Există tratamente pentru incontinenţa urinară. În multe cazuri, controlul asupra vezicii poate fi redobândit prin tratarea cauzei subiacente sau prin modificarea comportamentului zilnic. Medicul dumneavoastră vă poate recomanda efectuarea de exerciţii specifice care să tonicizeze aria pelvină sau exerciţii de antrenare a vezicii pentru redobândirea controlului asupra micţiunii. Uneori, modificări minime în activitatea zilnică, cum ar fi mersul regulat la toaletă sau scăderea aportului de lichide înainte de culcare, pot ameliora situaţia.

Dacă incontinenţa urinară persistă, problema poate fi controlată prin medicaţie, măsuri speciale sau intervenţie chirurgicală.

Medicaţie

În cazul incontinenţei prin contracţii involuntare se poate relaxa vezica şi se pot preveni contracţiile prin administrarea de anticolinergice (Detrol, Ditropan).

Mijloace speciale

Există scutece absorbante care combat mirosul urât al urinei şi menţin pielea uscată.

La femei se poate pune un pesar, un dispozitiv care înconjoară cervixul şi care pe timpul zilei este purtat în vagin. Acesta ajută la susţinerea organelor pelvine pentru a preveni pierderea de urină. Există şi un dispozitiv care se inseră direct în uretră. Pentru a urina, scoateţi dispozitivul ca un dop, apoi îl puneţi la loc până veţi fi gata să urinaţi din nou. Plombele pentru urină sunt mici rondele de spumă pe care le puneţi peste orificiul uretral pentru a preveni pierderea de urină. Când sunteţi gata să urinaţi, aceste dispozitive se aruncă.

Bărbaţii pot utiliza dispozitive de colectare a urinei, de tipul prezervativelor, care se pun peste penis şi care drenează urina printr-un tub într-o pungă de plastic. Un alt dispozitiv este o piesă de cauciuc cu o clamă care se poate pune în jurul penisului. În cazurile dificile se pune o sondă prin penis în vezică, permiţând drenajul urinei într-o pungă de plastic.

Intervenţia chirurgicală

Anumite cauze de incontinenţă, cum ar fi mărirea prostatei, pot fi corectate chirurgical. În anumite

Cum să vă antrenaţi vezica

Dacă uneori urinaţi involuntar, aceasta poate fi rezultatul slăbirii musculaturii. Exerciţiile fizice pot îmbunătăţi condiţia şi tonusul musculaturii pelvine, permiţându-vă un control mai bun asupra vezicii.

Femei

Exerciţiile fizice la femei sunt uneori denumite exerciţii Kegel, după numele medicului care le-a descris în anii '50.

- Începând cu vezica goală, contractaţi musculatura pe care o utilizaţi când încercaţi să opriţi fluxul urinar. Când îi contractaţi, veţi simţi o tracţiune. Un exerciţiu Kegel eficient va produce strângerea vaginului.
- Contractaţi muşchii şi îi ţineţi aşa până număraţi la trei. Apoi relaxaţi-i până când număraţi până la trei. Repetaţi de 10 până la 15 ori de fiecare dată.
- Pentru a avea rezultate mai bune, faceţi exerciţiile de cel puţin trei ori pe zi în diferite poziţii: în picioare, întins şi în şezut.

Pot trece 3 până la 6 săptămâni până când apare îmbunătăţirea controlului vezical. În plus, multe femei apreciază îmbunătăţirea activitaţii sexuale.

Bărbaţi

Slăbirea musculaturii pelviene apare, la unii bărbaţi, după chirurgia prostatei.

Pentru a îmbunătăţi controlul vezical trebuie să antrenaţi două grupe musculare: cele pe care le contractaţi atunci când doriţi să opriţi o mişcare intestinală sau să nu eliminaţi gaze din rect, şi cele de la baza penisului, utilizate pentru eliminarea ultimelor picături de urină sau a ejaculatului.

- Contractaţi muşchii utilizaţi pentru a opri o mişcare intestinală.
- În timp ce contractaţi aceşti muşchi, contractaţi şi muşchii de la baza penisului. Puteţi să vă simţiţi penisul uşor împins în interiorul corpului.
- Ţineţi contractate cele două grupe musculare cel puţin până când număraţi până la 10.
- Relaxaţi musculatura şi rămâneti aşa pentru 1 minut.
- Repetaţi exerciţiul de 6 ori.
- Efectuaţi acest exerciţiu o dată pe zi înainte de culcare, preferabil în poziţia şezând. Nu exageraţi cu exerciţiile, muşchii dumneavoastră pot obosi şi puteţi pierde mai multă urină.
- Puteţi preveni pierderea de urină ridicându-vă din şezut în timp ce ţineţi muşchii contractaţi.
- O dată ce aţi căpătat controlul asupra urinării, continuaţi să efectuaţi aceste exerciţii pentru a păstra musculatura în condiţii bune.

cazuri de incontinență, urologul poate recomanda implantarea chirurgicală a unui sfincter uretral artificial, care să permită controlul deschiderii (eliminarea) și închiderii (continența).

Chirurgia poate ajuta la întărirea țesuturilor planșeului pelvin slăbit. Aproximativ 65 până la 75% dintre femei consideră că efectuarea doar a exercițiilor fizice pentru întărirea musculaturii pot îmbunătăți contenția, astfel încât nu mai este nevoie de intervenție chirurgicală.

Infecția uretrală cronică

Semne și simptome

- Disconfort persistent sau recurent la urinat
- Micțiuni frecvente

Uneori, uretra poate rămâne iritată sau inflamată săptămâni sau luni de zile, cu sau fără evidențierea infecției bacteriene. Aceasta se numește infecție uretrală cronică (uretrita cronică). Puteți simți nevoia să urinați frecvent și aveți disconfort la urinat. Pe măsură ce inflamația cronică are perioade de vindecare, uretra se poate îngusta progresiv. Inflamația extinsă la nivelul părții de jos a vezicii se numește trigonită.

Diagnostic

Pentru a determina existența uretritei cronice sau a trigonitei, medicul dumneavoastră va insera probabil în uretră și în vezică un tub flexibil subțire, din fibră optică (cistoscop). O analiză urinară poate indica prezența bacteriilor. Medicul vă va întreba dacă utilizați gel de duș, săpun sau un detergent care pot conține substanțe chimice iritante.

Cât de gravă este infecția cronică uretrală?

Infecțiile uretrale cronice netratate pot duce uneori la îngustarea uretrei și infecție renală. De obicei, cauza se poate identifica și trata corespunzător.

Tratament

Dacă infecția este prezentă, medicul dumneavoastră vă poate prescrie antibiotice sau sulfamide. Dacă nu este evidentă o infecție, medicul dumneavoastră vă poate prescrie fenazopiridină (Baridium, Pyridium) pentru a înlătura disconfortul. De asemenea, vă poate sfătui să întrerupeți utilizarea oricăror substanțe posibil iritante pentru a vedea dacă apare vreo ameliorare.

Cistita interstițială

Semne și simptome

- Dureri pelvine
- Micțiuni frecvente
- Arsuri la urinat

Cistita interstițială este o inflamație a peretelui vezical, dar fără o cauză aparentă. Această afecțiune rară afectează de obicei femeile în perioada fertilă. Simptomele sunt similare cu cele ale unei infecții vezicale (cistita), incluzând senzația imperioasă de a urina, arsuri sau crampe la urinat. De asemenea, actul sexual poate fi dureros. Afecțiunea nu este rezultatul unei infecții, dar nici nu este o problemă gravă cum este cancerul.

Diagnostic

De obicei, diagnosticul cistitei interstițiale este pus după excluderea altor posibile cauze ale simptomelor, cum ar fi infecția, cancerul și vezica iritabilă. Medicul dumneavoastră poate examina mucoasa vezicii și vă poate determina capacitatea vezicii cu ajutorul unui instrument subțire, flexibil, numit cistoscop. În unele cazuri, se poate preleva o biopsie, ceea ce înseamnă recoltarea unei probe de țesut pentru analiza microscopică.

Cât de gravă este cistita interstițială?

Cistita interstițială nu este o afecțiune care să pună în pericol viața, dar este dificil de diagnosticat, iar lipsa unui tratament specific o poate transforma într-o boală mutilantă.

Tratament

Tratamentul este îndreptat în mod special împotriva durerii și a simptomelor urinare. Mulți pacienți remarcă o îmbunătățire după o distensie a vezicii, care poate ajuta prin creșterea capacității vezicale și prin interferența cu căile nervoase de conducere a durerii. Stabilirea unui program al micțiunilor poate fi de ajutor prin reducerea frecvenței acestora.

Poate fi prescrisă o medicație care să controleze durerea cronică, cum ar fi antidepresivele. Pentru unii poate fi de ajutor un medicament antiinflamator oral, Pentosan (Elmiron). De asemenea, modificările în dietă pot fi utile în îndepărtarea simptomelor.

În cazul existenței unor simptome severe, medicul dumneavoastră vă poate administra un medicament numit dimetil-sulfoxid (Rimso-50) direct în vezică pentru a scădea inflamația. Simptomele inițiale se agravează rar și se pot ameliora în timp.

Vezica iritabilă

Semne și simptome

- Senzație bruscă și uneori incontrolabilă de a urina (urgență)
- Nevoia frecventă de a urina noaptea (nicturie)

O vezica iritabilă (iritativă) se contractă din când în când necontrolabil. Este una din cauzele de incontinență prin contracții vezicale involuntare. Puteți avea nevoie atât de brusc și de tare să urinați încât se poate să nu ajungeți la toaletă. Această problemă este frecventă. Uneori, cauza este o infecție, dar deseori aceasta rămâne neclară, alteori vârsta este incriminată drept cauză primară.

Diagnostic

Primul pas în diagnosticul vezicii iritabile este excluderea altor cauze de pierdere de urină, cum ar fi infecția. Pentru a face aceasta, medicul dumneavoastră vă poate recolta o proba de urină. Puteți să efectuați și un examen radiologic special (cistograma micțională) în timp ce urinați.

Alte teste pot include vizualizarea vezicii cu un instrument cu lumină (cistoscop) introdus în vezică pe calea uretrei și măsurarea presiunii și a funcției vezicii (studii urodinamice).

Cât de gravă este vezica iritabilă?

O vezică iritabilă poate fi supărătoare, dar nu este periculoasă.

Tratament

Dacă simptomele sunt produse de o infecţie, medicul dumneavoastră vă va prescrie probabil un antibiotic. Medicamentele numite anticolinergice (Detrol, Ditropan) pot ajuta la relaxarea musculaturii care produce contracţia vezicii. Alte medicamente pot reduce activitatea nervilor care stimulează contracţia.

Uneori, tehnicile de antrenament vezical vă pot ajută la ameliorarea simptomelor (vezi pag. 944). Scăderea aportului de substanţe iritante, cum ar fi cofeina, sucul de citrice şi alimentele acide, vă poate ajuta.

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Deşi nu a fost demonstrată existenţa de legături directe între ceea ce mâncaţi şi beţi şi problemele urinare, anumite alimente şi băuturi pot fi iritante pentru vezică faţă de altele. *The National Association for Continence* din SUA oferă următoarea listă de factori care pot contribui la apariţia problemelor vezicale:

- băuturile alcoolice
- băuturile şi medicamentele cu cofeină
- băuturile carbogazoase
- produsele lactate
- sucul de citrice şi fructele
- roşiile şi produsele pe bază de roşii
- alimentele picante
- zahărul
- mierea
- ciocolata
- siropul de cereale
- îndulcitorii artificiali



Strictura uretrală

Semne şi simptome

- Jet urinar încetinit, slab
- Scurgere înceată

Strictura uretrală este o îngustare a canalului prin care se elimină urina din vezică. La bărbaţi, prin acest canal trece şi lichidul seminal. În cazurile severe, uretra poate fi total obstruată. Această afecţiune apare mai frecvent la bărbaţi. Cauzele stricturii uretrale includ o infecţie sau boli care duc la cicatrizarea ţesutului uretral şi, la bărbaţi, afectarea penisului. Strictura uretrală poate apărea la ani de zile după un episod acut de gonoree.

Diagnostic

Un număr de afecţiuni, altele decât strictura uretrală, pot produce simptome similare. Medicul dumneavoastră va efectua teste variate pentru a exclude alte cauze, incluzând examinarea uretrei cu un instrument subţire, flexibil numit cistoscop.

Cât de gravă este strictura uretrală?

Strictura poate fi atât de severă încât să blocheze fluxul urinar, producând retenţie urinară acută. Aceasta necesită rezolvare rapidă. Tratamentul merge de obicei bine, dar recurenţa stricturii este frecventă.

Tratament

De obicei, primul pas este de lărgire a uretrei prin dilatare cu instrumente progresiv mai groase care se introduc în uretră. Acest tratament trebuie deseori repetat de câteva ori. Dacă după dilatări repetate canalul nu rămâne deschis, este nevoie de intervenţie chirurgicală.

O intervenţie chirurgicală constă în trecerea unui instrument cu un cuţit tăios ataşat la vârf printr-un cistoscop. Chirurgul utilizează cuţitul pentru a tăia ţesutul fibros care blochează uretra.

Cealaltă opţiune este chirurgia deschisă pentru a îndepărta zona afectată din uretră. Zonele sănătoase sunt reataşate sau se utilizează o grefă pentru a înlocui uretra afectată. ■

CAPITOLUL 31 PARTEA a V-a

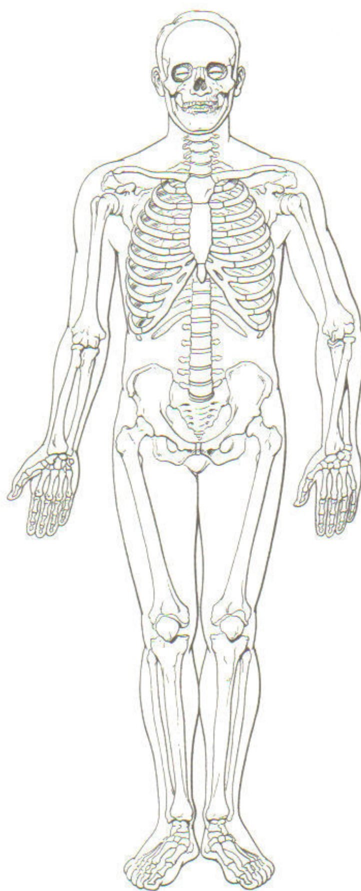
Oasele, articulaţiile şi muşchii

Sistemul musculoscheletic este o minune a mecanicii. Constituit din muşchi, oase, ligamente şi tendoane, vă permite să vă mişcaţi într-o multitudine de moduri – mers, alergat, aplecat, întins, aşezat şi multe altele.

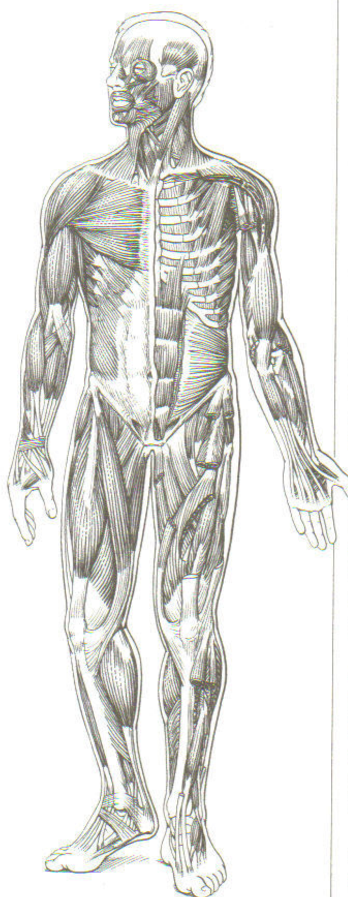
Majoritatea oaselor acestui remarcabil sistem sunt interconectate prin articulaţii, balamale importante care permit oaselor să se mişte. Articulaţiile se mişcă diferit. Umărul şi şoldul sunt articulaţii de tipul sferă în cavitate, iar coloana vertebrală are mişcări limitate.

În afara asigurării mobilităţii, sistemul dumneavoastră musculoscheletic protejează organele interne. Coastele înconjoară plămânii şi inima, craniul protejează creierul, iar coloana vertebrala protejează măduva spinarii.

Până când acest sistem minunat se strică – nu contează dacă datorită unui accident, unei boli sau prin slăbirea sa în timp – puteţi să vă bazaţi pe funcţionarea oaselor, muşchilor şi articulaţiilor dumneavoastră. Slăbirea acestui sistem poate apărea în orice moment şi din diverse motive.



Oasele dumneavoastră sunt ţesuturi vii şi se schimbă mereu. Ele asigură suportul organismului dumneavoastră şi funcţionează ca depozite pentru mineralele importante.



Mulţi din muşchii scheletici sunt pereche, permiţând organismului dumneavoastră să se mişte. Tendoanele conectează muşchii scheletici de oase.

Cum funcţionează oasele, articulaţiile şi muşchii dumneavoastră?

Componentele sistemului dumneavoastră musculoscheletic lucrează împreună pentru a asigura funcţionarea organismului uman. Iată o privire asupra rolurilor pe care le joacă acestea.

Oasele

Organismul dumneavoastră conţine 206 oase. Acestea sunt alcătuite din ţesut osos, compus din variate substanţe incluzând proteine, minerale şi celule osoase. Proteinele formează o matrice în care sunt încorporate mineralele – în special calciu şi fosfat.

Osul conţine 2 tipuri de ţesut. Stratul interior spongios se numeşte endost. Partea externă dură se numeşte os cortical.

În ciuda aparentei stabilităţi, osul este în continuă schimbare, proces numit remodelare. În mod constant este înlocuit de celule numite osteoclaste prin resorbţie şi apoi reconstruit de celule numite osteoblaste.

Oasele asigură suportul organismului dumneavoastră şi funcţionează ca un depozit pentru substanţe minerale importante. În interiorul anumitor oase există măduva, un miez moale care produce celulele sangvine.

Articulaţiile

Capetele osoase care se întâlnesc în articulaţie sunt acoperite cu un strat de cartilaj care absoarbe o parte din şocul şi greutatea implicate în mişcare.

Articulaţiile dumneavoastră conţin, de asemenea, un lichid numit sinovial, o membrană, un înveliş protector numit capsulă şi benzi de ţesut fibros numite ligamente. Ligamentele leagă oasele între ele şi ajută la stabilitatea articulaţiei.

Specialiştii în sistemul musculoscheletic

O parte din medicii specialişti se ocupă de problemele sistemului musculoscheletic. Aceştia includ reumatologi, ortopezi, specialişti în medicina recuperatorie, fizioterapeuţi şi cei care se ocupă de terapiile ocupaţionale.

Reumatologii

Reumatologul este un medic care este instruit special pentru diagnosticul şi tratamentul bolilor musculare şi articulaţiilor, în special afecţiuni inflamatorii şi autoimune, cum ar fi poliartrita reumatoidă sau lupusul eritematos.

Ortopezii

Ortopedul este un chirurg care este instruit special pentru controlul afecţiunilor părţilor de mişcare ale organismului, incluzând scheletul, articulaţiile, muşchii, ligamentele şi cartilajele. Ortopedul poate recomanda tratamentul chirurgical sau neurochirurgical.

Specialiştii în medicină recuperatorie

Specialistul în medicina recuperatorie este un specialist în medicină fizică şi recuperatorie – un medic special instruit pentru a ajuta la restaurarea şi obţinerea unui randament maxim al articulaţiilor, muşchilor şi membrelor afectate. Aceştia îi învaţă pe pacienţi să-şi menţină condiţia fizică şi să-şi protejeze articulaţiile de leziuni. Ei asigură managementul nonchirurgical al leziunilor musculoscheletice şi, de obicei, lucrează în strânsă legătură cu instructorii sportivi şi cu cei care se ocupă cu terapiile ocupaţionale.

Fizioterapeuţii

Un fizioterapeut este o persoană licenţiată care concepe programe – incluzând exerciţii terapeutice şi strategii de management al durerii – pentru a ajuta la refacerea şi recuperarea după leziune sau suferinţă. Fizioterapeuţii nu sunt medici şi nu pot prescrie medicaţie.

Specialiştii în terapia ocupaţională

Specialistul în terapia ocupaţională este o persoană licenţiată care se ocupă în principal de funcţia membrelor superioare. Deseori, specialiştii în terapia ocupaţională lucrează în colaborare cu fizioterapeuţii. Specialiştii în terapia ocupaţională instruiesc pacienţii asupra modului de desfăşurare a activităţilor zilnice după ce aceştia au avut o leziune sau o suferinţă care a afectat mişcările părţii superioare a organismului.

Muşchii

Exista 650 de muşchi care ajută în mod primar la mişcarea organismului dumneavoastră. Muşchii sunt alcătuiţi din fibre care se pot contracta şi care le permit să se lungeasca şi să se scurteze, producând mişcare. Tendoanele conectează muşchii de oase.

Majoritatea muşchilor sunt pereche cu un alt muşchi care lucrează în opoziţie, cum ar fi bicepsul şi tricepsul braţului dumneavoastră. Când îndoiţi braţul din cot, bicepsul se contractă, iar când faceţi extensia braţului se contractă tricepsul, muşchiul opus.

Nu toţi muşchii produc mişcarea scheletului. În afară de muşchii striaţi (scheletici), aveţi şi muşchi netezi (nestriaţi). Puteţi găsi muşchi netezi la nivelul organelor interne, cum ar fi stomacul, uterul şi vezica urinară, şi în peretele vaselor sangvine. De obicei, sunt aranjaţi în benzi. Medicii îi numesc muşchi involuntari deoarece sunt sub controlul sistemului nervos autonom, fiind mai puţin controlaţi în mod conştient. Inima (miocardul) este un tip special de muşchi involuntar. Muşchii netezi şi muşchiul cardiac nu fac parte din sistemul musculoscheletic.

Leziunile frecvente

Deşi sistemul musculoscheletic este foarte rezistent, leziunile musculare şi osoase sunt frecvente. O cădere sau un accident poate leza şi rupe un os, poate întinde exagerat muşchii şi articulaţia peste capacitatea uzuală de mişcare. Majoritatea oamenilor pot prezenta o varietate de leziuni musculoscheletice pe parcursul vieţii, fie în copilarie după o cădere din mărul din curte, fie ca adult după o alunecare în timp ce jucaţi tenis.

Fractura osoasă

Semne şi simptome

- Tumefiere sau echimoză deasupra osului
- Deformarea unui membru
- Durere localizată care se intensifică atunci când zona afectată este mişcată sau apăsată
- Pierderea funcţionalităţii în zona leziunii
- Osul care perforează pielea

Atunci când un os nu poate suporta forţa exercitată asupra lui, se rupe (fractura). Fracturile sunt frecvente. Mulţi oameni au una sau mai multe fracturi de-a lungul vieţii.

Fracturile pot fi clasificate în mai multe categorii. O fractură simplă este aceea în care osul se rupe în 2 bucăţi. Fractura cominutivă este aceea în care osul se fragmenteaza în mai multe bucăţi. Când osul proemină prin piele, fractura este deschisă (complexă) (vezi pag. 362).

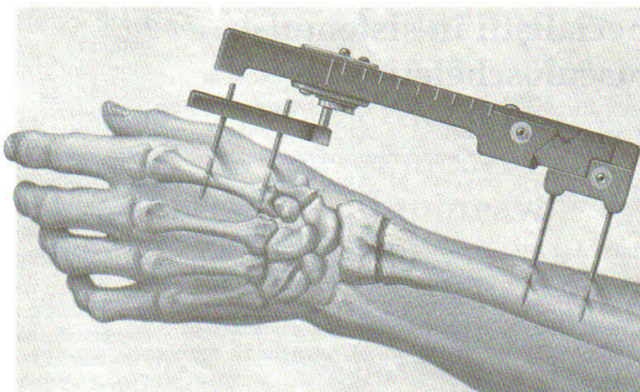
Fracturile sunt, de asemenea, clasificate în funcţie de modul în care s-a rupt osul. Dacă osul se rupe complet în 2 sau mai multe părţi, fractura este completă. Dacă osul se rupe, dar nu se separă, fractura este incompletă. Dacă un fragment al osului intră în alt fragment, fractura este cu înfundare.

Un alt tip de fractură apare la oamenii cu oasele slăbite datorită unei boli. Când sunt slăbite, oasele se pot fractura spontan sau la stresuri minore exercitate asupra lor. Acestea se numesc fracturi patologice, deoarece cauza principală este o afecțiune subiacentă, cum ar fi osteoporoza sau un cancer metastazat în os.

Severitatea fracturilor crește adesea cu vârsta. Scheletul copiilor este flexibil, astfel încât oasele lor mai degrabă se îndoaie decât se rup. Drept urmare, când un copil își fractureaza osul, aceasta este de obicei o fractură incompletă. În schimb, o cădere sau alte accidente care în general nu afectează oasele tinere pot produce fracturi complete la adulții vârstnici, ale căror oase sunt mai fragile.

Fractura de stres, un alt tip de rupere osoasă, este cu adevarat o linie ca un fir de păr, adesea invizibilă la examenul radiologic timp de până la 6 săptămâni după debutul durerii.

Când un os se rupe, vasele afectate dintre capetele osoase rupte se vor tromboza, prevenind astfel hemoragia. Celulele numite osteoclaste resorb osul afectat. Se formează un calus moale, făcut din proteine fibroase (colagen), osul începând să se regenereze cu ajutorul celulelor numite osteoblaste. Aceste celule vor construi o matrice de os spongios pe colagen, creând o punte internă care leagă capetele osoase fracturate. Eventual, această porțiune este înlocuită de os dens, ducând astfel la vindecarea fracturii.



Unele fracturi se vindecă cel mai ușor prin utilizarea unor ace inserate prin piele în osul fracturat. Aceste ace sunt atașate unei rame externe care ține fixată zona de fractură până la vindecarea acesteia.

Diagnostic

Diagnosticul este evident când osul protruzionează prin țesutul moale. În unele cazuri, însă, identificarea unei fracturi nu este ușoară. Leziunile țesuturilor moi și fracturile produc adesea semne și simptome similare.

O radiografie efectuată din două sau mai multe unghiuri ajută la confirmarea diagnosticului (vezi figura, pag. 1273). În cazul suspectării unei fracturi de craniu sau a unei fracturi vertebrale, medicul poate cere un examen computer tomografic (CT) sau rezonanță magnetică nucleară (RMN). Un RMN sau tomografia osoasă sunt utilizate uneori pentru a detecta o fractura de stres.

Cât de gravă este fractura osoasă?

Gravitatea unei fracturi osoase depinde de localizare și de distrugerea osului și a țesuturilor adiacente. Unele fracturi necesită doar protecție temporară, cum ar fi utilizarea cârjelor pentru susținerea greutații sau o atelă pentru a imobiliza osul rupt. În cazul fracturilor mai severe, pot apărea complicații serioase dacă nu primiți tratament medical.

În cazul oricărei fracturi, medicul dumneavoastră trebuie să examineze aria adiacentă cu atenție pentru a stabili dacă există leziuni suplimentare de nervi sau vase sangvine. Leziunile craniului sau ale coloanei vertebrale pot pune în pericol integritatea creierului sau a măduvei spinării.

Timpul scurs pentru ca un os rupt să se vindece variază cu vârsta, cu starea de sănătate a persoanei, și cu natura și localizarea fracturii. La copii, o ruptura mică se poate vindeca în câteva săptămâni. La adulții vârstnici, o fractura importantă necesită adeseori câteva luni pentru vindecare. Uneori, o fractură care se vindecă încet poate necesita un procedeu prin care țesut luat din alt os este grefat la nivelul fracturii, completând osul și grăbind vindecarea acestuia. Sursa osoasă pentru grefă este deseori pelvisul (osul iliac). De regulă, prin tratament prompt și corespunzător, și printr-un program corect de recuperare, vă puteți astepta la recuperare completă.

Tratament

Toate suspiciunile de fractură trebuie să primească primul ajutor corespunzător și să fie evaluate de un doctor. Pentru o vindecare corespunzătoare, un os care s-a deplasat trebuie pus la loc (potrivit) în poziția sa corectă. Potrivirea (realinierea) osului se numește reducție. Veți primi un anestezic care vă amorțește zona, astfel încât medicul dumneavoastră să poată repoziționa osul sub ghidaj radiologic.

Tratament chirurgical

Atunci când este necesară intervenția chirurgicală pentru a potrivi sau repara o fractură, procedeul se numește reducere deschisă. Veți primi un anestezic, iar doctorul face o incizie pentru a avea acces la osul rupt, astfel încât acesta poate fi readus în poziția inițială.

O fractură care este instabilă sau una care este imediat adiacentă sau extinsă într-o articulație poate necesita un dispozitiv cum ar fi tijă, cui, placă sau șurub pentru fixare în poziție. Pe perioada unei intervenții chirurgicale, chirurgul ortoped fixează dispozitivul pe os pentru poziționarea și stabilizarea părților rupte. Avantajele acestei abordări includ mobilizarea precoce a articulației și utilizarea

membrului afectat în câteva săptămâni față de câteva luni.

În rare cazuri este mai bine de montat o articulație artificială, mai ales la adulții vârstnici cu osteoporoză sau alte anomalii care au dus la deteriorarea osului sau articulației.

Gipsuri și atele

Dacă aveți un braț sau un picior rupt, medicul dumneavoastră vi-l poate pune în gips pentru imobilizarea lui. Prevenirea mișcării între cele 2 capete ale osului reduce durerea și facilitează vindecarea.

Inițial, se aplică un strat de material moale pentru a acoperi brațul sau piciorul, protejând pielea împotriva iritației. Apoi, brațul sau piciorul este acoperit cu un strat de bandaje cu gips, fibre de sticlă sau plastic. Pe măsură ce gipsul se usucă, el devine rigid. Fiți atent să nu schimbați forma gipsului atunci când se usucă. Nu puneți gipsul pe o suprafață netedă deoarece întinderea gipsului poate exercita presiune asupra pielii de sub el. Folosiți în acest scop o pernă.

Pansamentele gipsate făcute din fibră de sticlă sau din plastic – care sunt mai frecvent utilizate astăzi decât gipsul clasic – se usucă mai repede și sunt mai ușoare și mai rezistente.

Pentru unele fracturi, medicul poate aplica o atelă. Acest dispozitiv imobilizează și susține un membru sau o articulație afectată, deplasată sau deformată. De obicei, atelele se pun în locul unui aparat gipsat pentru a preveni mișcarea unei articulații dislocate sau la capetele unei articulații fracturate.

În unele cazuri, nu este necesar nici un dispozitiv. Spre exemplu, masa mușchilor toracici care înconjoară o coastă ruptă, o țin în poziție. În cazul unui deget rupt, medicul dumneavoastră poate, pur și simplu, să-l lipească de degetul vecin.

Ultrasunetele

Dacă o fractura nu se vindecă bine, medicul dumneavoastră poate utiliza ultrasunetele de intensitate joasă, aplicându-le pe piele deasupra unei fracturi prin intermediul unui transductor ca o baghetă circa 20 de minute pe zi. Undele sonore pulsatile clatină osul, o mișcare care se crede că ajută la vindecare.

Stimularea electromagnetică

Deși controversată, stimularea electromagnetică poate fi un alt mijloc care să ajute la vindecare. Se direcționează un curent electromagnetic direct în zona fracturii pentru câteva ore pe zi. În același timp, se utilizează de obicei un aparat gipsat pentru câteva luni pentru a stabiliza fractura. Persoanele cu o fractură care nu se vindecă pot opta pentru stimularea electromagnetică în speranța evitării intervenției chirurgicale.

Tracțiunea

Unele fracturi de femur la copii se tratează cu ajutorul unui sistem mecanic cu greutăți care țin temporar părțile rupte ale osului în poziția lor corespunzătoare. Forța creată de acest sistem, numită tracțiune, este utilizată în special pentru fracturile în care mușchii din jur tind să tragă capetele osoase rupte unul peste altul.

Recuperarea

După ce osul a fost așezat în poziția ccorespunzătoare și imobilizat, următorul pas în tratament este recuperarea. Acest proces începe cât de devreme se poate, chiar cu osul rupt în aparat gipsat.

Un program de recuperare urmează în general principiile repausului relativ, aceasta însemnând că țesuturile lezate sunt în repaus în timp ce restul organismului dumneavoastră este antrenat în exerciții sau activități. Mișcarea țesuturilor adiacente crește fluxul sangvin, îmbunătățind vindecarea și prevenind formarea trombilor sangvini potențial periculoși în vasele membrului imobilizat. Mișcarea ajută, de asemenea, la menținerea tonusului muscular. Poate limita slăbirea (atrofia) mușchilor și distrugerea oaselor prin imobilizarea prelungită. Recuperarea ajută și la prevenirea rigidizării care apare în articulațiile neutilizate.

Tratament medicamentos

În majoritatea cazurilor, medicul va prescrie medicamente pentru a îndepărta durerea și, ocazional, antibiotice pentru a reduce riscul infecției.

Fractura de șold

Semne și simptome

- Durere severă în șold sau în zona inghinală
- Incapacitate de a suporta greutatea pe piciorul afectat
- Echimoză și tumefiere la nivelul zonei șoldului
- Picior mai scurt de partea afectată
- Răsucirea spre înăuntru sau în afară a piciorului afectat

Puteți să vă rupeți piciorul la orice vârstă, dar 90% din cei spitalizați cu fractură de șold sunt cu vârste peste 65 ani. Pe măsură ce îmbătrâniți, oasele dumneavoastră pierd încet mineralele și devin mai puțin dense. Pierderea treptată a densității slăbește oasele și le face mai susceptibile la fracturi.

Mai mult de 320 000 americani sunt spitalizați în fiecare an datorită unei fracturi de șold. Medicii așteaptă ca numărul acestora să crească pe măsura îmbătrânirii populației în SUA. Dacă sunteți femeie, aveți un risc de 2-3 ori mai mare decât un bărbat să vă fracturați șoldul. Aceasta deoarece la femei densitatea osoasă scade mai mult decât la bărbați. Scăderea nivelului estrogenilor la femei pe perioada și după menopauză accelerează pierderea osoasă și crește riscul fracturii de șold.

Cauza directă a unei fracturi de șold este adeseori un accident sau o cădere ușoară. Cauza indirectă, mai ales pe măsură ce îmbătrâniți, este cel mai probabil osteoporoza.

În osteoporoză, oasele dumneavoastră nu conțin cantitatea adecvată de calciu și de alte minerale, iar structura dumneavoastră osoasă slăbește. Pierderea forței osoase tinde să fie mai mare la nivelul coloanei vertebrale și mai mică la nivelul brațelor și al oaselor superioare ale coapsei (femur), sediul fracturii de șold.

Diagnostic

Deseori, medicul dumneavoastră poate diagnostica dacă aveți fractură de șold bazându-se pe istoricul leziunii, pe simptomele dumneavoastră și observând poziția anormală a șoldului și a piciorului. Un examen radiologic poate confirma existența unei fracturi și arată cu exactitate care parte a șoldului este fracturată.

90% dintre fracturile de şold apar în unul sau două locuri de-a lungul femurului, osul lung care se întinde de la pelvis la genunchi:

- *Colul femural.* Colul femural este localizat în porţiunea superioară a femurului dumneavoastră, partea rotundă a articulaţiei de tip sferă în cavitate.
- *Regiunea intertrohanteriană.* Această regiune este zona femurală superioară care proemină în afară.

Cât de gravă este fractura de şold?

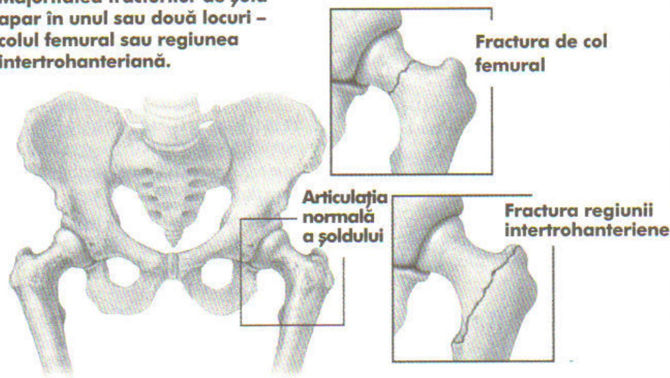
Fractura de şold este o afecţiune gravă, mai ales dacă sunteţi vârstnic. Cu toate că fractura se poate trata, complicaţiile vă pot ameninţa de viaţa, mai ales la adulţii vârstnici.

Medicii tratează rar fracturile de şold instabile (cu deplasare) fără intervenţie chirurgicală, deoarece repausul la pat sau tracţiunea sunt asociate cu complicaţii serioase. Riscul tracţiunii este că vă va ţine imobilizat o perioadă lungă, pe parcursul căreia pot apărea cheaguri sangvine în unul sau ambele picioare. Pot apărea, de asemenea, cheaguri în picior după chirurgia şoldului, mai ales dacă nu vă ridicaţi şi nu vă mişcaţi. Acest cheag se poate rupe şi apoi poate ajunge într-o arteră pulmonară, blocând fluxul sangvin către ţesutul pulmonar. Aceasta situaţie, numită embolism pulmonar, poate fi fatală dacă nu este tratată prompt.

Din fericire, chirurgia de reparare a fracturilor de şold este de obicei eficientă, cu toate că recuperarea necesită adesea timp şi răbdare. Majoritatea oamenilor, chiar cei cu vârsta peste 80 de ani, se recuperează bine după o fractură de şold. În general, cu cât starea de sănătate şi mobilitatea sunt mai bune, cu atât aveţi şanse mai mari de recuperare completă.

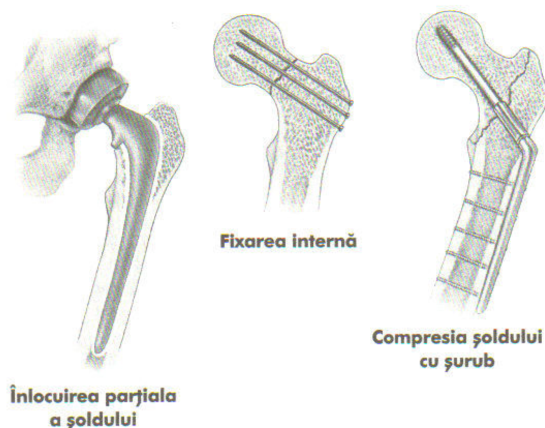
Fracturile de şold

Majoritatea fracturilor de şold apar în unul sau două locuri – colul femural sau regiunea intertrohanteriană.



Tehnicile de reparare a fracturii de şold

Pentru fractura de col se poate utiliza înlocuirea parţială a şoldului sau fixarea internă. Pentru fractura în regiunea intertrohanteriană se poate utiliza compresia şoldului cu şurub.



Tratament

Intervenţia chirurgicală este aproape întotdeauna cea mai bună cale de reparare a unui şold rupt. Medicii utilizează alternativele nonchirurgicale doar dacă fractura este stabilă sau aveţi alte probleme medicale care fac riscantă intervenţia chirurgicală. Tipul interventiei chirurgicale la care veţi fi supus depinde de natura şi severitatea fracturii de şold şi de vârstă.

Fracturile de col femural

Chirurgii repară în general acest tip de fractură prin una din următoarele 3 metode:

- *Fixarea internă.* Dacă după ruptură oasele pot fi aliniate corect, medicul dumneavoastră poate introduce şuruburi metalice sau o placă cu şuruburi în os pentru a-l ţine unit până la vindecarea fracturii. Aceasta se numeşte fixare internă.
- *Înlocuirea parţială a şoldului.* Dacă partea terminală a osului rupt este afectată sever, iar aportul sangvin către capul femural este compromis, medicul dumneavoastră poate scoate capul femural înlocuindu-l cu o proteză metalică. Acesta se numeşte hemiartroplastie.
- *Înlocuirea totală a şoldului.* Acest procedeu implică înlocuirea părţii superioare femurale şi cavitatea osului pelvin cu o proteză artificială. Înlocuirea

Mijloace pentru protecţia şoldului



Un pas eficient care nu previne căderea, dar vă poate proteja în acest caz, este să purtaţi un dispozitiv de protecţie a şoldului. Acest molton, dispozitiv purtat extern, este similar cu ceea ce poartă jucătorii de hochei pentru a evita accidentările. Un studiu implicând adulţii vârstnici activi a arătat că purtarea acestui dispozitiv protector pentru şold reduce riscul fracturii după cădere cu peste 60%.

Dispozitivele sunt suficient de mici pentru a putea fi purtate pe sub fustă sau pantaloni, şi nu vă limitează activitatea, cum ar fi mersul sau poziţia şezând.

totală a şoldului este o operaţie frecventă pentru tratarea artritei severe a articulaţiei femurale, dar este rareori utilizată pentru tratarea unei fracturi de şold.

În general, cu cât este mai complexă fractura, iar dumneavoastră mai vârstnic, cu atât aveţi şanse mai mari să primiţi o proteză de şold. Fixarea internă este utilizată mai mult la tineri şi pentru fracturi care sunt mai puţin complexe şi bine aliniate.

Fracturile regiunii intertrohanteriene

Pentru a repara acest tip de fractură, medicul introduce de obicei o placă de metal şi un dispozitiv cu şurub (şurub pentru compresia şoldului) care fixează fractura. Şurubul este ataşat unei plăci care coboară de-a lungul femurului, aceasta fiind fixată prin alte şuruburi, ajutând astfel la stabilizarea osului. Pe măsura vindecării osului, şurubul permite compresia bucăţilor de os, astfel încât marginile cresc împreună.

Recuperare

Refacerea după o fractură de şold implică o perioadă lungă de recuperare. Scopul recuperării este de a vă ajuta să vă recăpătaţi mobilitatea.

Veţi învăţa cum puteţi creşte treptat greutatea pe şoldul respectiv până când veţi putea susţine întreaga greutate a corpului. Veţi învăţa, de asemenea, cum să vă aşezaţi, să staţi în picioare şi să mergeţi, astfel încât să nu vă reaccidentaţi şoldul sau să distrugeţi proteza dacă o aveţi.

După o fractură de şold, veţi avea nevoie probabil de un ajutor pentru a merge, cum ar fi un baston, cadru sau cârje, pentru câteva luni. De asemenea, puteţi avea nevoie de ajutor pentru a merge în apropierea casei şi pentru a vă desfăşura activităţile zilnice. Aproximativ jumătate din pacienţii cu vârsta peste 65 ani care îşi rup şoldul au mai multe facilităţi de îngrijire cel puţin pe perioada recuperării, deoarece au nevoie de asistenţă care nu este disponibilă acasă.

Profilaxie

Această etapă vă poate ajuta să vă păziţi împotriva fracturii de şold, prin reducerea riscului de cădere.

- *Protecţia casei împotriva căderilor.* Păstraţi-vă casa bine luminată şi fără condiţii care ar putea să va determine să alunecaţi şi să cădeţi. Evitaţi suprafeţele rugoase şi expunerea cablurilor electrice. Plasaţi mobila acolo unde este puţin probabil să vă loviţi de ea. Instalaţi bare de care să vă apucaţi în baie şi balustrade la scări.
- *Purtaţi pantofi adecvaţi.* Dacă sunteţi în vârstă, purtaţi pantofi plaţi, cu talpa tare şi subţire. Pantofii sport cu tălpi elastice pot modifica echilibrul corpului şi pot contribui la cădere. Evitaţi purtarea pantofilor care sunt prea alunecoşi sau prea rigizi.
- *Evitaţi activităţile periculoase.* Fiţi atent când desfăşuraţi activităţi în care este necesar să urcaţi o scară sau o scăriţă. Cereţi ajutor. Evitaţi ridicarea obiectelor grele, căţăratul şi implicarea în activităţi solicitante neobişnuite.
- *Faceţi control oftalmologic.* Vederea slabă este o cauză frecventă de cădere. Dacă aveţi probleme de vedere, faceţi un control oftalmologic. Purtând ochelari corespunzători şi fiind capabil să vedeţi bine în jur este mai probabil să vedeţi obiectele de care vă puteţi împiedica.
- *Fiţi atent la reacţiile adverse ale medicamentelor.* Un efect advers al multor medicamente este starea de oboseală sau ameţeală. Aceasta poate creşte riscul de cădere. Vorbiţi cu medicul dumneavoastră despre posibilele reacţii adverse produse de medicamente.

Luxaţia

Semne şi simptome

- O articulaţie care alunecă de la locul ei după o lovitură, cădere sau alt traumatism
- Umflarea, durerea internă şi, deseori, imobilitatea articulaţiei afectate

O articulaţie se luxează când capetele oaselor sunt forţate din poziţia lor normală. Drept rezultat, articulaţia nu mai funcţionează corect. În plus, oasele deplasate pot afecta structura din interiorul şi din jurul articulaţiei, incluzând muşchii, ligamentele, nervii şi vasele sangvine.

Cotul dădacei

Cotul dădacei este o luxaţie a cotului comună şi deseori diagnosticată greşit. Apare tipic la copiii mai mici de 5 ani, de obicei când un adult sau un alt copil trage sau smuceşte de braţul acestuia. Cotul imatur se luxează uşor deoarece nu poate rezista la solicitare.

Copilul are tipic durere şi limitarea mobilitaţii cotului. Trebuie făcută o radiografie pentru a elimina orice problemă. Când oasele sunt readuse în poziţia corectă se rezolvă durerea.

În unele situații, cauza luxației este o boala subiacentă sau o afecțiune, cum ar fi poliartrita reumatoidă sau un ligament afectat. Unii oameni care prezintă luxații repetate au o slăbiciune congenitală care poate permite unor articulații să se luxeze spontan.

Diagnostic

După ce faceți o luxație este greu, dacă nu imposibil, să va mișcați articulația. Încercarea de a o mișca vă va intensifica durerea. De regulă, puteți vedea o modificare în alinierea articulației, care este umflată.

Dacă medicul dumneavoastră suspectează o luxație, radiografia îl ajută pentru confirmarea diagnosticului și determinarea existenței unei fracturi asociate.

Cât de gravă este luxația?

Gravitatea depinde de articulația afectată. O leziune importantă a gâtului sau spatelui poate duce la luxația unei vertebre, cu riscul afectării măduvei spinării și apariția paraliziei. O luxație severă la umăr sau șold poate duce la leziuni de nervi.

În multe cazuri, medicul poate corecta o luxație simplă nonchirurgical, fără lezarea nervilor și țesuturilor din jur. Articulația este apoi imobilizatată timp scurt - de obicei, circa 2 săptămâni – până la vindecarea leziunii. Unele luxații necesită intervenție chirurgicală pentru repararea și reconstrucția ligamentelor lezate.

Tratament

Orice suspiciune de luxație trebuie examinată de doctor. Dacă presupuneți că cineva are luxație vertebrală după o leziune importantă de gât sau spate, nu-l mișcați. Asteptați să sosească personalul medical de urgență.

O luxație necesită de obicei tratament cât mai rapid posibil. Oasele deplasate din articulație trebuie aduse în poziție corectă printr-un procedeu numit reducere. Dacă leziunea nu este tratată în prima jumătate de oră, pot apărea tumefierea și durerea, făcând mai dificilă reducerea luxației.

Imobilizați zona afectată și transportați persoana implicată la medic sau la camera de gardă a spitalului. Este important ca tratamentul să fie făcut de o persoană instruită corect, deoarece repoziționarea incorectă a articulației poate produce lezarea suplimentară a acesteia și a structurilor adiacente.

Imobilizarea

După ce articulația a fost repusă în poziția sa corectă, poate fi necesară imobilizarea ei. Cel mai frecvent se utilizează o atelă.

Recuperare

Recuperarea începe după ce articulația este pusă în poziția corectă și imobilizată, chiar dacă aceasta este în gips. Mișcarea stimulează fluxul sangvin în țesuturile adiacente și procesul de vindecare.

Mișcarea ajută, de asemenea, la menținerea tonusului muscular și limitează atrofia musculară și slăbirea osului din cauza imobilizării prelungite. Ajută și la prevenirea rigidizării articulației

Absența sau pierderea unui membru

Unii oameni se nasc fără unul sau mai multe membre, în general datorită unui defect de dezvoltare. Alții își pierd un membru după o leziune sau o boală. Medicii fac amputații chirurgicale pentru o varietate de motive. Unii oameni cu diabet în faze avansate au o circulație slabă la nivelul extremităților care poate duce la ulcere și gangrene, necesitând amputarea labei piciorului sau a membrului inferior.

Cel mai bun tratament pentru anumite cancere osoase poate necesita amputarea unui braț sau picior. Îndepărtarea unui membru prin amputație este o operație majoră. O amputație are implicații psihologice semnificative, care intră în schema de vindecare a organismului – învățarea de a trăi cu o capacitate fizică alterată și cu afectarea imaginii proprii.

Riscuri

Amputația care este rezultatul unui accident are riscuri adiționale incluzând pierderea de sânge și șocul. Ca în orice procedură invazivă, există și riscul infecției, care este mai mare dacă membrul a fost afectat într-un accident decât dacă a fost îndepărtat chirurgical.

În majoritatea cazurilor, însă, amputația nu pune în pericol viața. Provocarea majoră este deseori împăcarea cu consecințele amputației, care merge de la durerea chirurgicală până la modificările majore ale stilului dumneavoastră de viață.

Îndepărtarea chirurgicală a unei părți a organismului poate avea implicații emoționale. Poate exista durere în segmentul rezidual al membrului sau senzația că membrul sau o parte a lui este încă prezent (senzația membrului fantomă). În plus, amputația poate afecta imaginea proprie, încrederea și semnificația propriei valori.

Reatașarea unei părți secționate a corpului

Chirurgii au facut progrese remarcabile în ultimii ani în reatașarea degetelor secționate, a mâinilor și chiar picioarelor. Cu ajutorul unui microscop, sunt posibile repararea chirurgicală și reatașarea structurilor fine, cum ar fi vasele sangvine și nervii. Rezultatele depind de mai mulți factori, dar tind să fie mai bune pentru reatașarea mâinii sau degetului decât pentru brațe și mai bune pentru brațe decât pentru picioare.

Șansele de succes ale reatașării sunt bune dacă partea secționată a organismului a fost îngrijită corespunzător și dacă este disponibil un chirurg experimentat. Funcționarea degetului, mâinii sau membrului reatașat variază de la o persoană la alta. În unele cazuri, părțile repuse își recâștigă majoritatea

care poate fi produsă prin lipsa de utilizare a acesteia.

Fiţi atent şi urmaţi sfatul medicului dumneavoastră asupra limitării activităţii fizice a articulaţiei afectate. Revenirea la activitatea normală prea devreme creşte riscul reafectării circulaţiei.

Tratament medicamentos

Pentru a controla durerea, medicul dumneavoastră vă poate recomanda medicamente analgezice.

Tendonul secţionat

Semne şi simptome

- O tăietura adâncă la mână, picior, antebraţ sau gambă
- Imposibilitatea de a mişca un deget de la mână, de la picior sau orice articulaţie care este lângă tăietură

O tăietură adâncă la mână, picior, antebraţ sau gambă poate distruge tendoanele, ţesuturile fibroase care leagă muşchii de oase. Secţionarea unui tendon poate duce la imposibilitatea mişcării articulaţiei afectate.

Secţionarea unui tendon necesită două tipuri de îngrijire. Prima dată, plaga trebuie închisă pentru a ajuta la vindecarea ei şi pentru a preveni infecţia. În al doilea rând, tendonul trebuie reparat chirurgical. Uneori, cele două etape se pot face în acelaşi timp, atunci când este tratată plaga. Totuşi, în unele cazuri, tăietura trebuie să se vindece înainte de a efectua o operaţie de reparare a tendonului. În general, refacerea se face în prima săptămână de la accident.

Diagnostic

Semnul cheie care sugerează secţionarea unui tendon este incapacitatea de a mişca un deget de la mână, de la picior sau o altă articulaţie din zona leziunii. Medicul dumneavoastră poate dori o radiografie a zonei afectate în cazul în care aveţi şi o fractură.

Cât de gravă este secţionarea unui tendon?

În majoritatea cazurilor, refacerea în timp a tendonului secţionat permite zonei afectate să revină aproape la normal. Totuşi, puteţi avea rigiditate şi scăderea gradului de mişcare a articulaţiei respective.

Tratament

Un tendon secţionat necesită de obicei intervenţie chirurgicală şi recuperare.

Tratament chirurgical

Atunci când se secţionează un tendon, o parte a acestuia se poate retracta şi poate fi dificil pentru chirurg să-l refacă. Drept urmare, poate fi necesară o incizie chirurgicală lungă. În unele cazuri, medicii utilizează ţesut dintr-un alt tendon pentru a-l repara pe cel afectat.

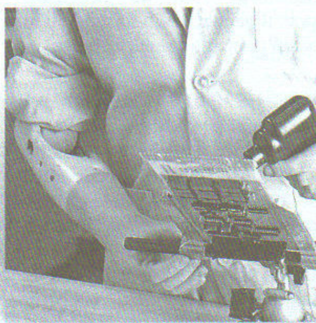
Recuperarea

După operaţie, zona afectată va fi probabil imobilizată. Medicul vă poate recomanda un program de exerciţii fizice atunci când este cazul să vă reluaţi activitatea.

Medicii recomandă adesea efectuarea de exerciţii pasive pe perioada de recuperare, prevenind astfel apariţia pe termen lung a rigidităţii. Aceste exerciţii implică mişcări care solicită minim tendonul lezat.

sau toate funcţiile. În altele, sensibilitatea, flexibilitatea şi forţa rămân alterate.

Utilizarea unei proteze



Dacă nu se poate repune un membru tăiat sau dacă un membru vă este amputat datorită unei boli, înlocuirea părţii respective (proteza) este în general opţiunea cea mai bună care urmează. O proteză nu poate reproduce mişcarea, flexibilitatea, forţa şi sensibilitatea părţii originale a organismului dumneavoastră. Totuşi, o dată ajustată, o proteză vă poate ajută să trăiţi mai bine.

Pe măsura vindecării plăgii chirurgicale, efectuarea exerciţiilor fizice este importantă pentru a vă menţine condiţia musculară şi mobilitatea articulară. Apoi începe procesul de pregătire pentru a purta o proteză, iniţial cu o proteză temporară. Un proces de educare vă va ajută să stăpâniţi mişcările diferite implicate în utilizarea protezei.

Treptat, veţi fi capabil să purtaţi proteza tot timpul zilei. După ajustarea protezei temporare, poate fi fabricată o proteză specială. O proteză permanentă este croită special să vă ajute pentru ceea ce aveţi nevoie. Poate exista un echilibru între nevoile fizice de mobilitate şi forţa şi preocuparea asupra înfăţişării.

În general, protezele de picior funcţionează mai bine decât protezele de braţ. O persoană cu o proteză de picior se va folosi de ea mai mult decât cineva cu o proteza de braţ.

Recuperarea

După o amputaţie, medicul sau fiziokinetoterapeutul pot începe un program de recuperare. În mod frecvent, este implicată o echipă formată din fizioterapeuţi şi specialişti în terapia ocupaţională, sub îndrumarea unui specialist în medicină fizică şi recuperatorie.

Scopul recuperării este de a vă ajuta să duceţi o viaţă cât mai normală. Programul poate include exerciţii care să vă ajute să vă menţineţi sau să creşteţi forţa muşchilor rămaşi. Dacă aveţi nevoie de o proteză sau de un alt echipament, programul poate include exerciţii suplimentare. Alte puncte ale programului includ consilierea, instrucţiuni detaliate asupra utilizării corecte a protezei şi sfaturi asupra posibilităţii desfăşurării activităţilor zilnice.

Accidentele sportive

Majoritatea leziunilor care apar în timpul activităţilor sportive se datorează suprasolicitărilor oaselor, muşchilor sau altor ţesuturi. Un alergător începător care fuge 8 km în prima zi va avea înţepături şi dureri nedorite dimineaţa următoare. Atleţii peste 40 de ani care s-au retras şi care revin ca parteneri pentru softball sunt cei mai buni candidaţi la entorse şi luxaţii.

Puteţi să vă aşteptaţi să nu apară leziuni de-a lungul vieţii. Totuşi, există câteva reguli de bază care vă vor ajuta să evitaţi accidentele neplăcute, dureroase, costisitoare şi, uneori, mutilante.

Încălziţi-vă mai întâi

Înainte de efort, încălziţi-vă musculatura. Înainte de a începe alergarea de exemplu, mergeţi sau alergaţi pe loc 5 minute, apoi faceţi exerciţii de întindere a muşchilor pentru încă 5 minute. Nu vă întindeţi musculatura înainte de încălzire. Creşterea fluxului sangvin reduce tensiunea din muşchi, îmbunătăţeşte gradul lor de mobilitate şi flexibilitate şi vă poate chiar creşte nivelul performanţelor. Aceasta reduce riscul întinderilor musculare şi a altor accidente.

Ulterior relaxaţi-vă

Este la fel de important să vă relaxaţi musculatura după efort cum este şi încălzirea înaintea activităţii. Muşchii pe care îi utilizaţi în timpul antrenamentului se contractă, iar activităţile repetate pot duce la scurtarea lor. Întinderea lor după antrenament este capitală pentru menţinerea flexibilităţii.

Muşchii care nu sunt flexibili şi nu se întind sunt susceptibili la contracturi.

Reglaţi-vă ritmul

Forţarea bruscă şi neobişnuită creşte riscul accidentărilor. Dacă vreţi să vă îmbunătăţiţi performanţele, faceţi-o într-un anumit ritm. Nu creşteti distanţa sau durata exerciţiilor cu mai mult de 10% pe săptămână. Stabiliţi-vă un program care să permită organismului să se adapteze treptat provocărilor la care îl supuneţi.

Alegeţi o activitate corespunzătoare

Dacă aveţi o durere de spate sau o durere permanentă de genunchi, efortul de alergare nu este pentru dumneavoastră. Trebuie să încercaţi înotul sau exerciţiile pe o bicicletă medicinală. Orice activitate alegeţi, asiguraţi-vă că tehnica pe care o folosiţi este cât mai bună. Luaţi lecţii şi folosiţi un expert care să vă urmărească în timpul activităţii. Tehnica necorespunzătoare şi suprasolicitarea duc de obicei la accidentare.

Creaţi-vă un obicei

Dacă o dată pe săptămână nu exersaţi, indiferent de intensitatea activităţii, veţi eşua în atingerea capacităţii maxime şi a beneficiilor ulterioare şi veţi risca să vă accidentaţi. Încercaţi să vă stabiliţi un program de cel puţin 30 minute de activitate în majoritatea zilelor săptămânii. Ţineţi minte următorul sfat: nu practicaţi sportul pentru a fi în formă. Fiţi în formă pentru a practica sportul.

Acordaţi atenţie accidentărilor

Dacă suferiţi o luxaţie de gleznă, pumn sau genunchi, cereţi sfatul medicului. Secretul recuperării este ceea ce doctorii numesc puterea timpului de a rezolva. Permiteţi vindecarea leziunii înaintea suprasolicitării părţii bolnave. Asiguraţi-vă că sunteţi recuperat corespunzător după accidentare şi că puteţi să suportaţi efortul sportiv sau al altor activităţi.



Contractura musculară

Semne şi simptome

- Durere localizată după o agresiune asupra musculaturii, urmată de sensibilitate la palpare şi posibil umflare
- Rigiditate sau sensibilitate o zi după suprasolicitarea musculaturii dintr-o zonă a organismului
- Incapacitatea de utilizare a musculaturii

Solicitarea excesivă a unui muşchi poate duce la contractură musculară. Aceasta se numeşte şi întindere musculară. Supraîntinderea şi suprasolicitarea unei zone a organismului poate duce la contracturi musculare uşoare. Muşchiul nu-şi pierde forţa, dar este dureros.

O întindere musculară mai severă apare atunci când unele din fibrele musculare se rup, ducând la contractarea muşchiului şi sângerare internă. Ocazional, se poate produce ruperea muşchiului, fie parţial, fie, în rare cazuri, total.

Una din cele mai frecvente întinderi musculare apare la nivelul grupului muscular de pe faţa posterioară a coapsei, mai ales la cei care aleargă sau practică schi nautic.

Musculatura posterioară a coapsei vă permite să flectaţi genunchiul şi să extindeţi coapsa, mişcări utilizate la alergare. Durerea sau oboseala musculară la nivelul părţii exterioare a coapsei poate indica o leziune a acestor muşchi.

O altă afecţiune musculară frecventă este întinderea musculaturii arcadei inghinale. Atunci când aveţi o contractură în regiunea inghinală, muşchii şi tendoanele acestei zone – incluzând muşchii abdominali inferiori, ai piciorului şi pelvisului – se pot întinde sau rupe. Aceasta poate apărea după suprasolicitare repetată sau după o singură agresiune şi produce durere sau spasm muscular în regiunea inghinală.

Diagnostic

Semnul cheie al diagnosticului este disconfortul în zona afectată, care poate include sensibilitate la palpare, spasm şi umflare. O radiografie poate exclude o leziune osoasă care să fi fost cauza problemei.

Cât de gravă este contractura musculară?

Contractura musculară răspunde deseori bine la repaus şi măsuri

simple de autoîngrijire. Totuşi, dacă suspectaţi o ruptură musculară sau o fractura osoasă sau dacă durerea persistă mai multe zile, consultaţi un doctor.

Tratament

Aplicaţi gheaţă sau împachetări reci la nivelul zonei lezate pentru circa 20 minute de mai multe ori pe zi în primele 48 de ore după agresiune. Puteţi fi capabil să preveniţi sau să reduceţi tumefierea prin ridicarea membrului afectat şi prin utilizarea unui pansament compresiv cum ar fi un bandaj elastic. Nu-l legaţi strâns. Încercaţi să nu utilizaţi muşchiul afectat până când nu cedează durerea.

Tratament medicamentos

În cazul întinderilor musculare minore se pot folosi pentru diminuarea durerii acetaminofen (Tylenol etc.) sau un medicament antiinflamator nesteroidian (AINS) eliberat fără reţetă, cum ar fi ibuprofenul (Advil, Motrin etc.) sau aspirina. Utilizaţi aspirina doar dacă nu există semne de sângerare. În cazul contracturilor musculare moderate sau mai severe, medicul dumneavoastră poate prescrie un antiinflamator, un musculorelaxant sau un analgezic, în funcţie de leziune.

Tratament chirurgical

Dacă leziunea este suficient de severă pentru a produce ruptură musculară, este necesară de obicei refacerea chirurgicală.

Profilaxie

Puteţi evita multe contracturi musculare printr-un program corespunzător care include încălzirea înainte de efort şi întinderea musculaturii după acesta. Dacă suferiţi întinderi musculare repetate, atunci trebuie să beneficiaţi de un program de dezvoltarea musculaturii pentru creşterea forţei muşchilor slabi.

Cald sau rece

După ce suferiţi o entorsă sau o întindere musculară este bine să faceţi tratamentul cu aplicaţii reci pentru una până la trei zile după leziune pentru a reduce edemul şi inflamaţia. Edemul lezează celulele prin scăderea aportului de oxigen la nivelul ţesuturilor din jur. Aplicaţiile reci încetinesc metabolismul celulelor din aria afectată şi permit ţesuturilor să supravieţuiască temporar lipsite de oxigen. Aceasta stimulează reînnoirea sau repararea celulelor şi grăbeşte vindecarea. Aplicaţiile reci produc de asemenea vasoconstricţie, minimalizând sângerarea şi diminuând durerea, acţionând ca un anestezic local. Majoritatea sângerarilor asociate cu inflamaţie acută se rezolvă în 1 - 3 zile.

Pentru a diminua spasmul muscular, entorsele minore şi contracturile, faceţi tratament cu aplicaţii reci intermitent pentru 24 - 72 ore. După această perioadă de timp, unii oameni descoperă că aplicaţiile calde ameliorează durerea de la locul leziunii şi diminuă rigiditatea. Dacă veţi încerca aplicaţiile calde, folosiţi-le doar după rezolvarea tumefierii şi sângerarii. Căldura vă poate complica recuperarea precoce producând continuarea tumefierii şi sângerare. În cazul simptomelor cronice utilizaţi fie cald, fie rece în funcţie de ceea ce vă face să vă simţiţi mai bine.



Entorsa

Semne şi simptome

- Umflarea rapidă, uneori însoţită de modificarea culorii pielii
- Alterarea funcţiei unei articulaţii sau o senzaţie de instabilitate
- Durere şi sensibilitate în zona afectată
- Un sunet ca o pocnitură
- Dificultate în utilizarea articulaţiei

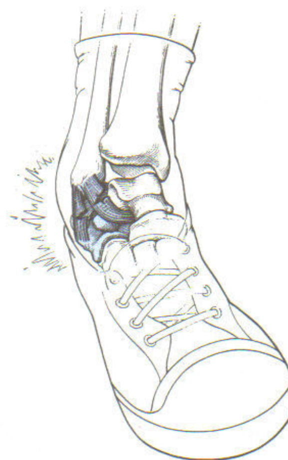
O gamă largă de leziuni este inclusă în categoria entorselor, dar o entorsă adevărată implică afectarea ligamentelor, benzile rezistente de ţesut conjunctiv care leagă un os de altul în articulaţie. Entorsele apar cel mai frecvent la nivelul gleznei şi al genunchilor.

O entorsă apare când un traumatism, cum ar fi o cădere, împiedicare, coliziune, produce mişcarea articulaţiei dumneavoastră în afara gradului ei normal de libertate şi un ligament se întinde sau se rupe.

Diagnostic

Puteţi să vă scrântiţi orice articulaţie. O articulaţie scrântită poate fi capabilă să funcţioneze sau poate fi instabilă. Mişcarea sau exercitarea presiunii asupra ligamentului este dureroasă.

Dacă articulaţia nu funcţionează, leziunea poate cuprinde de asemenea o fractură sau o luxaţie. Dacă suspicionaţi o fractură sau o leziune gravă a unui ligament din articulaţie – sau dacă durerea şi



O entorsă a gleznei apare când ligamentele care vă susţin glezna se întind sau se rup. Ligamentul talofibular anterior (vezi zona marcată) este unul din cele mai frecvent lezate.

PRICE

Dacă suferiţi o leziune minoră a ţesuturilor moi, amintiţi-vă aceste cuvinte – protecţie, repaus, gheaţă (ice), compresie, ridicare (elevation) – şi acronimul lor, *PRICE*.

PRICE este un tratament propriu care va poate ajută la recuperarea mai rapidă.

Urmaţi aceşti paşi:

Protecţie

Imobilizaţi zona afectată pentru a produce vindecarea şi protejaţi-o de accidente suplimentare. Utilizaţi pansamente elastice, benzi, atele, cârje sau baston dacă este nevoie.

Repaus

Evitaţi activităţile care produc durere sau umflare. Repausul este esenţial pentru începerea vindecării ţesuturilor din zona afectată, dar încercaţi să mişcaţi părţile neafectate pentru a preveni pierderea semnificativă a condiţiei.

Gheaţă (Ice)

Pentru a scădea durerea, umflătura sau spasmul muscular, aplicaţi imediat gheaţă pe zona afectată. Sunt utile pungile cu gheaţă, băile de nămol şi masajul cu gheaţă pe zone mici. Reaplicaţi periodic gheaţa până când umflătura cedează.

Compresie

Umflătura poate duce la pierderea mobilităţii în articulaţia afectată. Pentru a controla umflătura, comprimaţi zona afectată cu benzi sau bandaje elastice până când acest proces se opreşte.

Ridicarea (Elevation)

Ridicaţi braţul sau piciorul umflat deasupra nivelului inimii pentru a reduce edemul. Acest lucru este important în special noaptea.



dificultatea în mişcarea articulaţiei nu cedează în 2 sau 3 zile – solicitaţi îngrijire medicală. Medicul dumneavoastră poate solicita o radiografie pentru cercetarea unei fracturi.

Cât de gravă este entorsa?

În general, cu cât durerea este mai puternică, cu atât leziunea este mai severă. Entorsele au diverse grade de gravitate, de la minore la severe.

- *Entorsa uşoară*. O entorsă uşoară apare când fibrele ligamentelor se supraîntind sau se rup uşor. Puteţi simţi durere uşoară sau considerabilă şi sensibilitate când atingeţi sau mişcaţi articulaţia. Nu există umflătură sau aceasta este mică. De obicei, articulaţia susţine greutatea iar radiografia este normală. Entorsele minore repetate pot duce la slăbirea articulaţiei. În majoritatea cazurilor, o articulaţie cu o entorsă uşoară va fi capabilă să susţină greutatea în circa 24 de ore şi va fi complet vindecată în aproximativ 2 săptămâni.
- *Entorsa moderată*. Când fibrele ligamentului se rup, dar fără să ducă la ruptură completă, aveţi o entorsă moderată. Durerea şi sensibilitatea sunt moderate, dar puteţi să evitaţi folosirea articulaţiei lezate datorită unui sentiment de instabilitate. Puteţi prezenta un grad de umflare şi colorarea în albastru-negru a zonei.
- *Entorsa severă*. Dacă unul sau mai multe ligamente se rup complet, aveţi o entorsă severă. Zona este dureroasă, umflată şi colorată albastru-negru. Nu vă puteţi mişca normal articulaţia sau aceasta este în tensiune. Dacă încercaţi să o folosiţi, articulaţia este instabilă.

Tratament

În cazul unei entorse simple, aplicaţi gheaţă în primele 24 de ore după accident pentru a opri umflarea. Susţineţi articulaţia cu ajutorul unui înveliş cum ar fi un bandaj elastic şi puneţi-o în repaus într-o poziţie ridicată.

Reîncepeţi cu grijă activitatea normală, testând articulaţia accidentată în mod gradat după trecerea uneia sau a mai multor zile.

Tratament medicamentos

Puteţi utiliza acetaminofen (Tylenol etc.) pentru durere sau un antiinflamator nesteroidian (AINS) cum ar fi ibuprofenul (Advil, Motrin etc.) pentru ameliorarea durerii însoţite de tumefiere. Fiţi atent, totuşi, că utilizarea aspirinei şi a multor AINS poate creşte sângerarea deoarece acestea afectează funcţia plachetelor.

Tratament chirurgical

Dacă entorsa dumneavoastră este suficient de gravă încât articulaţia este instabilă, puteţi avea nevoie de o operaţie pentru a repara ligamentele rupte şi detaşate de os. Medicul dumneavoastră poate alege, de asemenea, să imobilizeze zona articulaţiei cu entorsă într-un aparat gipsat sau în atele. Urmaţi cu încredere sfaturile medicului pentru recuperare. Aceasta poate implica un program de terapie fizică şi un program de exerciţii de întărire a musculaturii din vecinătatea articulaţiei cu entorsă.

Profilaxie

Prinderea, învelirea sau întărirea genunchilor, gleznelor, încheieturii mâinii sau coatelor nu s-au dovedit eficiente în prevenirea entorselor, dar aceste mijloace trebuie utilizate în procesul de recuperare. Exerciţiile fizice, mai ales cele de stabilitate, sunt capitale pentru creşterea forţei muşchilor slăbiţi de accidentări repetate şi pentru stabilizarea unei articulaţii, ajutând la prevenirea accidentărilor recurente.

Întinderea muşchilor extensori ai gambei

Semne şi simptome

- Durere la nivelul părţii anterioare a piciorului, deasupra gleznei şi sub genunchi
- Uneori umflarea regiunii

Durerea la nivelul feţei anterioare şi interioare a tibiei, osul gros de la nivelul gambei, poate fi rezultatul întinderii musculaturii extensoare a gambei. Întinderea musculaturii feţei anterioare a gambei apare atunci când fibrele din membrana care leagă muşchii de faţa anterioară şi de părţile laterale ale tibiei sunt iritate şi inflamate, producând

Durerea de gât

Gâtul dumneavoastră suportă o greutate echivalentă cu cea a unei bile de bowling an după an. Nu este de mirare că uneori devine rigid sau dureros.

Când muşchii gâtului dumneavoastră devin rigizi, iar mişcarea dureroasă, aceştia se tensionează automat pentru a preveni mişcările suplimentare. Tensionarea muşchilor gâtului poate produce spasm dureros, întinderea ligamentelor şi durere cu iradiere.

Uneori, încordarea musculaturii gâtului poate produce iritaţia sau influenţarea nervilor scalpului care sunt în raporturi strânse cu muşchii. Aceasta poate produce durere care iradiază în ceafă, în spatele urechii şi în partea laterală a scalpului, o stare numită nevralgie occipitală. Pentru a preveni exacerbarea durerii de gât, încercaţi următoarele metode:

Tratament medicamentos

Acetaminofenul (Tylenol etc.) sau un antiinflamator nesteroidian (AINS) cum ar fi aspirina, ibuprofenul (Advil, Motrin etc.) sau naproxenul (Aleve, Anaprox etc.) pot asigura temporar ameliorarea durerii.

Repausul

Staţi întins pe parcursul zilei pentru a relaxa contractura gâtului. Evitaţi însă lipsa prelungită de activitate. Poate agrava rigiditatea.

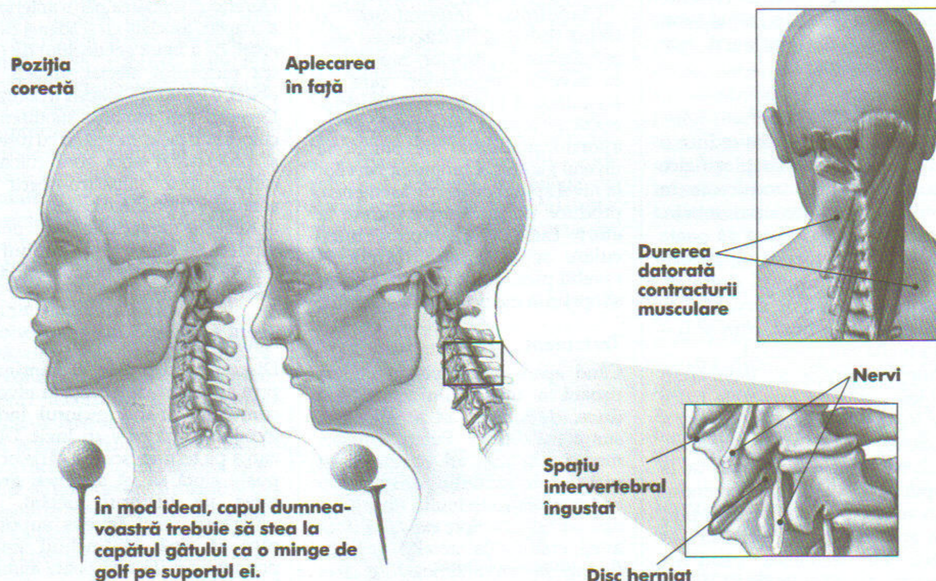
Aplicaţii reci şi calde

Un pansament rece estompează adeseori durerea pentru o zi sau două. Aplicaţi un pansament rece pe partea posterioară a gâtului de câteva ori pe zi, câte 20 de minute sau mai puţin. După aceea, faceţi aplicaţii, fie calde, fie reci pentru a diminua disconfortul. Nu utilizaţi pansamente calde sau reci dacă aveţi probleme grave de inimă sau circulatorii.

Exerciţii fizice

Anumite exerciţii vă pot ajuta să vă menţineţi poziţia corecta şi să reducă durerea de gât şi rigiditatea. Exerciţiile pot, de asemenea, să vă îmbunătăţească condiţia fizică generală, ajutând la prevenirea recurenţei durerii de gât. Încercaţi următoarele exerciţii:

- *Strângerea umerilor*. Strângeţi din umeri până când omoplaţii dumneavoastră se apropie şi ţineţi-i aşa circa 3 secunde. Repetaţi atât timp cât vă simţiţi confortabil.
- *Ridicarea umerilor*. Ridicaţi încet umerii strânşi spre gât, ţineţi aşa 5 - 10 secunde, apoi relaxaţi-vă încet până la poziţia iniţială.
- *Vâslitul în poziţia şezând*. Staţi pe podea, pe scaun sau pe o bancă şi trageţi braţele înainte şi înapoi cu mişcări de vâslire.
- *Zborul*. Ridicaţi greutaţi uşoare (500 g – 1 kg), aplecat în faţă la nivelul şoldurilor, ţinând spatele drept şi lasaţi braţele să atârne. Ridicaţi şi coboraţi uşor greutăţile ca şi cum aţi zbura. Dacă nu puteţi să ţineţi spatele drept, întindeţi-vă cu burta pe o masa sau pe o bancă.



Durerea de gât poate fi produsă de factori variaţi, incluzând poziţia incorectă, contractura musculară, îngustarea spaţiului intervertebral, hernia de disc, compresia nervilor.

durere şi uneori tumefiere. Deseori, întinderea musculaturii extensoare a gambei apare atunci când solicitaţi şi întindeţi excesiv porţiunea interioară a tibiei, dar solicitarea nu este suficient de mare pentru a produce o fractură. Medicii numesc această afecţiune sindromul de solicitare a porţiunii mediale a tibiei.

Întinderea musculaturii feţei anterioare a gambei apare de obicei după zdruncinarea repetată pe suprafeţe tari în timpul unor activităţi ca alergatul, mersul pe distanţe lungi sau jocul de baschet, fotbal sau tenis.

Diagnostic

În afară de examinarea piciorului, medicul dumneavoastră poate recomanda şi efectuarea unei radiografii pentru a căuta o linie de ruptură la nivelul tibiei, a unei rezonanţe magnetice nucleare (RMN) sau a unei tomografii osoase pentru a exclude o fractură prin solicitare.

Tratament

Ca şi în cazul altor leziuni musculoscheletice minore, întinderea musculaturii feţei anterioare a gambei se tratează cu repaus şi cu gheaţă. Acetaminofenul (Tylenol etc.) sau un antiinflamator eliberat fără reţetă din farmacii pot diminua durerea.

Alte tipuri de tratament

În unele cazuri se poate reduce o parte din şocul activităţilor fizice solicitante prin introducerea în pantofi a unui material moale. Medicul dumneavoastră vă poate recomanda un dispozitiv special (talonetă) dacă piciorul dumneavoastră are o anume structură ce predispune la leziuni, cum ar fi o boltă înaltă sau platfusul.

Puteţi fi capabil să îndepărtaţi problema evitând exerciţiile fizice care implică o solicitare intensă a picioarelor, cum ar fi alergatul, baschetul, pentru o perioadă de la 2 săptămâni la 2 luni şi înlocuindu-le cu activităţi cu impact mai mic, cum ar fi mersul pe bicicletă sau înotul. De asemenea, când vă antrenaţi, faceţi-o gradat şi diversificat, alternând exerciţiile uşoare cu cele solicitante. Evitaţi creşterea timpului de antrenament sau a distanţei obişnuite prea repede.

Crampele musculare

Semne şi simptome

- Durere musculară bruscă şi ascuţită, de obicei la nivelul picioarelor
- Proeminenţa ţesutului muscular vizibilă sub piele

O crampă, uneori numită charley horse (în engleză), este de fapt un spasm în care se contractă un muşchi, producând o durere bruscă şi intensă. O varietate comună de crampe musculare apare în timpul somnului la nivelul muşchilor pulpei. Crampele musculare pot apărea în cazul suprasolicitării unui muşchi, deshidratării, accidentărilor, întinderii musculare sau chiar în cazul păstrării unei poziţii fixe o perioadă mai lungă. Atleţii care devin obosiţi şi deshidrataţi în cazul participării la concursuri pe vreme caldă fac frecvent crampe musculare.

Cât de gravă este crampa musculară?

Aproape oricine are la un moment dat o crampă musculară. Pentru majoritatea oamenilor, crampele sunt doar evenimente ocazionale neplăcute. Pentru unii, însă, crampele musculare, apărute mai ales noaptea, sunt recurente şi severe. Dacă aveţi crampe frecvente şi severe care vă modifică somnul, consultaţi un medic.

Claudicaţia intermitentă, o formă distinctă de disconfort asemănătoare crampelor musculare la nivelul picioarelor, care se accentuează la efort şi se ameliorează în repaus, este produsă de aportul inadecvat de sânge la nivelul gambei. Compresia nervilor la nivel spinal poate, de asemenea, produce un alt tip de durere la efort. Dacă aveţi crampe musculare repetate sau durere la nivelul picioarelor la efort, trebuie să apelaţi la medicul dumneavoastră.

Tratament

Când apare o crampă, întinderea uşoară a muşchiului contractat duce, de obicei, la ameliorarea simptomatologiei. Puteţi, de asemenea, să încercaţi compresia şi masajul muşchiului afectat sau contractarea muşchiului opus celui care are crampe. Spre exemplu, dacă aveţi crampe la nivelul gambei, flectaţi partea anterioară a labei piciorului în sus, spre genunchi, şi ţineţi-o aşa până la apariţia ameliorării.

Ameliorarea simptomelor poate apărea şi prin imersia în apă caldă sau aplicarea unui material încălzit. Pansamentele reci pot, de asemenea, să reducă spasmul musculaturii sau să relaxeze un muşchi tensionat.

În cazul în care crampele recurente vă afectează somnul, medicul dumneavoastră vă poate prescrie medicamente care să relaxeze musculatura şi să vă ajute să dormiţi.

Profilaxie

Pentru a reduce riscul apariţiei crampelor musculare trebuie să beţi suficientă apa pentru a evita deshidratarea, să vă încălziţi înainte de antrenament, să vă relaxaţi după aceea şi să nu suprasolicitaţi musculatura. Dacă aveţi crampe nocturne, întindeţi-vă picioarele înainte de a merge la culcare.

Contuzia coapsei

Semne şi simptome

- Durere bruscă şi sensibilitate a muşchilor feţei anterioare a coapsei după o lovitură la acest nivel
- Senzaţie de disconfort agravată de mişcare

Contactul fizic vă poate produce o contuzie a musculaturii de pe faţa anterioară a coapsei, muşchi care vă permit efectuarea extensiei piciorului din genunchi (cvadriceps).

Diagnostic

Durerea şi umflarea părţii anterioare a coapsei, asociată cu scăderea capacităţii de a îndoi genunchiul de partea piciorului afectat, indică, de obicei, o lovitură a coapsei (contuzie). Deseori, veţi remarca modificarea culorii sub piele, începând cu roşeaţă şi progresând apoi spre culoarea caracteristică albastru-negru a contuziei după câteva zile.

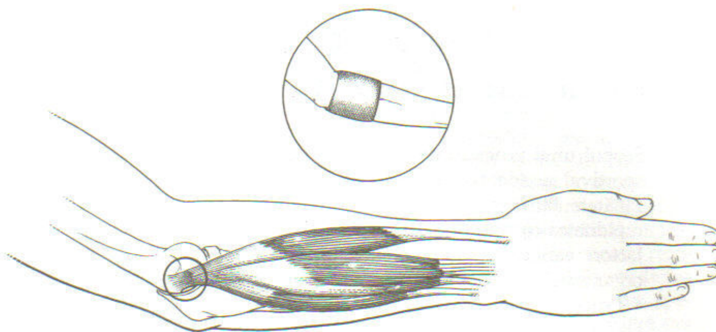
Această afecţiune se poate vindeca în săptămâni sau luni de zile. O radiografie poate exclude o fractură osoasă.

Tratament

Disconfortul poate fi diminuat prin aplicarea de gheaţă la nivelul contuziei, ţinând piciorul îndoit imediat după ce v-aţi lovit. Utilizarea pe termen scurt a cârjelor vă poate ajută să vă susţineti greutatea pe piciorul afectat, iar utilizarea unui înveliş suportiv care să ţină genunchiul într-o poziţie uşor flectată poate ajuta la limitarea extensiei leziunii şi la recuperare rapidă. Ciorapii de susţinere sau bandajele pot oferi şi o oarecare protecţie atunci când reîncepeţi activitatea normală.



Pentru a ajuta la ameliorarea durerii, puneți apă la înghețat într-un recipient, desfaceți apoi capacul și frecați cu gheață zona afectată.



Cotul tenismenului produce durere la nivelul feței externe a antebrațului în apropierea cotului dumneavoastră atunci când solicitați articulația. Rupturi fine ale țesutului din structura tendonului produc disconfort (vezi cercul mic). În unele cazuri puteți obține diminuarea simptomelor purtând o bandă de susținere la nivelul antebrațului (vezi insertul) chiar sub cot.

Cotul tenismenului

Semne și simptome

- Durere recurentă la nivelul feței externe a părții superioare a antebrațului, sub proeminența cotului
- Uneori, durere care se extinde în jos pe antebraț până aproape de încheietura mâinii

Cotul tenismenului nu este o denumire corectă deoarece nu trebuie să jucați tenis pentru a avea afecțiunea. Atât cotul tenismenului cât și o afecțiune asemănătoare numită cotul celor din Liga Mică sunt dureri care apar de regulă după rupturi repetate, ușoare, ale tendoanelor care leagă mușchii antebrațului de cot.

Rupturile pot apărea într-o largă varietate de activități care implică o mișcare repetată de rotație a antebrațului și mișcare repetată din încheietura mâinii. Cotul tenismenului poate fi precipitat de lovirea cu reverul în tenis, de mișcările de zugrăvire a casei sau de mișcarea de răsucire a unei șurubelnițe.

Cotul celor din Liga Mică afectează, de obicei, partea interioară a cotului la băieți și este datorat deseori încordării la aruncarea mingii de baseball.

La adulți, tendinita părții interioare a cotului se numește cotul jucătorului de golf, deoarece mișcarea de oscilație de la golf, asociată în special cu o tehnică inadecvată, poate duce la afectarea acestor tendoane.

Diagnostic

Medicul poate solicita o radiografie a zonei dureroase pentru a exclude alte cauze posibile ale simptomelor.

Cât de grav este cotul tenismenului?

În majoritatea cazurilor, disconfortul dat de cotul tenismenului se ameliorează în 6 – 12 săptămâni. Băieții cu cotul celor din Liga Mică nu trebuie să-și utilizeze brațul în modurile care ar putea produce durere, deoarece se poate ajunge la afectarea creșterii platoului articular.

Tratament

Aplicați gheață la nivelul cotului afectat. Un mijloc de a face aceasta este de a îngheța apa într-un recipient, apoi aruncați capacul, lăsând gheața la vedere, și frecați cu gheața zona afectată.

Alte mijloace sunt masajul zonei, întinderea mușchilor antebrațului și o pauză în activitățile care provoacă leziunea. În funcție de severitatea leziunii, medicul dumneavoastră vă poate recomanda un fizioterapeut.



Pentru a întinde mușchii articulației pumnului, faceți mișcări de coborâre și de ridicare cu o greutate mică.

Exerciții fizice

Exercițiile fizice pot întări musculatura încheieturii mâinii grăbind procesul de vindecare și prevenind recurența. O data ce durerea diminuă, puteți face exerciții de întărire a musculaturii cu ajutorul unor greutați ușoare de mână. Ridicați și coborâți încet pumnul ținând greutatea în mână, cu cotul îndoit și cu palma în jos.

Tratament medicamentos

Durerea dată de cotul tenismenului poate fi redusă prin administrarea de acetaminofen (Tylenol etc.) sau un antiinflamator nesteroidian (AINS) luat fără rețetă. În anumite cazuri, medicul dumneavoastră vă poate injecta un corticosteroid în zona dureroasă pentru a ajuta la reducerea umflăturii.

Profilaxie

Pentru a evita episoadele recurente ale cotului tenismenului, acordați o atenție specială tehnicii dumneavoastră atunci când efectuați anumite activități ce vă pot provoca accidentarea. Poziția stabilă a încheieturii mâinii în sport și în alte activități este esențială.

Degetul jucătorului de baseball

Semne și simptome

- Umflarea și durere la nivelul ultimei articulații a degetului
- Incapacitatea de îndreptare a degetului

Recuperarea după un accident sportiv

Scopul unui program de recuperare sportivă este de a-l readuce pe sportivul accidentat la activitatea sa fizică normală, la o stare de sănătate bună şi la funcţionare completă. Modul de abordare şi rapiditatea cu care vă recuperaţi după accidentare sunt influenţate de factori variaţi, incluzând vârsta, nivelul activităţii fizice, structura organismului şi programul de antrenament din momentul accidentării.

Procesul de recuperare are în general 4 stadii. Dacă săriţi unul din ele, puteţi risca o reaccidentare sau prelungirea perioadei de recuperare.

Stadiul 1

Stadiul 1 presupune controlul inflamaţiei şi durerii acute din momentul accidentării, de obicei utilizând metodele PRICE - protecţie, repaus, gheaţă (ice), compresie şi ridicare (elevation).

Stadiul 2

Stadiul 2 implică restabilirea gradului total de mişcare al articulaţiei accidentate. Fizioterapeutul vă poate recomanda efectuarea de exerciţii fie singur, fie cu un asistent, în care să mişcaţi extremitatea din articulaţia accidentată. Urmează apoi exerciţii de creştere a forţei musculare – de obicei începând cu cele izometrice, în care vă contractaţi şi vă relaxaţi muşchii fără a mişca extremitatea. Acestea vor fi urmate de exerciţii în care învingeţi o rezistenţă uşoară.

Atunci când recăpătaţi o forţă semnificativă şi gradul normal de mişcare al articulaţiei, pot fi adăugate exerciţii suplimentare, incluzând unele care stimulează agilitatea şi stabilitatea. Veţi începe, de asemenea, un program pentru creşterea rezistenţei cardiovasculare, care implică probabil mersul pe bicicletă pe distanţe lungi, înotul sau alergatul pentru a preveni pierderea condiţiei fizice.

Stadiul 3

În stadiul 3 veţi reîncepe tipurile de mişcare specifice sportului practicat de dumneavoastră. De exemplu, un aruncător de baseball care se recuperează după o operaţie la braţ trebuie să se rezume la aruncarea mingii.

Stadiul 4

Atunci când vă veţi recăpăta nivelul condiţiei fizice dinaintea accidentării şi vă veţi putea desfăşura activitatea normală, medicul dumneavoastră sau fizioterapeutul vă pot recomanda un program ce vă va permite menţinerea şi îmbunătăţirea flexibilităţii, a forţei musculare şi a rezistenţei.



Degetul jucătorului de baseball, numit de asemenea şi deget în ciocan, apare atunci când tendoanele care leagă muşchii de capătul degetului dumneavoastră sunt separaţi forţat de os. Aceasta apare de regulă atunci când o minge de baseball aruncată sau lovită cu bâta loveşte vârful degetului.

Diagnostic

Tipic, această accidentare este rezultatul unui traumatism al degetului, de aceea medicul dumneavoastră va cere o radiografie a zonei afectate pentru a exclude o fractură.

Cât de grav este degetul jucătorului de baseball?

Puteţi fi capabil să utilizaţi degetul lezat în primele 8 săptămâni, dacă sunteţi tratat corespunzător. Cu toate acestea, degetul dumneavoastră poate rămâne deformat pentru totdeauna.

Tratament

În general, tratamentul implică imobilizarea degetului şi administrarea de medicamente pentru controlul durerii. Intervenţia chirurgicală esta necesară doar dacă este fracturat un os.

Medicul dumneavoastră vă va pune probabil în atelă ultima articulaţie într-o poziţie în extensie timp de circa 6 săptămâni pentru imobilizarea degetului afectat, permiţând astfel tendonului să se vindece singur. După scoaterea atelei, încercaţi treptat să aduceţi degetul în poziţia sa normală. Medicul vă poate recomanda efectuarea de exerciţii cu grad de mişcare moderat.

Genunchiul alergătorului sau săritorului

Semne şi simptome

- Durere pe faţa anterioară a genunchiului
- Durere cu presiune la nivelul tendonului situat imediat sub rotulă (patela)
- Tumefiere

Mulţi atleţi prezintă durere la nivelul feţei anterioare a genunchiului, cunoscută ca tendinită patelară – numită frecvent genunchiul alergătorului sau genunchiul săritorului.

Inflamaţia tendoanelor (tendinita) genunchiului produce durere, care poate apărea în unul sau în ambii genunchi. Inflamaţia genunchiului este mai degrabă rezultatul

suprasolicitării sau utilizării defectuoase decât a unui singur traumatism. Durerea nu este de obicei constantă, dar apare când săriţi, alergaţi, staţi ghemuit sau urcaţi scări.

Diagnostic

Medicul pune diagnosticul pe baza examenului fizic şi a gradului de disconfort.

Cât de grav este genunchiul alergătorului?

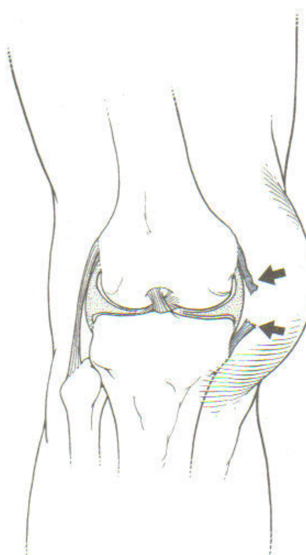
Durerea dată de tendinita patelară dispare de obicei în câteva săptămâni după repaus şi tratament corespunzător. Totuşi, dacă nu rezolvaţi cauza problemei, aceasta poate reapărea.

Tratament

Aplicaţi gheaţă pe genunchiul dureros şi evitaţi activităţile care produc disconfort. Evitaţi săritul, urcatul repetat al scărilor şi alergatul până când simptomele diminuă. Durerea poate fi redusă prin administrarea de acetaminofen (Tylenol etc.) şi medicamente antiinflamatoare.

Profilaxie

Cele mai frecvente cazuri ale durerii anterioare de genunchi sunt suprasolicitarea şi antrenamentul necorespunzător. Puteţi preveni recurenţele prin reconsiderarea programului dumneavoastră de exerciţii împreună cu un expert în medicină sportivă. Poate fi necesară schimbarea programului dumneavoastră de exerciţii.



Ruperea unui ligament (vezi săgeţile) este o formă frecventă de accidentare a genunchiului. Genunchiul se umflă şi articulaţia devine instabilă.

Unii îşi schimbă activitatea de la alergat la înot sau mers pe bicicletă, aceasta solicitându-le mai puţin genunchii. Utilizarea dispozitivelor ortopedice vă poate ajuta la corectarea platfusului sau a altor probleme în alinierea piciorului. Dacă problemele anatomice de aliniere a piciorului sunt cauza simptomelor dumneavoastră, medicul vă poate recomanda un specialist în medicină fizică şi recuperatorie, un specialist în problemele piciorului sau un fizioterapeut.

Susţinerea rotulei într-un bandaj lejer poate fi, de asemenea, de ajutor. Un înveliş peste tendonul patelei poate ajuta la scăderea tensiunii. Alte metode importante sunt întinderea şi creşterea forţei cvadricepsului, muşchiul de pe faţa anterioară a coapsei.

Traumatismele genunchiului

Semne şi simptome

- Durere şi umflare la nivelul genunchiului
- Instabilitatea genunchiului
- O pocnitură, o senzaţie de pocnire sau de blocare a genunchiului

Există 3 factori cheie care pot face articulaţia genunchiului susceptibilă la accidentări. În primul rând,

Dispozitive pentru fixarea genunchiului

Dacă aveţi genunchiul umflat sau instabil, medicul vă poate recomanda să purtaţi un sistem de fixare a genunchiului, mai ales dacă participaţi la activităţi care vă solicită articulaţia.

Un tip de suport disponibil în magazinele tehnico-medicale este o manşetă de neopren sau elastică ce se trage peste genunchi. Aveţi totuşi grijă deoarece acest înveliş pare a oferi o susţinere mai mare decât o face în realitate. Genunchiul se poate simţi mai bine dacă fixatorul este încălzit şi compresiv, dar aceasta nu înseamnă neapărat că vă protejează de accidentare. Unele dispozitive - mai ales cele concepute pentru susţinerea medială şi laterală – pot chiar să crească riscul de accidentare. Este bine să le evitaţi pe acestea, chiar dacă scad disconfortul.

Dacă vă rupeţi ligamentul încrucişat anterior (LIA) – cea mai frecventă formă de leziune a ligamentelor genunchiului – şi nu alegeţi o refacere chirurgicală, medicul vă poate recomanda purtarea unui fixator funcţional care vă ajută la stabilizarea genunchiului pe parcursul anumitor activităţi. Un fixator de genunchi nu poate suplini un LIA complet funcţional, dar vă poate ţine genunchiul perfect aliniat pe parcursul unor activităţi, cum ar fi schiul, tenisul sau mersul în excursii. Aceste fixatoare sunt de obicei făcute la comandă sau croite, astfel încât pot fi scumpe. În funcţie de situaţia dumneavoastră, asigurările pot să acopere sau nu costurile. Verificaţi-vă asigurarea.

Factorii pe care îi ia în considerare un medic pentru a decide dacă aveţi nevoie de un fixator includ vârsta, modul de viaţă şi tipul accidentării. Cu ajutorul unui fixator, majoritatea oamenilor poate continua să participe la activităţile favorite, ce nu implică săritul, întoarcerea rapidă şi pivotarea. Cei care poartă fixatoare de genunchi prezintă puţine episoade de instabilitate sau de cedare a acestuia. Genunchiul dumneavoastră poate fi însă în continuare instabil pe parcursul anumitor tipuri de activităţi, chiar purtând un fixator. Repetarea episoadelor de instabilitate poate distruge în continuare genunchiul.

Cel mai bun mijloc de a vă proteja genunchii împotriva continuării lezării acestuia este de a întări musculatura coapselor – tendonul de pe faţa posterioară a genunchiului şi cvadricepsul – deoarece aceşti muşchi puternici vă susţin genunchiul.

localizarea sa o expune la traumatisme. În al doilea rând, o utilizaţi în mod constant. În al treilea rând, structura genunchiului dumneavoastră este complexă. Gradul de mişcare a genunchiului este unic între articulaţiile corpului, fiind mai mult decât o balama. Articulaţia genunchiului trebuie să alunece, să gliseze, să se rotească, la fel de bine cum se îndoaie.

Traumatismele genunchiului au o varietate de cauze. Leziunile acute ale genunchiului apar deseori datorită sportului. Uzura şi ruptura în timp pot produce probleme cronice la nivelul genunchiului, cum ar fi artroza. Traumatismele genunchiului pot apărea, de asemenea, după un accident sau după un simplu pas greşit care produc o extensie a articulaţiei peste gradul sau normal de mobilitate.

Diagnostic

Dacă suferiţi o leziune a genunchiului, medicul dumneavoastră vă va examina probabil articulaţia într-o diversitate de poziţii, pentru a aprecia structura ei internă şi stricăciunile apărute.

Radiografia clasică este una din metodele de evaluare a leziunii genunchiului. Rezonanţa magnetică nucleară (RMN) oferă imagini mult mai detaliate ale structurilor genunchiului, incluzând ţesuturile moi.

Un alt mijloc diagnostic este artroscopia, un procedeu prin care medicul vă examinează interiorul articulaţiei genunchiului prin inserarea unui tub mic, conţinând o cameră cu fibră optică, printr-o incizie mică la nivelul genunchiului.

Cât de grav este traumatismul genunchiului?

Severitatea leziunii genunchiului depinde de tipul de distrucţie suferită de articulaţie.

Majoritatea leziunilor genunchiului sunt incluse într-una din următoarele 3 categorii: rupturile de menisc, ruptura de ligament sau ruptura de bucăţi mici din componentele articulaţiei. Fiecare dintre aceste tipuri de leziuni poate produce durere şi umflarea articulaţiei genunchiului.

Rupturile de menisc

Meniscul este un cartilaj al genunchiului în formă de semilună, situat între capetele oaselor

Alte cauze ale durerii de genunchi

Genunchiul dumneavoastră este o articulaţie complexă, vulnerabilă şi există mulţi factori care pot produce durere la acest nivel. Cele mai frecvente cauze ale durerii de genunchi sunt accidentările, solicitarea constantă a genunchilor prin greutate excesivă şi uzura generală. Artroza afectează frecvent genunchiul, cartilajul articular deteriorându-se treptat.

O altă cauză a durerii de genunchi este condromalacia, o înmuiere şi pierdere a cartilajului neted care acoperă partea posterioară a rotulei. Aceasta situaţie poate fi agravată de proasta aliniere a axelor, o condiţie în care rotula alunecă peste oasele piciorului când îndoiţi sau întindeţi genunchiul. Condromalacia produce durere atunci când vă mişcaţi genunchiul, mai ales când urcaţi şi coborâţi scările.

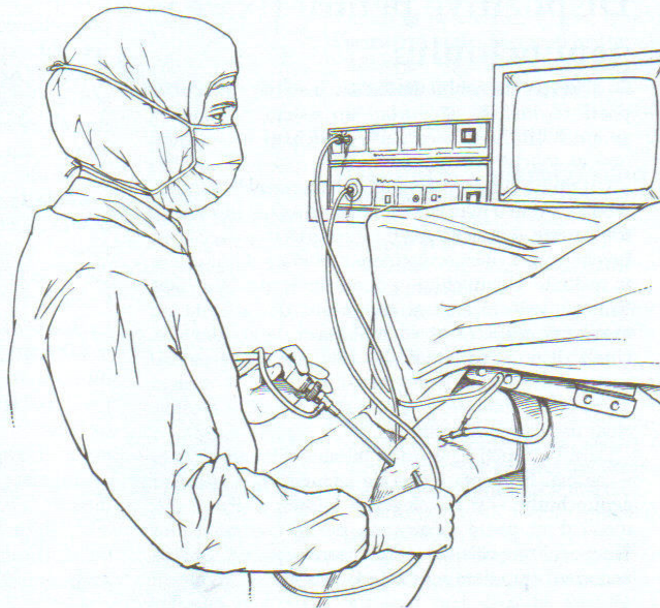
Atunci când pelicula de lichid care lubrefiază articulaţia genunchiului (sinovium) se inflamează, se poate forma un chist în spatele genunchiului. Acesta este un chist popliteal, numit de asemenea şi chist Baker (vezi pag. 1001).

Artroscopia

Înaintea apariţiei artroscopului, în anul 1972, leziunile genunchiului şi ale altor articulaţii necesitau adesea intervenţie chirurgicală tradiţională, prin intermediul unei incizii lungi. Acest tip de intervenţie chirurgicală implică adesea spitalizare prelungită şi o lungă şi dureroasă perioadă de recuperare. Cu toate că unele afecţiuni articulare necesită încă incizii de deschidere şi reconstrucţie a articulaţiei, medicii pot corecta astăzi majoritatea leziunilor cu ajutorul artroscopului.

Termenul de artroscop vine de la *arthro* (articulaţie) şi *scope* (a vedea). Dispozitivul constă într-un tub subţire, un sistem optic cu lentile de mărire şi o sursă de lumină din fibră optică.

Înainte de examinare veţi primi un anestezic local sau general. Chirurgul va face apoi o incizie mică în articulaţia afectată pentru a insera artroscopul. Se



Umflarea genunchiului

Ocazional, genunchiul se poate umfla din motive neclare. Procesul de umflare este uneori asociat cu durere atunci când vă mişcaţi genunchiul, acesta putând fi sensibil, roşu sau inflamat. Umflarea genunchiului poate să nu fie însă însoţită de durere, sensibilitate la palpare sau inflamaţie. Indiferent de acestea, când vi se umflă genunchiul trebuie să mergeţi la doctor pentru a găsi cauza afecţiunii.

Trebuie să vă adresaţi imediat medicului dacă genunchiul este inflamat, dacă aveţi febră şi dacă vă doare când îl mişcaţi. Aceste semne şi simptome pot indica o infecţie în articulaţie. Uneori, umflarea genunchiului, sensibilitatea la palpare şi durerea, pot fi semnele iniţiale de manifestare a gutei. Dacă vă doare în majoritatea timpului sau după anumite mişcări, se poate să aveţi leziuni ale cartilajelor sau ligamentelor care vă susţin genunchiul.

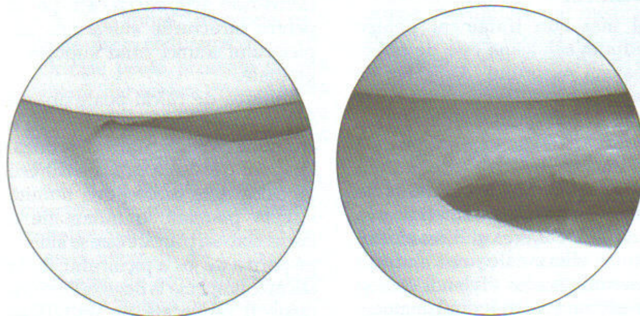
Uneori, umflarea izolată a genunchiului poate fi simptomul iniţial al unei suferinţe fizice, cum ar fi boala inflamatorie intestinală sau o boală sistemică, de exemplu poliartrita reumatoidă.

pot face, la nevoie, şi alte incizii pentru a introduce instrumentele chirurgicale. Deseori, inciziile sunt atât de mici încât nu sunt necesare cusături.

Înainte de introducerea artroscopului se poate injecta în articulaţie un lichid steril pentru mărirea dimensiunilor acesteia, crescând astfel vizibilitatea.

O dată ce artroscopul este în poziţie, chirurgul poate vedea interiorul articulaţiei dumneavoastră pe un monitor. Se pot introduce instrumente mici în articulaţie pentru a îndepărta fragmentele flotante de cartilaj sau os, pentru a repara meniscul sau pentru a reconstrui ligamentele.

Recuperarea după o procedură artroscopică necesită în general mult mai puţin timp pentru recuperare decât în cazul chirurgiei tradiţionale. Mulţi pacienţi merg acasă în aceeaşi zi. Fiţi atent să nu supuneţi articulaţia la activităţi fizice solicitante câteva săptămâni după intervenţia chirurgicală. Mulţi pacienţi pot totuşi să efectueze majoritatea activităţilor normale în câteva zile.



Cu ajutorul artroscopului, chirurgul poate vedea în interiorul genunchiului sau al altei articulaţii, putând s-o examineze sau s-o repare fără intervenţie chirurgicală majoră. Deasupra sunt imagini artroscopice ale meniscului normal (stânga) şi ale rupturii parţiale de menisc (dreapta).

coapsei şi ale gambei. Anumite tipuri de leziuni prin impact sau răsucire pot produce rupturi ale meniscului, producând durere articulară. Uneori, auziţi o pocnitură în momentul leziunii.

Deseori, o ruptură de menisc vă poate produce leşin datorită durerii acute, severe, de genunchi. În unele cazuri, veţi fi capabil să vă ridicaţi şi chiar să vă reluaţi activitatea, dar cel mai frecvent ruptura va produce umflare şi durere persistentă. Durerea poate diminua într-o perioadă de săptămâni de zile, dar simptomele pot reapărea dacă efectuaţi activităţi care implică rotaţia sau pivotarea în articulaţia genunchiului.

Ruptura de ligament

Ligamentele sunt benzi dense de ţesut care înconjoară articulaţia şi oferă stabilitate. Ocazional, un ligament din genunchi se poate întinde şi rupe, producând imediat durere, sensibilitate la nivelul leziunii şi umflarea genunchiului.

Fragmente flotante de cartilaj sau de os

Anumite leziuni ale genunchiului implică ruperea de bucăţi de cartilaj sau de os din poziţia lor corectă, acestea plutind apoi în spaţiul articular. Efectul este similar cu ruperea unui creion în balamaua unei uşi. Chiar şi o bucată mică de cartilaj rupt poate rămâne în articulaţia genunchiului, blocând-o sau producând durere.

Tratament

Tratamentul leziunilor genunchiului depinde de tipul acestora. În cazul leziunilor de genunchi minore, tratamentul corect respectă principiile PRICE: protecţie, repaus, gheaţă (ice), compresie şi ridicare (elevation) (vezi pag. 958). Încetaţi să vă mai utilizaţi genunchiul după traumatism. Aplicaţi gheaţă şi faceţi compresie pentru a limita umflarea şi ţineţi piciorul ridicat pentru a ajuta la diminuarea durerii şi a umflăturii.

Dacă aţi suferit o deteriorare majoră a articulaţiei genunchiului, puteţi avea nevoie de chirurgie reconstructivă. Poate fi nevoie de tratarea unei dislocaţii sau a unei fracturi osoase. Poate fi nevoie de reataşarea unui ligament rupt. Deseori, leziunea poate fi reparată chirurgical cu ajutorul unei

proceduri endoscopice numită artroscopie, aceasta necesitând mai degrabă nişte incizii mici la nivelul genunchiului decât o incizie mare. Artroscopia produce mai puţine distrugeri tisulare decât chirurgia tradiţională, putând astfel duce la o recuperare mai rapidă.

Recuperare

După intervenţia chirurgicală medicul dumneavoastră vă poate pune la genunchi o atelă sau un înveliş cu rol de fixare pentru o perioadă scurtă de timp. O dată ce vi se permite să mişcaţi genunchiul, vi se va recomanda un program de exerciţii pentru restabilirea gradului de mişcare în articulaţie şi pentru întărirea acesteia. Puteţi fi trimis la un specialist în medicină fizică şi recuperatorie sau la un fizioterapeut care vă vor superviza recuperarea.

Afecţiunile piciorului

Picioarele dumneavoastră sunt structuri înalt specializate. Fiecare picior are 26 de oase legate între ele prin ligamente, muşchi şi tendoane. În timp ce mergeţi, muşchii dumneavoastră determină funcţionarea oaselor ca nişte pârghii, făcând posibilă mişcarea.

Atât timp cât picioarele vă duc acolo unde doriţi fără să vă doară, probabil că nici nu vă gândiţi prea mult la ele. Puteţi chiar să le trataţi greşit fără să vă daţi seama, înghesuindu-le în pantofi prea strâmţi, deseori cu tocuri înalte şi ascuţite. Totuşi, dacă sunteţi norocos şi purtaţi încălţăminte potrivită, confortabilă, picioarele vă vor produce puţine griji.

Atunci când vă dor picioarele, mersul poate fi dureros. Dacă aveţi probleme cu picioarele, puteţi cere sfatul medicului dumneavoastră, ortopedului sau unui specialist în problemele piciorului. Specialistul în problemele piciorului nu este medic, ci o persoană licenţiată în diagnosticul, prevenţia şi tratamentul afecţiunilor piciorului (în SUA).

Tendinita achileană

Semne şi simptome

- O tensiune surdă sau durere în tendonul lui Achile, mai ales când alergaţi sau săriţi
- Umflare uşoară sau sensibilitate la nivelul tendonului
- Durere severă şi incapacitate de mişcare a piciorului

Tendinita achileană este o inflamaţie a tendonului numit tendonul călcâiului sau tendonul lui Achile. Acesta leagă muşchii gambei de partea posterioara a osului călcâiului. Durerea şi inflamaţia se datorează unor rupturi fine la nivelul tendonului care apar în timpul unor exerciţii dificile. Leziuni mai severe apar când tendonul se rupe mai mult sau total.

Diagnostic

Medicul dumneavoastră vă va examina piciorul şi poate solicita o radiografie a zonei pentru a exclude alte cauze ale durerii.

Cât de gravă este tendinita achileană?

Tratamentul conservator, cum ar fi repausul, aplicarea de gheaţă şi poate modificarea programului dumneavoastră de exerciţii, ar trebui să permită tendonului să se refacă în timp în câteva săptămâni, exceptând cazul rupturii lui. Tendonul se poate rupe dacă nu faceţi tratament sau dacă apar în continuare rupturi mici datorate exerciţiilor fizice şi mişcărilor repetate. Ruptura tendonului este o leziune serioasă, care vă afectează capacitatea de mers şi necesită de obicei refacere chirurgicală.

Tratament

Cel mai bun tratament pentru tendinita achileană este de obicei repausul piciorului. Aplicarea de gheaţă la nivelul tendonului poate ameliora simptomatologia. Tensiunea din tendonul întins poate fi diminuată cu ajutorul unui dispozitiv temporar introdus în pantofi şi care determina ridicarea călcâiului. Durerea şi disconfortul pot fi diminuate cu ajutorul acetaminofenului (Tylenol etc.) şi a medicamentelor antiinflamatoare nesteroidiene (AINS).

O dată ce trece durerea, începeţi să întindeţi uşor tendonul călcâiului şi muşchii de pe partea posterioară a coapsei. Întărirea muşchilor feţei posterioare a gambei este cheia vindecării şi prevenirii recurenţei. Până când tendonul nu este complet vindecat, este mai bine să efectuaţi exerciţii nesolicitante sau puţin solicitante.

Tratament chirurgical

Ruptura completă a tendonului lui Achile necesită de obicei intervenţie chirurgicală. Aceasta implică de regulă o incizie pe faţă posterioara a gambei şi sutura tendonului rupt. Perioada de recuperare presupune purtarea pentru 6 - 12 săptămâni a unui gips cu toc (pentru ca pacientul să poată merge), pansament gipsat, orteză sau atelă.

Dacă tendonul este doar parţial rupt, tratamentul poate implica purtarea unui gips cu toc sau pansament gipsat, permiţând capetelor rupte ale tendonului să se reataşeze fără intervenţie chirurgicală. Studiile au arătat că această metodă poate fi eficientă şi nu are acelaşi risc de complicaţii ca şi chirurgia, cum ar fi infecţia. Totuşi, incidenţa repetării rupturii este mai mare în cazul refacerii nonchirurgicale şi recuperarea poate fi mai lungă.

Durerea de călcâi

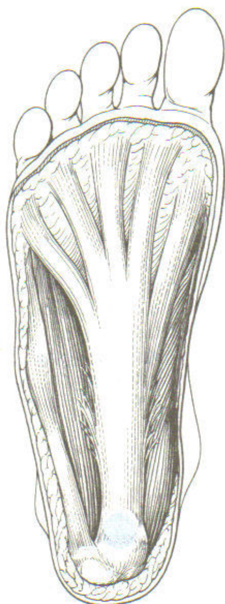
Semne şi simptome

- Durere în vârful călcâiului când suportaţi o greutate pe picior
- Durere care se agravează după primii paşi de la ridicarea din pat, când urcaţi scări sau mergeţi pe vârfuri

Călcâiul este acoperit de ţesut fibros care acţionează ca o pernă pentru structurile subiacente ale piciorului atunci când suportă o greutate.

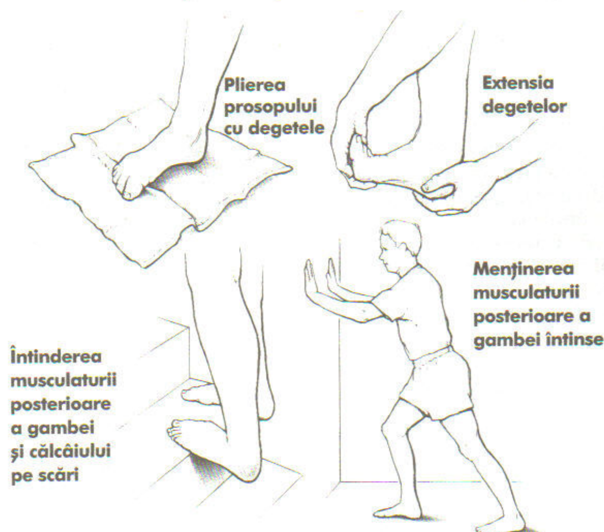
Durerea de călcâi poate apărea după o compresie nervoasă sau o afecţiune cronică, cum ar fi artroza. Cea mai frecventă cauza a durerii de călcâi este o afecţiune numită fasciită plantară, o inflamaţie a fasciei fibroase plantare care se întinde pe partea de jos a piciorului, de la călcâi (calcaneus) la degete. Durerea poate fi provocată de întinderea fasciei plantare care produce inflamaţie sau rupturi ale ţesutului.

Durerea de călcâi apare de obicei treptat, dar poate debuta şi brusc, şi poate fi severă. Ea tinde să fie mai puternică dimineaţa, când vă ridicaţi din pat. Deşi pot fi afectate ambele picioare, de obicei afecţiunea apare la un singur picior.



Durerea de călcâi poate apărea după rupturi mici sau inflamația țesutului care acoperă călcâiul, acolo unde acesta se atașează de os (vezi zona marcată). Se pot forma pinteni osoși, dar rareori se produce durere.

Exerciții care ajută la întărirea călcâiului



Aceste exerciții produc întinderea sau întărirea fasciei plantare, tendonului lui Achile și a mușchilor gambei. Executați fiecare exercițiu o dată sau de două ori timp de 20 până la 30 de secunde și repetați-le de 2-3 ori pe zi.

Durerea diminuă în general când flectați piciorul, dar poate reapărea dacă stați jos sau în picioare prea mult. Urcatul scărilor sau statul pe vârfuri poate fi dureros. Tensiunea apărută asupra călcâiului poate duce la formarea pintenilor. Totuși, pintenele osos este de obicei nedureros.

Oricine poate prezenta fasciită plantară, dar aceasta tinde să apară mai frecvent cu vârsta, pe măsură ce bolta piciorului dumneavoastră începe să se prăbușească.

Riscul de fasciită plantară este crescut de susținerea unei greutăți excesive, purtarea de pantofi prea strâmți, anomalii ale piciorului și efectuarea de activități care cresc presiunea asupra picioarelor, cum ar fi alergatul.

Diagnostic

Medicul vă va întreba dacă durerea este constantă sau dacă apare doar când călcâiul suporta o greutate. O radiografie poate elimina o fractură prin solicitare. Totuși, fractura prin solicitare nu apare deseori pe radiografie în primele 6 săptămâni după leziune. Dacă medicul dumneavoastră suspectează o fractură prin solicitare acută, poate cere o rezonanța magnetică nucleară (RMN) sau o tomografie osoasă.

Uneori, radiografia poate vizualiza un pintene osos care pleacă din călcâi. În trecut, se credea ca pintenii osoși erau vinovați de durerea de călcâi și erau îndepărtați chirurgical, dar medicii au descoperit că aceștia nu produc durere în mod normal. Astăzi sunt rare intervențiile chirurgicale de îndepărtare a pintenilor.

Cât de gravă este durerea de călcâi?

În majoritatea cazurilor, durerea se va ameliora treptat sau va dispărea. Totuși, ea poate reapărea dacă mergeti desculț sau dacă purtați pantofi nepotriviți sau pantofi care nu căptușesc călcâiul atunci când susțineti greutăți.

Unele persoane susțin că singura metodă de evitare a recurenței problemei este de a-și modifica activitățile, schimbând atletismul sau tenisul cu înotul sau cu mersul pe bicicleta, de exemplu. Pentru majoritatea, însă, este posibilă recuperarea completă prin tratament adecvat.

Tratament

Măsurile de autoîngrijire pot ajuta la diminuarea durerii și a inflamației, dar recuperarea poate necesita 6 luni sau mai mult. Dacă metodele de autoîngrijire sunt ineficiente, medicul dumneavoastră vă poate recomanda un fizioterapeut.

Tratament medicamentos

Pentru a diminua durerea, încercați acetaminofen (Tylenol etc.) sau un antiinflamator nesteroidian eliberat fără prescripție (AINS). Dacă acestea nu vă sunt de ajutor, medicul dumneavoastră vă poate injecta în călcâi un medicament antiinflamator steroidian, cum ar fi cortizonul. Totuși, aceste medicamente sunt utilizate doar când alte măsuri sunt ineficiente. Nu sunt recomandate injectări multiple deoarece pot produce slăbirea fasciei plantare, precum și slăbirea țesutului gras care acoperă călcâiul.

Autoîngrijirea

Puteți urma câteva etape de autoîngrijire pentru a trata fasciita plantară:

Cumpăratul pantofilor

Pantofii nepotriviţi sunt cauza multor probleme ale piciorului. Alegerea cu atenţie a pantofilor vă poate ajută la evitarea multor probleme cu picioarele.

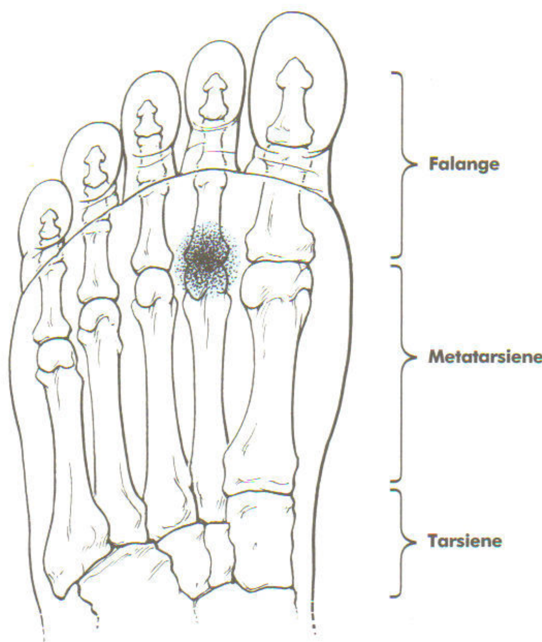
Când cumpăraţi pantofi, ţineţi cont de următoarele:

- *Bot lat.* Cumpăraţi pantofi cu botul lat, care oferă un spaţiu corespunzător degetelor. Pantofii ascuţiţi sau înguşti pot strânge picioarele şi duc la apariţia unghiilor încarnate, a hipercheratozei, bătăturilor şi monturilor.
- *Tocuri joase.* Alegeţi pantofi cu tocuri nu mai înalte de 5 centimetri. Tocurile înalte vă solicită în plus genunchii şi spatele. Ele vă forţează să vă înclinaţi pe spate pentru a compensa aplecarea înainte a călcâiului. Tocurile înalte pot contribui la încordarea tendonului lui Achile şi la durerea în degete.
- *Şireturi.* Pantofii cu şiret oferă în general un spaţiu mai mare şi ajustabil.
- *Materiale care permit respiraţia piciorului.* Pielea moale sau pielea de antilopă permit transpiraţiei picioarelor să se evapore, în timp ce materialele din vinil sau plastic inhibă evaporarea.

Cumpăraţi pantofi după-amiaza pentru a-i găsi pe cei potriviţi, după ce picioarele se umflă pe parcursul zilei. Totuşi, nu trebuie să luaţi pantofi prea largi pentru ca piciorul să nu alunece în ei. Luaţi măsură ambelor picioare. Pe măsură ce avansaţi în vârstă sau luaţi în greutate, vă poate creşte numărul la pantofi.

Nu cumpăraţi pantofi care trebuie lărgiţi. Dacă nu sunt confortabili în magazin, cel mai probabil nu vor fi confortabili nici mai târziu. Pantofii trebuie să fie întinşi la nivelul tuturor punctelor de presiune.





Metatarsalgia poate apărea la nivelul oricăreia din articulaţiile care separă falangele de oasele metatarsiene. Zona marcată arată articulaţia cea mai frecvent afectată.

- Aplicaţi gheaţă pe călcâiul dureros timp de până la 20 minute după o activitate care produce durere.
- Masaţi şi întindeţi uşor bolta şi muşchii gambei. Întinderea acestora creşte flexibilitatea în fascia plantară, tendonul lui Achile şi muşchii gambei. Întinderea piciorului imediat după ce vă treziţi ajută, de asemenea, la dispariţia contracţiei fasciei plantare care apare peste noapte.
- Faceţi exerciţii zilnice pentru a vă întări bolta plantară şi muşchii piciorului (vezi pag. 967).
- Purtaţi pantofi cu talpa moale atunci când alergaţi. Cei care se îngrijesc de sănătatea dumneavoastră vă pot recomanda purtarea în pantofi a unui suport pentru bolta plantară sau o atelă noaptea care să întindă bolta şi gamba peste noapte.
- Cumpăraţi pantofi cu toc mic sau moderat (nu mai înalt de 5 cm) pentru purtarea zilnică, care să aibă o bună susţinere a boltei şi absorbţie a şocului.
- Fizioterapeutul poate utiliza ultrasunetele care produc căldură profundă sau o soluţie cu corticosteroid aplicată direct pe piele cu ajutorul particulelor electrice (ionoforeza) pentru a vă ameliora durerea.

Tratament chirurgical

Când durerea este severă şi celelalte metode au eşuat, se poate apela uneori la intervenţia chirurgicală pentru a detaşa fascia plantară de călcâi. Efectele adverse includ o slăbire a boltei piciorului.

Metatarsalgia

Semne şi simptome

- Durere în podul piciorului
- Senzaţia de mers pe pietriş

Termenul de metatarsalgie semnifică durere în podul piciorului (aria metatarsiană).

Aveţi 5 oase metatarsiene în fiecare picior. Fiecare os metatarsian are un corp îngust şi un capăt rotund. Aceste oase leagă oasele gleznei şi călcâiului (tarsienele) cu oasele degetelor (falangele). Articulaţiile de tip balama între metatarsiene şi falange permit degetelor dumneavoastră să se

mişte în sus, în jos şi, într-o mai mică măsură, în lateral.

Cu toate ca metatarsalgia poate afecta atât femeile cât şi bărbaţii, din adolescenţă până la vârste înaintate, afecţiunea este mai frecventă la femeile de vârstă medie. Această afecţiune are multiple cauze. Dacă aveţi picioare înguste, cu bolta plantară înaltă, creşte solicitarea asupra podului piciorului, acelaşi lucru putându-se întâmpla şi în anumite cazuri de picior plat. Dacă aveţi membrele inferioare inegale ca lungime, articulaţiile metatarsofalangiene ale piciorului mai scurt sunt mai solicitate. Alţi factori care pot interveni includ poliartrita reumatoidă, fracturile prin solicitare, acumulările lichidiene, oboseala musculară, greutatea excesivă în cazul sarcinii sau obezităţii şi statul prelungit în picioare sau mersul.

Diagnostic

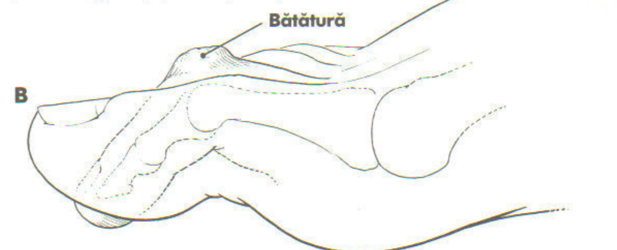
Medicul dumneavoastră sau specialistul în problemele piciorului vă va examina membrele inferioare şi vă va întreba despre durerea pe care o aveţi. Medicul poate dori să ştie dacă durerea apare în anumite condiţii sau la efectuarea anumitor activităţi.

Tratament

Măsurile simple de autoîngrijire duc de obicei la diminuarea durerii. Evitaţi purtatul pantofilor strâmţi cu talpă subţire sau cu tocuri înalte. Medicul vă poate recomanda purtarea în pantofi a unei căptuşeli sau a unui suport pentru bolta plantară, un tip de dispozitiv ortopedic care îndepărtează presiunea asupra zonei dureroase.

Medicamentele analgezice eliberate fără reţetă pot ajuta la îndepărtarea durerii. Medicul dumneavoastră vă poate injecta un corticosteroid în zona sensibilă. Este rareori necesară intervenţia chirurgicală.

Pentru a evita apariţia unei unghii încarnate (A), nu vă tăiaţi unghiile de la picioare prea scurt. Tăiaţi-le periodic. Atunci când un deget începe să arate ca o gheară, ca şi cum ar strânge, avem de a face cu un deget în ciocan (B). Degetul în ciocan apare cel mai des la nivelul degetului al doilea, unde va apărea frecvent o bătătură datorită presiunii exercitate de pantofi. Pentru a evita apariţia degetului în ciocan, a unghiilor încarnate şi a altor probleme ale piciorului, purtaţi pantofi potriviţi.



Senzaţia de arsură în picioare

Semne şi simptome

- Arsuri şi înţepături în picioare aproape constant

Această afecţiune tinde să fie mai frecventă la cei cu vârsta peste 65 ani. Gradul de disconfort este de la iritaţie minoră la durere severă. Factorii incriminaţi includ ţesăturile iritante, pantofii nepotriviţi sau o infecţie fungică, aşa cum se întâmplă în cazul piciorului atletului.

Diagnostic

Este deseori dificil de găsit cauza picioarelor care ard. Dacă factorii responsabili sunt o afecţiune de nerv sau a sângelui, puteţi avea de asemenea o senzaţie de înţepătură în picioare, slăbiciune sau modificări de sensibilitate la nivelul picioarelor, greaţă, diaree, pierdere de urină sau a controlului intestinal sau impotenţă.

Afectarea nervilor periferici (neuropatia) poate produce arsuri persistente sau furnicături. Neuropatia periferică are multe cauze posibile, incluzând afecţiuni moştenite, diabet, anemia pernicioasă, malnutriţia, reacţii adverse la medicamente, expunerea la toxine, insuficienţa renală cronică şi boli hepatice.

Cât de gravă este senzaţia de arsură a picioarelor?

Cu toate că, în general, nu este gravă, această afecţiune poate ascunde o problemă serioasă.

Tratament

Măsurile de auto-îngrijire va pot ajută la ameliorarea simptomelor. Purtaţi şosete făcute din fibre sintetice, cum ar fi acrilat sau polipropilen. Alegeţi-vă pantofi fabricaţi din materiale naturale, care respiră. Reduceţi sau eliminaţi activităţile care pot agrava problema, cum ar fi statul într-un loc pentru o perioadă mai lungă. Răciţi-vă picioarele în apă rece, de două ori pe zi, pentru 15 minute. Puteţi să vă muiaţi picioarele în apa rece, apoi în apă caldă, o metodă numită băi alternative.

Dacă o leziune de nerv este cauza problemei, simptomele pe care le aveţi pot ceda în luni de zile deoarece nervii se vindecă încet. Durerea poate fi ameliorată cu ajutorul analgezicelor, fie cele eliberate cu reţetă, fie fără.

Neuromul Morton

Semne şi simptome

- Durere ca o arsură în podul piciorului care poate iradia în degete
- Amorţeală în degete

Neuromul Morton este o tumoră necanceroasă (benignă) a nervului. Numit şi neurom plantar, este de fapt o îngroşare a ţesutului care înconjoară nervul care inervează degetele. Această afecţiune poate apărea ca răspuns la o iritaţie, presiune sau accidentare. Neuromul Morton este mai frecvent la femei decât la bărbaţi.

Diagnostic

În mod tipic, nu există nici un semn exterior care să sugereze afecţiunea, cum ar fi o umflătură. Medicul

poate simți o masă palpabilă sau o pocnitură între oase la examinarea piciorului afectat.

Cât de grav este neuromul Morton?

Afecțiunea produce disconfort, dar nu este gravă.

Tratament

De obicei, tratamentul implică măsuri de autoîngrijire. Purtați sandale sau pantofi potriviți, cu botul suficient de larg. Evitați purtarea tocurilor înalte. Dispozitivele special croite pentru a fi introduse în pantofi sau căptușirea acestora pot ajuta la reducerea presiunii pe nerv.

Medicul vă poate recomanda injectarea de corticosteroizi pentru reducerea umflăturii și a inflamației. Rareori este indicată intervenția chirurgicală pentru a îndepărta această tumoră benignă.

Unghia încarnată

Semne și simptome

- Durere
- Umflare și roșeață în jurul unghiei

Unghia încarnată este o afecțiune în care unghia de la unul din degetele piciorului crește în deget, deseori în cel mare. Aceasta poate apărea datorită unei unghii prost curbate, a pantofilor nepotriviți sau a unghiilor tăiate necorespunzător. Țesutul din jurul unghiei se poate infecta.

Tratament

Dacă țesutul din jurul unghiei se infectează, medicul dumneavoastră vă poate prescrie un antibiotic și vă curăță porțiunea de unghie crescută în deget. Această minimă procedură se poate face într-un cabinet medical. Medicul dumneavoastră vă poate recomanda înmuierea picioarelor în apă caldă și relaxarea lor.

Profilaxie

Pentru a evita recurența cronică a unghiei încarnate, nu vă tăiați unghiile prea scurt. Tăiați-le mai bine drept decât rotund, corespunzător formei degetelor dumneavoastră.

Este, de asemenea, important să purtați sosete și pantofi potriviți, care nu exercită o presiune excesivă asupra picioarelor sau degetelor.

? **Întrebare și răspuns**

Cum pot scăpa de o bătătură urâtă sau de hiperkeratoză?

Aplicați pansamente speciale care se pot elibera fără rețetă la nivelul ariei de apariție a bătăturilor și hiperkeratozei. Fiți atent când utilizați soluții de îndepărtare a bătăturilor sau pansamente cu medicamente pentru bătături, eliberate fără rețetă. Acestea conțin acid salicilic, care poate irita pielea și poate produce infecții, mai ales la cei cu diabet sau cu insuficiență circulatorie.

Puteți subția treptat o parte din pielea îngroșată a bătăturii sau hiperkeratozei frecând-o cu o piatră ponce sau cu o cârpă în timpul sau după duș sau baie. Înmuindu-vă picioarele în apă sau utilizând un săpun alcalin, puteți înmuia suficient pielea pentru a putea îndepărta straturile de deasupra. Nu tăiați, nu radeți bătăturile sau zona cu hiperkeratoză. Puteți să produceți o infecție.

Dacă aveți diabet sau insuficiență circulatorie, anunțați-vă medicul înainte de a vă trata singur bătăturile sau hiperkeratoza. Chiar și o leziune relativ minoră la nivelul picioarelor poate duce la o leziune deschisă (ulcer al picioarelor) care se vindecă greu.

Bătăturile și hiperkeratoza

Semne și simptome

- Un strat îngroșat al pielii
- Durere în cazul bătăturilor

Bătăturile și hiperkeratoza sunt rezultatul presiunii exercitate de frecare, aceasta determinând pielea să se autoprotejeze prin îngroșare și întărire. Bătăturile sunt tipic mai mici – mai puțin de 1 cm în diametru – decât hiperkeratoza și au un centru tare. Acestea apar, de obicei, în vârfurile și părțile laterale ale degetelor și pot fi dureroase.

Hiperkeratoza, care poate fi rugoasă, dar rareori dureroasă, apare de obicei pe plante sau palme.

Deseori, cauzele bătăturilor și hiperkeratozei sunt pantofii nepotriviți. Hiperkeratoza palmară apare de obicei datorită presiunii și frecării produse de uneltele de mână. Spre exemplu, utilizarea pentru o perioadă mai lungă a unei lopeți va produce hiperkeratoză palmară.

Cât de grave sunt bătăturile sau hiperkeratoza?

Cu toate că bătăturile sau hiperkeratoza sunt inestetice, necesită tratament doar dacă produc disconfort. Dacă aveți diabet, aveți risc crescut de complicații în cazul unei bătături sau a hiperkeratozei. Adresați-vă medicului dacă o bătătura sau o zonă de hiperkeratoză devine dureroasă sau ulcerată.

Tratament

În majoritatea cazurilor puteți preveni apariția bătăturilor sau a hiperkeratozei prin purtarea pantofilor potriviți sau protejându-vă mâinile purtând mănuși atunci când folosiți unelte. Deseori, puteți trata singuri bătăturile sau hiperkeratoza. Dacă o bătătura este persistentă sau dureroasă, medicul dumneavoastră o poate exciza.

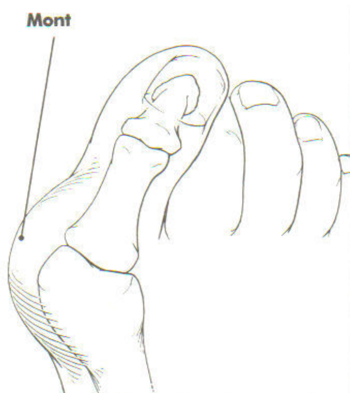
Problema poate fi mai gravă dacă aveți o deformare preexistentă a piciorului. Medicul poate fi capabil să corecteze problema prin intervenție chirurgicală sau prin inserarea în pantofi a talonetelor special făcute (dispozitive ortopedice), prevenind astfel recurența bătăturilor.

Degetul în gheară și degetul în ciocan

Semne și simptome

- Degete strânse, cu aspect de gheară sau ciocan
- Durere și dificultate la mișcarea degetelor

Spre deosebire de un mont, care afectează doar degetul mare de la picior, deformarea ca o gheară poate apărea la orice deget. Cel mai frecvent, apare la degetul al doilea. În general, sunt afectate ambele articulații ale degetului, producându-se îndoirea degetului în sus, la mijloc, dând aspectul de gheară. Purtarea pantofilor prea scurți poate produce această deformare. Problema tinde să apară în anumite familii. Deformarea poate apărea la cei cu leziuni musculare și nervoase datorate diabetului. Degetul în ciocan este caracterizat



Atunci când baza degetului mare de la piciorul dumneavoastră depăşeşte profilul normal al piciorului, umflătura care apare este numită mont. Pentru a preveni apariţia montului, evitaţi purtarea pantofului cu bot îngust sau tocuri înalte.

de deformarea capătului degetului, dând aspectul de ciocan.

Cât de grave sunt degetul ca o gheară şi degetul în ciocan?

Ambele afecţiuni pot produce durere la mers şi la efectuarea altor mişcări.

Tratament

Medicul dumneavoastră sau specialistul în afecţiunile piciorului vă poate recomanda un dispozitiv ortopedic pentru repoziţionarea degetului şi îndepărtarea presiunii şi durerii. Este important, de asemenea, să purtaţi pantofi care se potrivesc bine şi care au botul larg. În cazurile grave poate fi necesară intervenţia chirurgicală.

Monturile

Semne şi simptome

- O proeminenţă osoasă la baza degetului mare de la picior
- Durere şi limitarea mişcării

Montul apare atunci când degetul mare se îndoaie către următorul deget sau se suprapune peste acesta producând deformarea piciorului. Baza degetului mare iese în afara profilului normal al piciorului, producând o umflătură numită mont. Montul este deseori supus frecării constante, ducând astfel la îngroşarea pielii.

Femeile sunt de 7 ori mai predispuse să aibă această problema frecventă în comparaţie cu bărbaţii. Unii sunt predispuşi genetic să facă monturi, dar problema poate apărea şi ca rezultat al purtării pantofilor strâmţi, cu tocuri înalte şi vârfuri ascuţite.

Diagnostic

Medicul dumneavoastră poate fi capabil să pună diagnosticul de mont doar uitându-se la picior. Totuşi, poate solicita o radiografie pentru a evalua problema şi opţiunile terapeutice.

Cât de grav este un mont?

În mod tipic, montul produce doar disconfort minor, dar uneori durerea poate fi severă. Se pot dezvolta în articulaţia degetului bursită de însoţire sau artroză, producându-se durere şi rigidizare. Poate fi dificil să vă găsiţi pantofi potriviţi deoarece montul vă modifică forma piciorului.

Tratament

Cea mai bună metodă de a ameliora durerea dată de mont – sau de a preveni problema – este de a purta pantofi care se potrivesc, cu botul larg, care oferă un spaţiu suficient degetelor. Pentru a asigura un spaţiu mai mare într-un pantof de piele pentru mont, duceţi-vă pantofii la un cizmar pentru a-i lărgi.

Tratarea bătăturilor şi a hiperkeratozei din zona montului poate reduce disconfortul. Dacă apare bursita, purtarea unui pantof vechi, cu o gaură în zona de deasupra montului poate duce la ameliorarea simptomelor. Pot fi, de asemenea, utile căptuşelile de pâsla.

Intervenţia chirurgicală nu este în general necesară decât dacă deformarea este severă sau dacă produce durere puternică. Pe parcursul intervenţiei, chirurgul realiniază oasele prin îndepărtarea excesului osos.

Piciorul plat

Semne şi simptome

- Lipsa arcadei plantare atunci când susţineti greutaţi.

Alinierea complicată a oaselor, muşchilor, ligamentelor şi tendoanelor din picioarele dumneavoastră formează un arc dintr-o parte în alta (metatarsian) şi un arc în lungime (longitudinal). Pe măsură ce mergeţi, aceste arcade maleabile, elastice, ajută la distribuţia egală a greutăţii corpului dumneavoastră de-a lungul fiecărui picior. Arcadele piciorului dumneavoastră joacă un rol important în felul cum mergeţi. Acţionează ca zone rigide pentru o mobilitate normală, dar sunt elastice şi flexibile, adaptându-se diverselor suprafeţe.

Toată lumea are picior plat la naştere. Arcadele plantare se dezvoltă complet către vârsta de 12 sau 13 ani. În unele cazuri, însă, arcadele nu se dezvoltă normal niciodată. Mulţi oameni cu picior plat nu au probleme deoarece aliniamentul diferit al extremităţilor lor inferioare compensează modificarea.

Unii oameni cu picior plat, totuşi, vor prezenta inflamaţie şi durere în ligamentele feţei inferioare a picioarelor, tendinită achileană, fracturi prin solicitare, întinderea musculaturii anterioare a gambei, monturi şi hiperkeratoză. În aceste cazuri, piciorul plat poate duce la un dezechilibru muscular şi probleme articulare la nivelul gleznelor, genunchilor, coapselor şi părţii inferioare a spatelui.

Mulţi oameni cu picior plat vor avea probleme ale arcadei plantare ca rezultat al solicitării continue asupra picioarelor. Greutatea excesivă, anomaliile posturale, slăbirea ţesuturilor de susţinere sau suprasolicitarea pot duce la slăbirea ligamentelor şi musculaturii ce suportă arcada plantară pe lungime, ducând la căderea acesteia. Solicitarea excesivă asupra podului piciorului, mersul, statul sau efectuarea de exerciţii pe suprafeţe dure pot slăbi sau turti arcada metatarsiană din partea anterioara a piciorului dumneavoastră. Aceasta va duce la creşterea presiunii exercitate asupra nervilor şi vaselor sangvine din zonă, producând durere şi iritaţie.

Diagnostic

Medicul sau specialistul în afecţiunile piciorului pot pune diagnosticul de picior plat prin examinarea piciorului.

Tratament

Dacă aveţi durere cronică datorată piciorului plat, purtarea unui suport pentru arcada plantară special croit poate produce ameliorarea simptomatologiei. Puneţi acest dispozitiv în interiorul pantofilor şi el vă va ajută la sprijinirea şi reformarea arcadei plantare.

Dispozitivele ortopedice de corectare ajută la alinierea piciorului dumneavoastră într-o poziţie mai bună pentru suportarea greutăţii. Acestea absorb de asemenea şocul şi ajută la controlul mişcărilor de rotaţie excesivă înăuntru şi în afara (pronaţie şi supinaţie) a arcadei longitudinale atunci când mergeţi. Pentru a obţine un astfel de dispozitiv ortopedic trebuie să vă adresaţi medicului dumneavoastră sau specialistului în afecţiunile piciorului. Există şi modele flexibile pentru cei care nu pot tolera dispozitivele ortopedice rigide de corectare.

Ulcerul piciorului

Semne şi simptome

- O rană deschisă pe piele, înconjurată de ţesut inflamator
- Puroi din ulcer, dacă ţesutul este infectat

Un ulcer al piciorului poate apărea după o plagă a piciorului sau după o iritaţie a pielii produsă de purtarea pantofilor nepotriviţi. Acestea sunt mai frecvente la cei cu insuficienţă circulatorie sau cu deteriorări nervoase datorate diabetului.

Adresaţi-vă medicului în cazul apariţiei unui ulcer al piciorului. Există mai multe metode terapeutice pentru această afecţiune şi doar rareori este necesară intervenţia chirurgicală. Pentru mai multe informaţii despre ulcerele piciorului, vezi pag. 1025.

Durerea de spate

Coloana vertebrală este una din cele mai solide părţi ale corpului. Ea este compusă din peste 26 de oase, 24 dintre ele numindu-se vertebre. Aveţi 7 vertebre la nivelul gâtului (cervicale), 12 la nivelul părţii medii a spatelui (toracice) şi 5 vertebre la nivelul părţii inferioare a spatelui (lombare). Celelalte 2 oase sunt sacrul, compus din 5 vertebre unite, situat între oasele pelvine, şi osul cozii rudimentare (coccis), care este format din 3 până la 5 oase unite la capătul coloanei dumneavoastră vertebrale.

Vertebrele dumneavoastră sunt aşezate una deasupra celeilalte pentru a forma osul spatelui, coloana flexibilă care se întinde de la nivelul bazei craniului până la coccis. Între vertebre există nişte perniţe spongioase, numite discuri intervertebrale. Ele au un strat extern puternic, fibros, care protejează o substanţă gelatinoasă în interior. Articulaţiile vertebrelor dumneavoastră sunt întărite prin ligamente puternice şi sunt înconjurate de mulţi muşchi puternici.

Structura complexă a spatelui se îndoaie, se roteşte, şi susţine greutatea corpului dumneavoastră şi greutăţi suplimentare. Coloana vertebrală vă protejează, de asemenea, măduva spinării.

Structura complexă a coloanei vertebrale contribuie la posibilitatea apariţiei problemelor. Modificările aparent minore în aliniere sau echilibru la orice nivel – disc, vertebră , articulaţie sau muşchi – pot face mişcările dureroase. Atunci când sunt afectaţi nervii sau măduva spinării care se întinde de-a lungul coloanei (canalul spinal) există riscul apariţiei durerii sau a paraliziei în anumite părţi ale corpului dumneavoastră. O leziune severă a spatelui poate produce afectarea permanentă a măduvei spinării şi paralizie (vezi pag. 606).

Din fericire, lezarea maduvei spinării este dificilă. De obicei, când vă doare spatele, există o iritaţie a uneia din componentele coloanei. De exemplu, puteţi avea un aport sangvin sărac la nivelul discurilor. Drept urmare, adulţii sunt susceptibili la ruperea discului şi deshidratare (degenerare) în timp. Toate discurile degenerează într-un anumit grad pe măsura înaintării în vârstă.

Factorii care pot creşte riscul unor persoane de a avea probleme cu spatele şi de a se recupera lent sunt lipsa activităţii fizice, postura greşită, obezitatea, stresul mental sau fizic. Factorii de risc legaţi de ocupaţie includ munca fizică grea, aplecările sau răsucirile frecvente, poziţia statică prelungită, cum ar fi statul în picioare, poziţia aşezată într-un loc sau aplecată pentru perioade lungi de timp.

Contractura şi spasmul musculaturii spatelui

Semne şi simptome

- Durere de spate şi rigiditate
- Dificultate de mişcare

Problemele spatelui sunt printre cele mai frecvente afecţiuni umane. Tânăr sau bătrân, bărbat sau femeie, scund sau înalt, majoritatea oamenilor prezintă un disconfort la nivelul spatelui de-a lungul vieţii. Cel mai frecvent, durerea de spate este dată de contractura unui muşchi al spatelui dumneavoastră – un muşchi puternic – sau de întinderea unui ligament. Ridicarea greşită a unei greutăţi poate duce la durere de spate. Uneori, nu există o cauză aparentă.

Durerea de spate poate apărea la orice nivel al coloanei dumneavoastră, dar cel mai frecvent apare în partea inferioară. Circa 1% din totalul durerilor de spate au o cauza subiacentă potenţial gravă, cum ar fi fractura coloanei datorată traumatismelor, hernia de disc, infecţia sau tumorile. Celelalte 99% sunt legate de activităţile fizice curente.

Uneori, puteţi simţi durere în momentul în care vă întindeţi un muşchi sau vă luxaţi un ligament. Alteori, durerea poate apărea gradat. Puteţi să vă treziţi cu senzaţia de disconfort. Indiferent de modul de apariţie a durerii, este deseori dificil pentru medicul dumneavoastră să determine cauza exactă.

Diagnostic

Medicul dumneavoastră vă va revizui probabil antecedentele medicale, vă va întreba dacă aţi mai avut probleme cu spatele şi vă va face un examen fizic. Dacă există motive să suspicioneze o problemă de coloană, vă va recomanda efectuarea de teste diagnostice pentru a exclude probleme de genul herniei de disc sau spondilozei.

Cât de grave sunt contractura şi spasmul musculaturii spatelui?

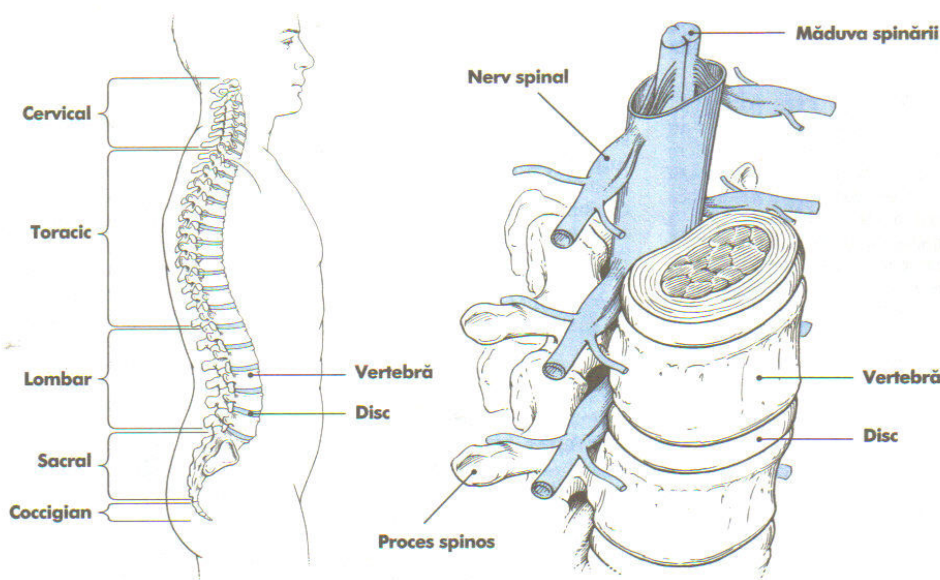
Disconfortul care însoţeste durerile de spate nu poate fi ignorat. Efectuarea activităţilor zilnice poate fi o tortură, iar durerea severă vă poate imobiliza.

În majoritatea cazurilor, problema dispare în timp şi cu repaus. Din păcate, recurenţa episoadelor de disconfort este mai degraba o regulă decât o excepţie.

Adresaţi-vă unui medic dacă aveţi oricare din manifestările următoare:

- Durere severă
- Febră, frisoane, transpiraţii nocturne sau scăderi inexplicabile

Structurile coloanei vertebrale



în greutate – aceste semne şi simptome pot indica o infecţie spinală sau o tumoră

- Durere care iradiază în jos, pe unul dintre picioare, asociind slăbiciune în picior sau probleme intestinale sau vezicale
- Durere care limitează activităţile de zi cu zi
- Semne sau simptome care nu se ameliorează în 1-2 săptămâni

Deseori, nu este uşoară diagnosticarea cauzei durerii de spate, dar este important să excludeţi anumite cauze subiacente. O dată pus diagnosticul, ştiind precis care este cauza durerii, probabil că atitudinea în ceea ce priveşte tratamentul nu se va modifica.

Tratament

90% dintre durerile de spate se rezolvă în 4 - 6 săptămâni, cu sau fără tratament. La 10%, recuperarea se prelungeşte 6 - 12 săptămâni sau mai mult, mai ales dacă durerea implică luxarea unui ligament sau o contractură musculară severă. Cei cu durere de spate şi picior pot avea nevoie chiar de o recuperare mai lungă. Simptomele cedează de obicei cu timpul şi prin tratarea corectă.

Autoîngrijirea

Măsurile de autoîngrijire pe care le puteţi îndeplini acasă sunt cea mai frecventă atitudine pentru a rezolva durerea de spate. Aplicaţiile calde şi reci – băi calde, comprese calde şi reci – pot calma durerea şi inflamaţia musculară. Utilizaţi mai întâi aplicaţiile reci, de câteva ori pe zi, nu mai mult de 20 minute de fiecare dată pentru a evita lezarea pielii. Utilizaţi gheaţă învelită într-o pungă de plastic şi apoi într-o cârpă sau un prosop pentru a vă proteja pielea. Verificaţi-vă pielea la fiecare 5 minute pe parcursul tratamentului. Ea se va înroşi pe măsura utilizării gheţii. Dacă începe să dispară roşeaţa, opriţi-vă, deoarece pierderea culorii poate indica o degeratură.

După ce durerea severă diminuă – de obicei în 1 - 2 zile – aplicaţi căldură utilizând pansamente calde sau o lampă cu căldură. Evitaţi să adormiţi când faceţi o aplicaţie caldă deoarece aceasta poate continua să se încălzească. Nu v-aţi dori să vă ardeţi. Limitaţi la 20 de minute aplicaţiile calde.

Evitaţi utilizarea aplicaţiilor calde sau reci pe zone de piele cu sensibilitate scăzută sau cu circulaţie proastă sau dacă aveţi o afecţiune cardiacă severă.

Exerciţiile fizice

Exerciţiile fizice reprezintă una din cheile recuperării. Faceţi ceea ce puteţi, cum ar fi mersul, pedalatul pe bicicletă sau înotul. Începeţi cu puţine exerciţii şi creşteţi intensitatea treptat şi încet.

Repausul

În trecut, medicii recomandau statul pe spate în pat pentru 2 - 6 săptămâni. Acum recomandarea se păstrează pentru cel mult 1 - 2 zile şi doar în cazurile severe. Repausul prelungit la pat nu este în general bun pentru spatele dumneavoastră deoarece duce la scăderea forţei şi rezistenţei musculare.

Tratament medicamentos

Durerea poate fi ameliorată cu ajutorul analgezicelor eliberate fără reţetă, cum ar fi acetaminofenul (Tylenol etc.) sau medicamentele antiinflamatoare nesteroidiene (Advil, Motrin etc.) sau aspirina. În funcţie de cauza şi de nivelul durerii, medicul dumneavoastră vă poate prescrie analgezice mai puternice sau relaxante musculare. Narcoticele sunt rareori prescrise pentru durerea de spate şi, dacă sunt, trebuie luate pentru o perioadă limitată. În cazul durerii

de spate localizate, medicul poate injecta în aria dureroasă un medicament corticosteroid pentru a reduce inflamaţia.

Fizioterapia

Programele de fizioterapie s-au dovedit eficiente la cei cu durere joasă de spate cronică. Fizioterapia poate fi utilizată după rezolvarea durerii acute de spate pentru a recupera condiţia fizică, coordonarea contracţiei musculare şi flexibilitatea spatelui. Exerciţiile fizice de întindere şi creştere a forţei musculaturii spatelui scad riscul problemelor ulterioare.

Pentru cei cu simptome severe, fizioterapeutul poate utiliza tratamentul cu aplicaţii de căldură şi masajul uşor. În anumite cazuri pot fi de folos brâurile, corsetele sau tracţiunea mecanică. Tratamentele aplicate asupra spatelui de un specialist în presopunctură, un fizioterapeut sau un medic specializat în problemele osoase pot fi de ajutor uneori.

Tratament chirurgical

În general, nu este recomandabilă intervenţia chirurgicală pentru durerea joasă de spate deoarece durerea va trece foarte probabil în timp, iar chirurgia poate să nu amelioreze simptomatologia. De fapt, chirurgia este recomandată în mai puţin de 1% din toate cazurile de durere de spate. Cel mai frecvent este utilizată pentru a trata o hernie de disc care produce durere la nivelul piciorului prin compresie nervoasă. Intervenţia chirurgicală este de asemenea utilizată pentru decompresia medulară dacă îngustarea prin osificare a coloanei comprimă unul sau mai mulţi nervi.

Profilaxie

Cea mai bună metodă de a trata o durere de spate este de a o preveni. Dacă aţi avut deja episoade de durere de spate, puteţi fi capabil să preveniţi recurenţa acestora. Dacă durerea reapare, puteţi fi capabil să-i diminuaţi durata şi intensitatea.

Exerciţii fizice zilnice

Efectuarea regulată de exerciţii este arma cea mai puternică pe care o aveţi împotriva problemelor de spate. Activitatea fizică vă poate creşte calităţile aerobice, vă poate creşte condiţia fizică, întărind spatele şi muşchii abdominali, şi vă ajută să scăpaţi de excesul ponderal care vă poate suprasolicita spatele.

Riscul accidentărilor poate fi scăzut prin întinderea musculaturii după încălzire şi după ce efectuaţi exerciţiile, aceasta crescând flexibilitatea musculară. Creşterea forţei musculare în braţe, picioare, abdomen şi partea inferioară a trunchiului vă poate ajuta la prevenirea sau diminuarea durerii de spate şi scade riscul de cădere sau de alte accidentări.

Dacă aveţi o slăbire osoasă datorată osteoporozei, exerciţiile de întărire a spatelui pot ajuta la prevenirea fracturilor mici ale oaselor coloanei (fracturi prin tasare vertebrală).

Înainte de a începe un program de exerciţii adresaţi-vă medicului sau fizioterapeutului, mai ales dacă aţi mai avut probleme anterioare cu spatele sau dacă aveţi alte afecţiuni medicale, cum ar fi osteoporoza.

Dacă sunteţi ieşit din formă prin lipsa de activitate, muşchii spatelui pot fi slabi şi susceptibili la leziuni. Începeţi încet şi stabiliţi-vă singuri ritmul. După ce aţi devenit mai puternic, efectuaţi până la 30 de minute de exerciţii zilnic.

Înotul şi alte exerciţii în apă vă forţează puţin partea inferioară a spatelui. Spatele dumneavoastră va fi mai puţin zdruncinat dacă utilizaţi o bicicletă medicinală, steperul sau simulatorul de ski decât dacă alergaţi pe o suprafaţă dură. Mersul pe bicicletă este, de asemenea, o opţiune bună. Totuşi, fiţi atent la reglarea înalţimii şeii şi a ghidonului astfel încât să aveţi o poziţie corectă în timp ce pedalaţi. Puteţi lua în considerare o şa cu suport, aceasta oferind mai mult confort spatelui dumneavoastră.

Dacă jucaţi golf, mişcările de oscilaţie vă vor forţa spatele. Cea mai bună metodă pentru evitarea accidentărilor datorate unor mişcări de pendulare greşite este de a lua lecţii pentru a fi sigur că vă mişcaţi corect, evitându-se astfel suprasolicitarea spatelui sau a altor părţi ale organismului.

Poate fi nevoie să vă modificaţi sau să evitaţi anumite activităţi. Evitaţi mişcările care întind excesiv muşchii. De exemplu, nu încercaţi să vă atingeţi degetele de la picioare cu picioarele întinse. Cel mai mare risc pentru spate îl au sporturile şi activităţile care implică o mulţime de răsuciri şi opriri sau porniri bruşte.

Păstrarea posturii corecte

Postura incorectă poate duce la durere de spate, îngreunarea respiraţiei şi oboseala musculaturii. Postura corectă suportă şi protejează toate părţile organismului. Prin păstrarea poziţiei corecte a muşchilor, ligamentelor, tendoanelor şi oaselor, reduceţi solicitarea spatelui.

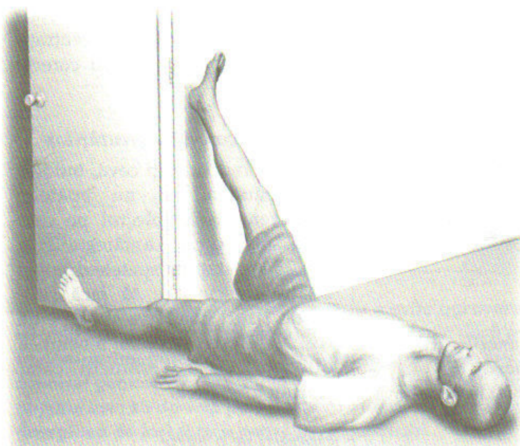


Pentru a avea o postură corectă, staţi drept şi imaginaţi-vă că există un băţ care se întinde de la lobul urechii la nivelul arcadei piciorului.

Exerciţii de creştere a forţei musculare a spatelui

Următoarele exerciţii vă pot ajuta la întinderea şi întărirea muşchilor spatelui prevenind fracturile de coloană.

Întinderea părţii posterioare a gambei



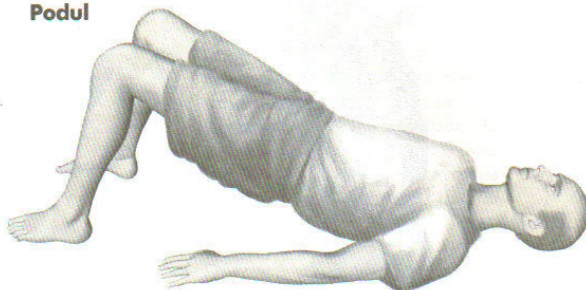
Întindeţi-vă pe spate în faţa unei uşi şi întindeţi piciorul stâng dincolo de prag. Împingeţi în tocul uşii cu piciorul întins pe perete şi îndreptaţi piciorul. Păstraţi-vă poziţia timp de 30 de secunde. Repetaţi exerciţiile inversând poziţia picioarelor. Nu îndoiţi genunchii.

Întinderea genunchilor la piept



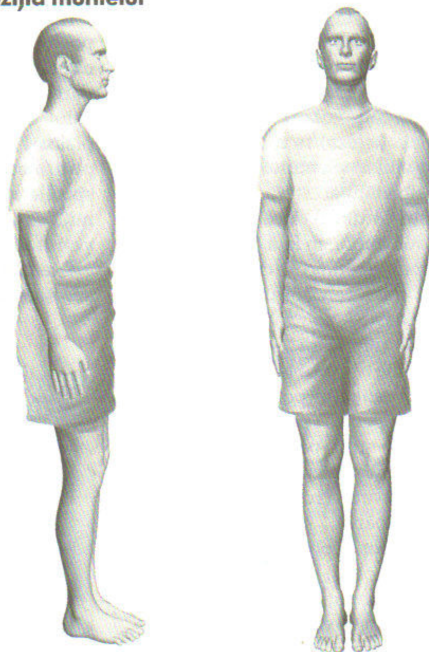
Întindeţi-vă cu genunchii îndoiţi şi cu tălpile drepte pe podea. Împingeţi-vă genunchiul stâng către piept cu ajutorul ambelor mâini. Ţineţi aşa pentru 30 de secunde. Schimbaţi piciorul. Repetaţi de 4 ori cu fiecare picior.

Podul

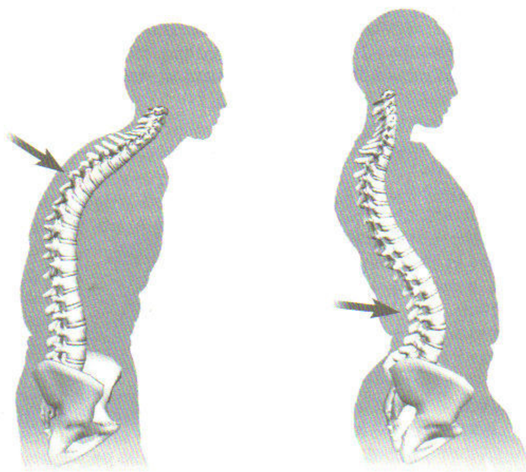


Întindeţi-vă pe un covor cu tălpile pe podea, depărtate cam cât distanţa dintre umeri. Ridicaţi-vă fesele de pe covor, păstrând ca nivel o linie între genunchi şi şolduri. Ţineţi-vă umerii, capul şi gâtul relaxate pe covor. Păstraţi-vă poziţia până când obosiţi şi nu mai puteţi să menţineţi genunchii şi şoldurile în linie dreaptă.

Poziţia muntelui



Staţi cu picioarele lipite, cu degetele înainte şi călcâiele uşor depărtate. Ţineţi-vă braţele pe lângă corp, umerii relaxaţi şi bărbia paralelă cu podeaua. Contractaţi muşchii coapsei, feselor şi abdomenului şi ridicaţi pieptul. Îndepărtaţi umerii de urechi, lăsaţi bărbia încet în jos şi ridicaţi creştetul capului. Păstraţi-vă poziţia timp de câteva respiraţii.



Două forme frecvente de poziţie incorectă sunt aplecarea umerilor (cifoza) înainte, în imaginea din stânga şi aplecarea pe spate (lordoza), în imaginea din dreapta, în care abdomenul este scos prea mult în faţă, iar fundul împins prea mult în spate.

În mod normal, aveţi 3 curburi ale coloanei vertebrale: în interior (înainte) la nivelul gâtului, o curbură în exterior la nivelul părţii superioare a spatelui şi o curbură în interior la nivelul părţii inferioare a corpului. Aplecarea umerilor în faţă (cifoza) va duce la scurtarea muşchilor pieptului şi reducerea flexibilităţii acestora. Aplecarea pe spate (lordoza) duce la înţepenirea abdomenului în faţă, iar a fundului înapoi, apărând o curbură exagerată între pelvisul dumneavoastră şi coaste, solicitându-se astfel partea inferioară a spatelui.

Multe din problemele de postură sunt rezultatul poziţiei aşezate pe scaun pentru perioade lungi de timp. Statul pe scaun este mai solicitant pentru spate decât statul în picioare. Probleme de postură pot apărea şi prin purtarea pantofilor nepotriviţi sau cu tocuri înalte. Acelaşi lucru poate apărea şi dacă suportaţi o greutate excesivă.

Menţineţi-vă o postura corectă fiind atent la felul în care staţi pe scaun şi în picioare, corectându-vă poziţia atunci când este nevoie. Atunci când staţi în picioare, ţineţi umerii înapoi şi capul drept. Împingeţi abdomenul şi fesele, şi strângeţi bărbia. Atunci când staţi pe scaun asiguraţi-vă că aveţi coapsele paralele cu pământul, iar capul nu este aplecat înainte.

Dacă nu sunteţi sigur că aveţi o postură corectă, imaginaţi-vă că există un băţ de la lobul urechii la partea superioară a arcadei piciorului. Atunci când staţi drept în picioare, băţul trebuie să treacă prin membrul inferior, chiar prin spatele rotulei, de-a lungul părţii mijlocii a coapsei şi apoi prin vârful umerilor.

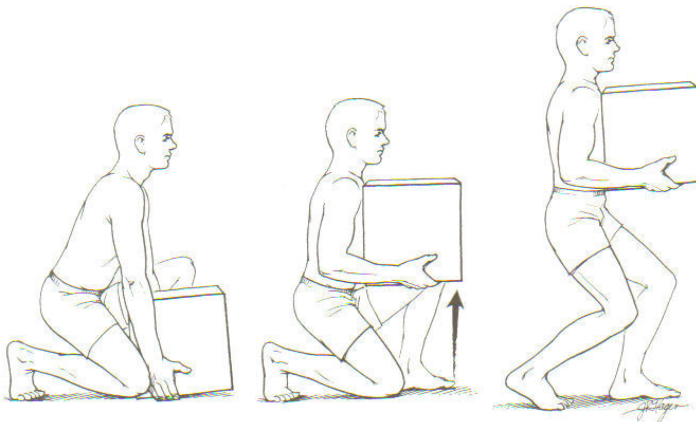
Exerciţiile de întindere şi întărire adresate anumitor grupe musculare pot contribui la îmbunătăţirea posturii. Pe pagina precedentă sunt arătate câteva exemple. Dacă le efectuaţi în mod regulat - o dată pe zi este bine- ele vă vor ajuta la susţinerea şi alinierea corectă a spatelui. Deoarece postura dumneavoastră este fixată, ea nu se va îmbunătăţi peste noapte. Continuaţi-vă exerciţiile şi şi concentraţi-vă la menţinerea posturii corecte tot timpul.

Ridicarea corectă a greutăţilor

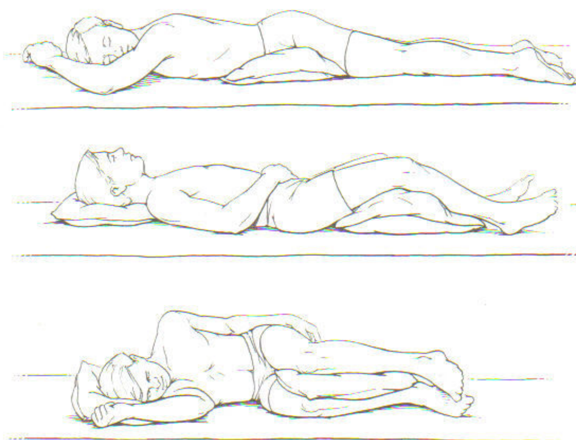
Atunci când ridicaţi ceva, îndoiţi-vă genunchii şi nu spatele. Indiferent dacă obiectul pe care vreti să-l ridicaţi cântăreşte 25 g sau 25 kg, staţi cu spatele drept şi lăsaţi-vă picioarele să facă ridicarea. Ţineţi greutatea aproape de corp şi creşteţi treptat tensiunea din muşchi. Nu smuciţi când ridicaţi greutatea.

Dormiţi pe o parte

Nu dormiţi pe burtă decât dacă vă puneţi o pernă sub abdomen. Cea mai bună poziţie de a dormi este pe o parte, cu picioarele îndoite şi uşor ridicate către piept şi cu o pernă între genunchi. Dacă dormiţi pe spate, puneţi o pernă sub genunchi pentru a menţine o poziţie uşor îndoită a picioarelor. Asiguraţi-vă că salteaua patului conferă un suport corespunzător spatelui. Dacă salteaua este prea moale sau scobită, puneţi o scândură de 1 cm grosime sub ea.



Când ridicaţi un obiect, lăsaţi-vă picioarele să facă treaba. Îndoiţi-vă genunchii mai degrabă decât spatele. Ţineţi obiectul aproape de corp şi ridicaţi-l încet. Evitaţi smulgerea.



Dacă aveţi probleme cu spatele, pentru a evita agravarea lor atunci când dormiţi sau staţi întins, nu dormiţi pe burtă decât dacă puneţi o pernă sub abdomen (imaginea de sus). Dacă dormiţi pe spate, folosiţi perne pentru suportul genunchilor şi gâtului (imaginea din mijloc). Cea mai bună opţiune este să dormiţi pe o parte cu picioarele uşor îndoite către piept (imaginea de jos) şi cu o pernă între genunchi.

Evitaţi înţepenirea

Dacă staţi la un birou, staţi într-o poziţie în picioare sau conduceti un autoturism ore în şir în fiecare zi, riscaţi să înţepeniţi şi să vă obosească muşchii. Luaţi o pauză din activitate la intervale regulate. Când staţi în picioare, schimbaţi periodic greutatea de pe un picior pe altul. Când staţi pe scaun, ridicaţi-vă chiar pentru câteva secunde - şi mergeţi sau întindeţi-vă. Faceţi pauze frecvente când conduceţi. Plasarea unei perne mici la baza spatelui dumneavoastră vă poate ajuta la susţinerea coloanei vertebrale în timp ce conduceţi.

Menţineţi-vă o greutate sănătoasă

O cauză frecventă a durerii de spate este supraponderalitatea. Kilogramele în plus exercită o solicitare în plus asupra spatelui. Dacă sunteţi supraponderal încercaţi să atingeţi o greutate sănătoasă şi stabiliţi-vă un program de exerciţii.

Dispozitivele de susţinere a spatelui

Există dispozitive de susţinere a spatelui special croite (corsete) primite după prescripţie. Unele se vând fără prescripţie la majoritatea farmaciilor şi magazinelor de tehnică medicală. Purtate corect, duc la diminuarea contracturii musculare prin limitarea mişcării la nivelul părţii inferioare a trunchiului atunci când staţi jos sau în picioare. Acestea pot oferi spatelui căldură, confort şi susţinere.

Din păcate, multe din fixatoarele de spate sunt rigide şi au bretele incomode ce se trec peste umeri. Pot fi, de asemenea urâte, şi scumpe. În plus, ceea ce este mai important, datorită faptului că dispozitivele susţin spatele mai mult decât propria musculatură, acestea pot duce chiar la slăbirea musculaturii spatelui, mai ales când sunt purtate timp îndelungat. Majoritatea medicilor recomandă purtarea dispozitivelor de fixare a spatelui doar pe perioade scurte de timp, în timpul activităţilor solicitante pentru spate sau după anumite tipuri de intervenţii chirurgicale la acest nivel.

Hernia de disc

Semne şi simptome

- Durere uşoară până la severă la nivelul gâtului sau spatelui
- Amorţeală sau slăbiciune a unui braţ sau a mâinii şi durere importantă la nivelul gâtului, umărului şi extremităţii superioare, acestea indicând hernierea unui disc la nivelul gâtului
- Amorţeală sau slăbiciune la nivelul feselor, picioarelor sau membrelor inferioare, acestea indicând hernierea unui disc la nivelul părţii mijlocii sau inferioare a spatelui
- Durere puternică la tuse, strănutat sau când vă încordaţi
- De regulă, afectarea semnificativă a unui braţ sau picior mai mult decât celălalt
- Modificare bruscă a funcţionalităţii intestinale sau a vezicii urinare, cum ar fi incontinenţa

Discurile, situate între oasele coloanei (vertebre) conţin o substanţă moale, ca o gelatină. Atunci când discul se umflă sau se rupe avem de a face cu hernia de disc. Alte denumiri utilizate pentru aceasta afecţiune sunt prolabarea sau alunecarea discului, cu toate că nu este o alunecare reală.

Vârsta sau efortul exagerat pot duce la hernierea unui disc. Aceasta duce la exercitarea unei presiuni asupra nervilor din vecinătate, producând durere, amorţire sau slăbiciune. Hernia de disc apare mai frecvent la nivelul părţii inferioare a spatelui, deşi orice disc poate fi afectat. Problema apare rareori la copii.

Diagnostic

Medicul dumneavoastră vă va studia antecedentele medicale şi vă va face un examen fizic. Apoi, el sau ea vor solicita efectuarea unei serii de radiografii, un examen computer tomografic (CT) sau o rezonanţa magnetică nucleară (RMN). Materialul care protuzionează din disc nu este vizibil la examenul radiologic normal, dar uneori se poate vedea la RMN sau CT (vezi imaginea de la pag. 1278). Aceste teste ajută la determinarea gradului afecţiunii şi exclud alte probleme care produc simptome similare, cum ar fi tumora vertebrală sau problemele circulatorii.

Poate fi efectuat un examen radiologic special numit mielografie (vezi pag. 610). Aceasta presupune injectarea unei substanţe de contrast în interiorul coloanei vertebrale, ajutând la localizarea anomaliei suspectate. Mielografia este de ajutor în alegerea intervenţiei chirurgicale. Electromiografia, o metoda de studiere a modului de conducere nervoasă, poate confirma existenţa compresiei nervoase determinate de hernia de disc sau stenoza de canal vertebral (vezi pag. 979).

Medicul dumneavoastră vă poate recomanda o tomografie osoasă pentru a căuta o tumoră osoasă sau o fractură prin tasare. Pentru efectuarea acestui test se injectează intravenos o substanţă radioactivă numită trasor, iar apoi se face o scanare cu ajutorul unei camere speciale.

Cât de gravă este hernia de disc?

În multe cazuri, o hernie de disc se va repara singură în timp – de obicei în 2 până la 6 săptămâni – şi cu repaus corespunzător. În unele cazuri este necesară intervenţia chirurgicală.

Tratament

Cel mai comun tratament pentru o hernie de disc este diminuarea activităţii şi, rareori, repausul la pat. Medicul dumneavoastră vă poate recomanda reducerea activităţii pentru 1 sau 2 săptămâni, după care puteţi să o reîncepeţi uşor. Pot fi de ajutor analgezicele şi măsurile de fizioterapie, cum ar fi aplicaţiile calde sau de gheaţă, masajul, exerciţiile uşoare şi, uneori, tracţiunea.

Tratamenl chirurgical

Uneori, compresia nervoasă datorată unei hernii de disc nu se rezolvă prin reducerea activităţii sau puteţi avea slăbiciune importantă sau progresivă în musculatura deservită de nervul implicat sau modificări ale funcţionalităţii intestinale sau vezicale. În asemenea cazuri, medicul poate recomanda efectuarea unei laminectomii sau laminotomii şi a unei discectomii. Laminotomia este un procedeu chirurgical care îndepărtează o porţiune de os de deasupra canalului spinal (lamina). Laminectomia înseamnă îndepărtarea întregii lamine.

Îndepărtarea în totalitate sau a unei porţiuni din lamina oferă chirurgului acces la discul afectat. Discectomia implică îndepărtarea unei porţiuni a discului pentru a elibera nervul de sub presiune.

La nivelul porţiunii inferioare a spatelui, discectomia implică de regulă efectuarea unei incizii, îndepărtarea unei bucăţi mici de os şi îndepărtarea unei părţi a discului. Nu se îndepărtează întreg discul. O intervenţie similară poate fi făcută la nivelul gâtului sau a părţii superioare a spatelui.

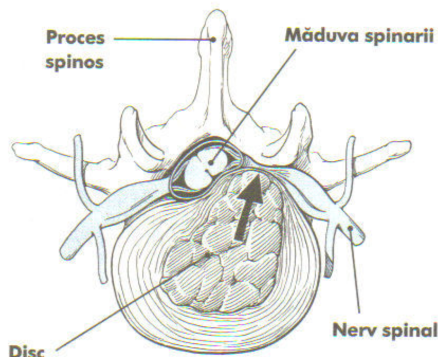
În cazul în care chirurgul are nevoie să ajungă la partea anterioară a coloanei, incizia poate fi făcută la nivelul abdomenului sau a părţii anterioare a gâtului. Această abordare nu mai necesită îndepărtarea osului şi permite medicului să scoata o bucată mai mare din disc.

Alte metode terapeutice

Medicul dumneavoastră poate utiliza analgezia epidurală pentru îndepărtarea durerii, încercându-se evitarea intervenţiei chirurgicale şi scăderea perioadei de recuperare.

Dacă discul este rupt, dar nu este herniat, medicul poate utiliza o metoda terapeutică numită terapie electrotermică intradiscală (IDET). Se inseră un ac în regiunea afectată. Prin ac se introduce un fir până la nivelul discului rupt. Firul este încălzit, producând astfel legarea colagenului la nivelul discului stimulând vindecarea. Colagenul este o proteină fibroasă care se găseşte în mod natural în organism, în principal în piele. Căldura produce, de asemenea, amorţirea nervilor de la nivelul discului care pot produce durere.

O altă procedură, numită discectomie percutanată, permite îndepărtarea discului printre vertebre, cu ajutorul unui dispozitiv mecanic introdus printr-un ac gros. Chirurgul introduce arcul prin piele în disc.



Dacă un disc de la nivelul spatelui este rupt, o porţiune a substanţei gelatinoase din interior poate protruziona, presând un nerv spinal (vezi sageata) sau măduva spinarii.

Spondiloza

Semne şi simptome

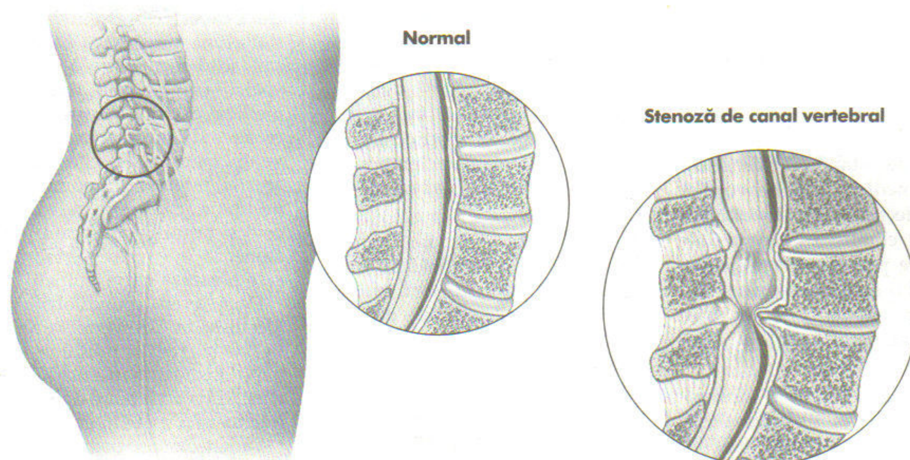
- Durere de spate şi sensibilitate
- Dificultate la mişcarea spatelui

Sciatica

Inflamaţia unui nerv sau compresia unei rădăcini nervoase la nivelul părţii inferioare a spatelui poate produce sciatica. Afecţiunea poartă numele nervului sciatic care se întinde de la şold la călcâi în fiecare picior. Doar 1 – 2% dintre persoanele cu durere de spate au sciatică.

Afecţiunea este caracterizată prin durere iradiată de la nivelul părţii inferioare a spatelui, în jos, în fese, către părţile inferioare ale piciorului. Compresia nervoasă poate produce de asemenea furnicături, amorţeală sau slăbiciune musculară. Tusea, strănutul şi alte activităţi care exercită o presiune asupra coloanei pot agrava sciatica.

De obicei, durerea trece de la sine. Totuşi, compresia nervoasă severă poate produce slăbiciune progresivă a musculaturii afectate şi necesită intervenţie chirurgicală.



În stenoza de canal vertebral, o zonă a acestuia este îngustată, frecvent de un disc herniat. Această îngustare poate determina o presiune pe măduva spinării sau pe rădăcinile nervilor spinali.

- Durere pe fața posterioară a coapselor la statul în picioare
- Fără simptome în formele ușoare

Spondiloza este o afecțiune în care, în timp, coloana devine rigidă și își pierde flexibilitatea. Spondiloza poate apărea după solicitare și uzură excesivă, lezare sau pur și simplu prin îmbătrânire.

Oricare ar fi cauza, discurile intervertebrale se uzează, iar spațiile se îngustează. Fața vertebrală a articulației este, de regulă, afectată și pot apărea ciocuri osoase. Drept urmare, apar durere și rigiditate.

Spondiloza se datorează uneori unei boli articulare degenerative sau artrozei vertebrale. Nu este același lucru ca spondilita anchilopoietică (vezi pag. 1005).

Diagnostic

O radiografie de coloană poate deseori să evidențieze problema coloanei. Dacă aveți o hernie de disc, aveți risc mai mare de spondiloză.

Cât de gravă este spondiloza?

Pentru majoritatea oamenilor, afecțiunea nu este serioasă, dar vă poate lua timp acomodarea cu starea de disconfort.

Rareori, spondiloza la nivelul părții inferioare a spatelui poate duce la dificultăți în controlul vezicii urinare și al intestinului precum și la mers.

Tratament

În funcție de severitatea afecțiunii și de simptomele pe care le aveți, medicul vă poate recomanda o combinație de fizioterapie, măsuri de autoîngrijire cum ar fi căldura, aplicațiile reci, masajul ușor și analgezice.

Stenoza de canal vertebral

Semne și simptome

- Durere la nivelul părții inferioare a spatelui, fesă, coapsă și gambă la mers sau la statul în picioare
- Ameliorarea durerii în poziția așezat pe scaun, aplecat în față sau înclinat pe o suprafață de susținere
- Dificultate la mers, mai ales la coborâre
- Amorțeală sau slăbiciune progresivă în picior
- Probleme în controlul vezical sau intestinal

Stenoza de canal vertebral este o îngustare a unei zone din interiorul acestui canal care poate produce compresia măduvei spinării și a rădăcinilor nervoase. Puteți semnala inițial o durere continuă la nivelul fesei, coapsei și gambei atunci când mergeți sau când stați în picioare.

Dacă vă aplecați în față din mijloc sau dacă stați jos pentru câteva momente, durerea dispare. Aceste simptome sugerează o stenoză de canal vertebral. Simptomele sunt deseori subtile și similare celor asociate cu alte cauze de durere de spate și picior.

Stenoza de canal vertebral afectează tipic adulții cu vârsta peste 50 ani. Poate apărea datorită unui defect congenital, dar de obicei apare datorită artrozei.

Solicitarea și uzura, o leziune anterioară sau înaintarea în vârstă pot deteriora treptat țesutul de protecție (cartilajul) care acoperă suprafețele articulare ale coloanei. Discurile intervertebrale se uzează, iar spațiile dintre vertebre se pot îngusta. Pot apărea și creșteri osoase (ciocuri). Aceste modificări pot duce la deplasarea vertebrei și țesutului moale în interiorul canalului vertebral, comprimând nervii.

Presiunea poate apărea asupra rădăcinilor nervului sciatic. Aceasta poate determina iradierea durerii de la nivelul părții inferioare a spatelui, în jos, în fesă, până în gambă. Eventual, poate apărea amorțeală sau slăbiciune în picior. Ocazional, pot fi comprimați nervii care deservesc vezica urinară și intestinul, ducând la incontinență.

Aplecarea în față la nivelul taliei sau statul pe scaun diminuă durerea deoarece aceste poziții cresc diametrul canalului vertebral,

reducând presiunea exercitată asupra nervilor spinali. În cazurile severe de stenoză, durerea poate persista indiferent de activitate sau poziție.

Diagnostic

Înainte de stabilirea diagnosticului, medicul dumneavoastră vă va efectua nişte investigații pentru a elimina alte cauze ale durerii de picior sau amorțelilor, cum ar fi o tumoră medulară sau probleme circulatorii. Un disc herniat („alunecat") poate produce simptome similare.

Testele suplimentare pentru diagnosticarea îngustării canalului vertebral pot include o tomografie computerizată (CT) sau o mielografie (vezi pag. 610).

Durerea datorată stenozei spinale se accentuează când coborâți o pantă şi persistă când stați în picioare. Se ameliorează când stați jos. Durerea produsă de insuficiența circulatorie, pe de altă parte, este mai puternică atunci când urcați o pantă şi diminuă când stați în picioare.

Cât de gravă este stenoza de canal vertebral?

Simptomatologia diferă în funcție de partea de coloană afectată şi de cât de mare este zona afectată. Dacă presiunea exercitată asupra rădăcinilor nervoase poate fi îndepărtată eficient prin tratament, simptomatologia poate să nu progreseze în viitor şi se poate chiar ameliora.

În unele cazuri, stenoza de canal vertebral poate duce la durere invalidantă sau alte simptome ce necesită intervenție chirurgicală.

Tratament

În cazul stenozei uşoară până la moderată singurele tratamente de care aveți nevoie pot fi cel medicamentos şi fizioterapia. În trecut, repausul la pat era metoda terapeutică principală pentru durerea acută de spate. Acum, acesta se recomandă doar câteva zile dacă durerea este severă. Repausul prelungit la pat poate reduce forța musculaturii şi poate duce în viitor la incapacitate.

Tratament medicamentos

Medicamentele antiinflamatorii nesteroidiene şi musculorelaxantele pot ameliora durerea şi reduc inflamația. Pot fi utile şi analgezicele eliberate fără rețetă. Se pot injecta corticosteroizi pentru o ameliorare temporară, dar aceştia nu duc la vindecare.

Fizioterapia

În cazul durerii acute pot fi de ajutor aplicațiile calde sau reci sau un masaj uşor efectuat de un fizioterapeut. O dată ce durerea diminuă, fizioterapeutul vă poate recomanda un program de exerciții pentru a vă îmbunătăți flexibilitatea, pentru a vă creşte forța musculară la nivelul spatelui şi abdomenului şi pentru a vă corecta postura.

Purtarea unui brâu în jurul părții inferioare a spatelui vă poate îmbunătăți de asemenea postura. Limitați utilizarea suporturilor pentru spate când efectuați activități care vă solicită musculatura spatelui. Folosirea pe scară largă a suporturilor pentru spate poate duce la slăbirea musculaturii la nivelul spatelui şi abdomenului.

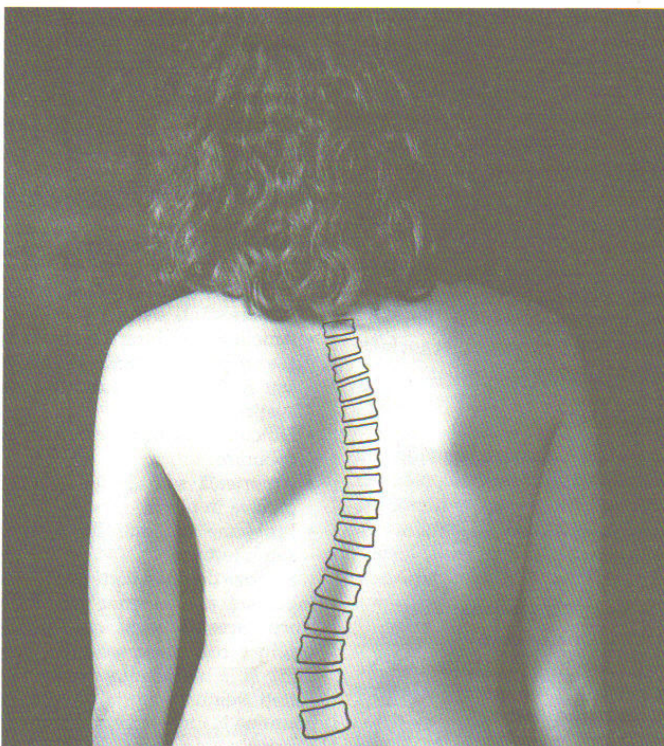
Tratament chirurgical

Dacă aveți durere invalidantă, slăbiciune progresivă în picioare sau scăderea controlului asupra vezicii urinare sau intestinului, medicul dumneavoastră vă poate recomanda efectuarea unei intervenții chirurgicale. Pe parcursul acestei intervenții, numită laminectomie, chirurgul îndepărtează osul şi țesutul moale care protruzionează în canalul vertebral sau care presează nervii spinali.

Dacă aveți spondilolistezis, o afecțiune în care vertebra alunecă în față şi creează presiune asupra nervilor spinali sau a măduvei spinării, câteva vertebre din regiunea inferioară a spatelui pot fi unite.

Laminectomia poate adesea să amelioreze sau să elimine durerea de la nivelul feselor şi picioarelor, dar să nu îndepărteze durerea de la nivelul părții inferioare a spatelui, aceasta fiind asociată unei probleme subiacente, cum ar fi artroza.

În câteva luni de la operație veți fi capabil să vă reluați majoritatea activităților zilnice, exceptând munca fizică intensă. Perioada de refacere şi recuperare poate fi mai



O curbură laterală a coloanei se numeşte scolioză.

Testarea densității osoase

Densitatea osoasă poate fi măsurată prin câteva mijloace nedureroase și neinvazive. Testele de densitate osoasă includ:

- *Central dual energy X-ray absorptiometry.* Numit DEXA sau DXA, acest test utilizează nivele scăzute de raze X pentru a vă evalua coloana, șoldul sau întreg corpul. Aceasta este metoda de preferat, dar poate fi disponibilă doar în spital sau alte clinici.
- *Peripheral dual energy X-ray absorptiometry.* Numit pDEXA sau pDXA, acest test utilizează nivele scazute de raze X pentru a măsura masa osoasă de la nivelul încheieturii mâinii, degetului sau călcâiului. Acest aparat se poate găsi în cabinetul medicului dumneavoastră, spre deosebire de DEXA, testul fiind astfel mai accesibil.
- *Examenul cantitativ cu ultrasunete (QUS).* Un test QUS utilizează transmiterea ultrasunetelor la nivelul călcâiului, tibiei și rotulei. Acest echipament este portabil, necostisitor, fiind astfel mai accesibil. Acuratețea metodei în comparație cu DEXA este în studiu.
- *Tomografia computerizată cantitativă (QCT).* Un test QCT este cel mai frecvent utilizat pentru măsurarea densității coloanei.

În funcție de rezultate se va stabili cât de des aveți nevoie să repetați testele. În cazul în care luați medicație pentru osteoporoză sau osteopenie, puteți efectua măsurători la fiecare 2 sau 3 ani pentru a determina eficiența tratamentului.

lungă dacă a fost necesară fuzionarea unor vertebre.

Scolioza

Semne și simptome

- O curbură în lateral a coloanei
- Cutie toracică asimetrică, cu un umăr protruzionat

Scolioza este o curbură nedureroasă, anormală a coloanei. De obicei, apare o curbură într-o parte, urmată de o îndoire compensatorie în direcția opusă, formând o configurație de S – așa cum se vede din spate.

Într-un procent mic de cazuri avem de-a face cu un defect congenital al coloanei. Cauza majorității cazurilor este necunoscută, cu toate că factorii moșteniți pot juca un rol. Deformarea poate începe la sugari sau preșcolari sau la școlarii mici, dar deseori problema este detectată în adolescență. Curbura semnificativă poate apărea fără ca părinții sau copilul să observe deoarece debutul este gradat, iar afecțiunea nedureroasă. Multe școli au programe de screening pentru detectarea scoliozei.

Diagnostic

O examinare vizuală a coloanei este în general suficientă pentru identificarea scoliozei, cu toate că medicul dumneavoastră vă poate solicita o radiografie de coloană pentru a determina extinderea curburii.

Cât de gravă este scolioza?

Cazurile ușoare produc în general puține probleme și nu necesită tratament, dar trebuie monitorizate atent deoarece afecțiunea se poate agrava.

În cazurile de scolioză mai severe, vertebrele implicate se pot roti, ducând la creșterea spațiilor intercostale de o parte și îngustarea acestora de cealaltă parte. Pot apărea probleme pulmonare ca urmare a bolii.

Tratament

Deformările mici nu necesită tratament. Curburile mai pronunțate pot necesita tratament, utilizându-se un fixator, mai ales la adolescenții în creștere. Curburile severe pot necesita intervenție chirurgicală. În general, exercițiile fizice nu au efect asupra scoliozei.

Afecțiunile osoase

Oasele dumneavoastră sunt țesuturi vii, care se schimbă. Măduva din interiorul oaselor produce celule sangvine și oasele acționează ca depozite pentru minerale, cum ar fi calciul și fosfații. Unele dintre bolile care afectează osul, cum ar fi osteoporoza, sunt frecvente, altele mai rare.

Osteoporoza

Semne și simptome

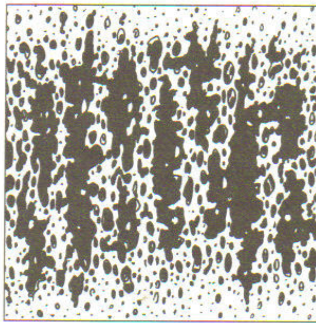
- Inițial nici unul
- Dureri de spate
- Scădere în înălțime și încovoiere
- O fractură osoasă, incluzând fractura vertebrală prin tasare

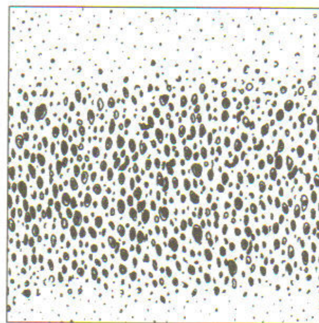
Fundația Națională de Osteoporoză (din SUA) estimează că aproximativ 44 milioane de oameni din SUA, cu vârsta de 50 de ani și peste, au osteoporoză sau un risc crescut de a face boala. 68% dintre aceștia sunt femei. Numărul de cazuri, atât la femei cât și la bărbați, este în creștere.

Osteoporoza este o afecțiune în care oasele devin mai puțin dense și mai poroase. Cantitatea de calciu depozitată în oase scade, ducând la slăbirea scheletului dumneavoastră și crescându-vă riscul de fracturi. Majoritatea cazurilor de osteoporoză sunt datorate accelerărilor modificărilor normale ale organismului. Aproximativ 1 din 4 femei, cu vârsta peste 45 de ani, și 9 din 10 femei cu vârsta peste 75 ani au osteoporoză. Afecțiunea este mai frecventă după menopauză. Comparativ cu femeile, bărbații au în general o rezervă mai mare de minerale în oase și au o tendință mai mică de pierdere a masei osoase.

Factorii de risc pentru osteoporoză includ îmbătrânirea, antecedentele familiale de osteoporoză, aport inadecvat de calciu prin dietă, sedentarismul, fumatul, excesul de alcool și alimentația neccorespunzătoare, ca în cazul anorexiei și bulimiei.

Osteoporoza poate însoți afecțiuni endocrine, cum ar fi acromegalia și sindromul Cushing, sau poate apărea în urma utilizării anumitor medicamente prescrise cum ar fi corticosteroizii și anticonvulsivantele. În aceste cazuri, tratarea cauzei subiacente sau întreruperea anumitor medicamente pot ameliora situația.





Osul osteoporotic (stânga) este mai slab, mai poros şi mai expus fracturilor decât osul normal (dreapta).

Diagnostic

Se poate să nu ştiţi că aveţi osteoporoză până când nu vă fracturaţi un os. Medicul dumneavoastră vă poate recomanda efectuarea unui test de densitate osoasă nedureros, neinvaziv – cel mai frecvent la nivelul coloanei, şoldului sau încheieturii mâinii.

Rezultatele testelor sunt comparate cu două valori standard – media densităţii osoase a unei persoane de vârsta, sexul şi dimensiunile dumneavoastră, şi valoarea optimă a densităţii osoase a unui adult tânăr, sănătos, de acelaşi sex.

Rezultatele sunt raportate ca scoruri T, care reflectă diferenţa între densitatea dumneavoastră osoasă şi cea a unui adult tânăr, sănătos. Cu cât densitatea osoasă este mai mică, cu atât aveţi un risc mai mare de fracturi.

Dacă aveţi un scor T mai mare de –1, aveţi o masă osoasă normală. Un scor între –1 şi –2,4 semnifică osteopenie, o scădere a densităţii osoase care vă creşte riscul de a dezvolta osteoporoză. Un scor T de –2,5 sau mai mic indică osteoporoză.

Nu există un consens între doctori şi organizaţiile medicale în ceea ce priveşte persoanele care trebuie să beneficieze de un test de densitate osoasă. În general, testul se recomandă următoarelor persoane:

- toate femeile cu vârsta peste 65 ani;
- toţi adulţii cu afecţiuni cunoscute că scad masa osoasă;
- toţi cei care urmeaza să ia –sau iau – corticosteroizi;
- toţi adulţii tineri care au niveluri scăzute de hormoni estrogeni sau testosteron;
- orice adult cu vârsta peste 40 ani care a avut o fractură şi doreşte să ia tratament pentru osteoporoză.

Cât de gravă este osteoporoza?

Fracturile sunt cea mai frecventă consecinţă a osteoporozei. Oasele osteoporotice se pot rupe prin

Vertebroplastia

Vertebroplastia este un procedeu utilizat pentru ameliorarea durerii ce poate însoţi fracturile vertebrale prin tasare. Aceasta necesită injectarea de ciment osos la nivelul vertebrei afectate. Cimentul se întăreşte în câteva ore, stabilizând fractura şi îndepărtând durerea.

Fracturile vertebrale prin tasare sunt cel mai frecvent rezultatul solicitărilor acute ale oaselor slăbite de osteoporoză. Mai rar, fracturile sunt rezultatul tumorilor canceroase (maligne) care afectează coloana.

Vertebroplastia produce adesea diminuarea durerii atunci când metodele standard de îngrijire a fracturilor prin tasare – care includ repausul, analgezice şi un dispozitiv de fixare – eşuează. Poate fi mai eficientă la fracturi mai recente de 6 luni.

O metodă similară este cifoplastia, în care un dispozitiv cu un balon se introduce la nivelul vertebrei tasate pentru a o expansiona înainte de injectarea cimentului. Peste 80% dintre cei care au făcut o vertebroplastie semnalează diminuarea semnificativă a durerii în primele 48 de ore.

Cui se adresează?

Mulţi oameni prezintă o scădere importantă a durerii datorată fracturilor prin tasare după câteva săptămâni de tratament standard. În unele cazuri, însă, durerea persistă, limitând mobilitatea şi interferând cu activităţile zilnice. Pentru aceştia, vertebroplastia poate fi o bună alternativă.

Dacă sunteţi un candidat pentru efectuarea procedurii, veţi avea nevoie de o radiografie de coloană şi examene radiologice speciale, cum ar fi rezonanţa magnetică nucleară (RMN) sau o tomografie osoasă pentru a ajuta la determinarea localizării vertebrei afectate şi a vârstei fracturii.

Cei care nu pot beneficia de vertebroplastie sunt cei care au afecţiuni medicale care le contraindică poziţia culcat pe burtă pentru mai mult de 2 ore şi cei cu afecţiuni hemoragice sau la care nu se poate întrerupe tratamentul anticoagulant.

Ce implică procedeul?

Vi se va cere să vă întindeţi pe burtă şi veţi primi un sedativ. Injectarea unui anestezic local va amorţi pielea de deasupra vertebrei afectate. Unii pot primi anestezie generală.

Radiologul – un medic specializat în utilizarea razelor X şi a altor procedee radiologice – introduce un ac special în vertebra implicată sub ghidaj radiologic. Când acul ajunge în poziţia corectă în vertebră, radiologul va injecta cimentul osos.

După efectuarea procedurii vi se va cere să staţi întins pe spate pentru circa 3 ore, perioadă în care cimentul se întăreşte. Puteţi să vă întoarceţi acasă fie în aceeaşi zi sau, mai târziu, în dimineaţa următoare.

solicitare mică sau fără solicitare. Osteoporoza vă afectează de asemenea stilul de viaţă. Pentru mulţi oameni, osteoporoza înseamnă modificări în dietă şi programe de exerciţii pentru minimalizarea pierderii ulterioare de masă osoasă. Ea înseamnă, de asemenea, desfăşurarea cu înţelepciune a activităţilor zilnice pentru a evita expunerea oaselor la riscuri evitabile.

Fracturile vertebrale prin tasare datorate osteoporozei necesită rareori tratament chirurgical. În mod normal, durerea severă începe brusc, este centralizată la nivelul spatelui, putând iradia în jurul trunchiului, fiind agravată de mişcare şi ameliorată prin aplicarea de caldură şi diminuă treptat în 1 - 2 luni. După ani de zile, totuşi, fracturile vertebrale prin compresie pot duce la apariţia cocoaşei („cocoaşa văduvei") şi la o poziţie din ce în ce mai aplecată.

Dacă oasele dumneavoastră sunt sever slăbite, osteoporoza poate fi invalidantă. Afecţiunea se asociază cu aproximativ 40 000 de decese anual, majoritatea după complicaţii ale fracturii de şold.

Tratament

Există o serie de metode terapeutice care pot trata sau preveni scăderea densităţii osoase. Stilul de viaţă joacă de asemenea un rol semnificativ

Tratament medicamentos

Medicul dumneavoastră vă poate prescrie unul din următoarele tratamente medicamentoase, în funcţie de vârsta, starea de sanătate, sex şi cauza bolii.

- *SERM.* Raloxifenul (Evista) este un modulator selectiv de receptori estrogenici (SERM) utilizat pentru prevenirea şi tratamentul osteoporozei. Spre deosebire de extrogeni, raloxifenul nu pare că stimulează ţesutul uterin sau al sânului, dar studiile sunt în desfăşurare.
- *Bifosfonaţii.* Alendronatul (Fosamax) şi risedronatul (Actonel) aparţin unei clase de medicamente numită bifosfonaţi.



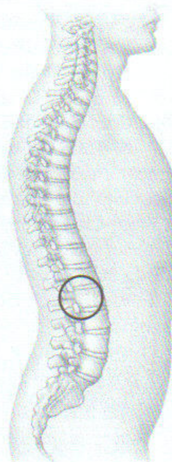
Unul dintre efectele posibile pe termen lung ale osteoporozei este o serie de fracturi prin tasare vertebrală ce pot duce la încovoiere şi apariţia cocoaşei în partea superioară a spatelui.

Care sunt riscurile?

Riscul principal asociat vertebroplastiei este că cimentul osos se poate pierde în ţesuturile din jur şi vasele sangvine, exercitând o presiune asupra măduvei spinării sau a rădăcinilor nervoase, producând durere şi slăbiciune.

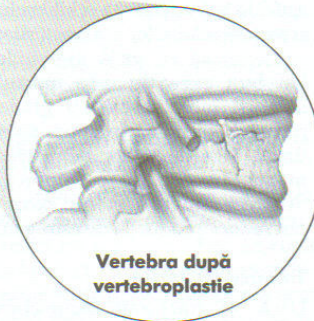
Un alt risc este ca cimentul să pătrundă în vasele sangvine, să meargă apoi către plămâni şi să se localizeze într-o arteră pulmonară (embolism pulmonar), producând durere în piept şi probleme respiratorii. Totuşi, ambele riscuri sunt rare.

O persoană cu oase moi îşi poate fractura o coastă prin întinderea pe burtă pe perioada procedurii. Alte riscuri posibile includ infecţia, sângerarea şi lezarea posibilă a vertebrei datorată plasării acului.

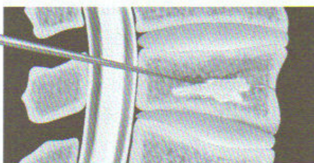




Vertebra cu fractură prin tasare



Vertebra după vertebroplastie



Vertebra injectată cu ciment osos

Acestea ajută la reducerea pierderii osoase şi creşterea densităţii osoase. Aceste medicamente sunt utilizate pentru tratamentul osteoporozei la bărbaţi şi la cei care iau corticosteroizi.

- *Terapia de substituţie hormonală.* Dacă sunteţi o femeie în perioada de postmenopauză, medicul dumneavoastră vă poate recomanda o terapie de substituţie hormonală, care implică de obicei administrarea unei combinaţii de hormoni estrogeni şi progesteron. Estrogenii pot reduce pierderea osoasă şi cresc densitatea osoasă. Progesteronul are alte beneficii şi riscuri care trebuie discutate cu medicul dumneavoastră. Dacă aveţi histerectomie, veţi avea nevoie doar de estrogeni.
- *Alte tratamente hormonale.* Pentru femeile cu mai mult de 5 ani trecuţi de la menopauză se poate prescrie uneori calcitonina, un hormon natural implicat în reglarea calciului şi a metabolismului osos, cu scopul încetinirii pierderii osoase şi creşterii densităţii osoase la nivelul coloanei. Calcitonina se administrează injectabil sau sub formă de spray nazal (Miacalcin).

Exerciţiile fizice

Este importantă efectuarea regulată a unui program de exerciţii pentru controlul şi prevenţia osteoporozei. Exerciţiile de ridicare a greutăţilor şi creştere a forţei pot ajuta la menţinerea densităţii osoase. Exerciţiile de creştere a forţei musculaturii spatelui vă ajută la menţinerea unei posturi corecte. Exerciţiile fizice duc la creşterea forţei musculare, ducând astfel la îmbunătăţirea echilibrului şi evitarea căderilor şi a fracturilor.

Alegeţi-vă cu grijă exerciţiile. Un bun exerciţiu este mersul. Începeţi încet şi creşteţi gradat ritmul şi durata. În mod paradoxal, femeile atlete de performanţă au risc de osteoporoză deoarece slăbirea şi efortul excesiv pot reduce producţia de estrogeni.

Tratarea fracturilor

Dacă vă fracturaţi încheietura mâinii, şoldul sau un alt os, puteţi avea nevoie de o procedură de urgenţă pentru alinierea osului în vederea vindecării sale corecte. Fracturile vertebrale pot necesita pentru stabilizarea osului efectuarea unui procedeu numit vertebroplastie. Fizioterapia este adeseori o componentă importantă a recuperării după orice fractură.

Profilaxie

La ora actuală indicaţiile sunt ca femeile să stocheze mai mult calciu la nivelul scheletului înainte de menopauză, scăzând astfel riscul dezvoltării osteoporozei semnificative. Deci, femeile trebuie să consume o dietă bogată în calciu şi cu o cantitate adecvată de vitamina D pentru a ajuta absorbţia calciului încă de la vârste tinere.

Alimentele bogate în calciu includ produsele lactate, verdeţurile, fasolea, nucile şi cerealele. Mulţi doctori vă pot recomanda un supliment de calciu pentru a vă asigura că primiţi cantitatea adecvată de calciu în dietă. Un aport de calciu de cel puţin 1000 miligrame (mg) pe zi prin dietă sau suplimente vă poate ajuta la menţinerea unui nivel maximal al calciului. Dacă sunteţi în vârstă, mai ales dacă aveţi osteoporoză, aportul recomandat este de 1 200 până la 1 500 mg/zi. Efectuarea regulată a exerciţiilor de purtare a greutăţii şi de creştere a forţei este importantă pentru prevenirea osteoporozei. Exerciţiile de purtare

Afecţiunile scheletului în copilărie

Numeroase probleme ale scheletului sunt specifice copiilor. Din fericire, majoritatea lor sunt rare. Aceste afecţiuni includ:

Boala Legg-Calvé-Perthes

Boala Legg-Calvé-Perthes afectează mai frecvent băieţii decât fetele. Afecţiunea devine de obicei evidentă între 3 şi 10 ani. Copiii care dezvoltă boala înainte de vârsta de 6 ani au de regulă un prognostic mai bun decât cei care o dezvoltă mai târziu.

Boala Legg-Calvé-Perthes produce deteriorarea progresivă a porţiunii de sus a osului coapsei (capul femural) datorită unui aport sangvin insuficient către osul în creştere. Cauza nu este clară, dar pot juca un rol factorii ereditari, hormonali şi traumatismele.

După ce celulele osoase mor, organismul le înlocuieşte cu unele noi. Dar, în timp ce aceste noi celule se formează, osul este instabil, se poate rupe şi deforma.

Copilul se poate plânge de dureri în şold şi poate merge şchiopătând. Este importantă indentificarea cauzei deoarece există şi alte afecţiuni la copii care produc durere de şold şi şchiopătare.

Scopul tratamentului este de a proteja osul şi articulaţia de solicitare şi leziuni pe parcursul procesului natural de vindecare, care poate dura de la 1½ la 3 ani. Tratamentul depinde de severitatea bolii, dar poate include repaus la pat, un grad de exerciţii de mişcare, purtarea cârjelor şi medicamente antiinflamatoare nesteroidiene (AINS). Poate fi necesară tracţiunea osului pentru imobilizarea lui, ajutând astfel vindecarea, fixarea şi intervenţia chirurgicală.

Majoritatea copiilor cu această afecţiune îşi pot relua activitatea normală. Totuşi, ei pot continua să şchiopăteze câţiva ani. Copiii cu afectare severă au risc crescut de a dezvolta artroza articulaţiei şoldului.

Alunecarea epifizei capului femural

Pe parcursul perioadei explozive de creştere chiar înainte de pubertate, platoul de creştere a părţii sferice a capului femural poate aluneca. Osul coapsei se va rota în afară şi alunecă în sus faţă de capul femural. Această afecţiune neobişnuită se numeşte alunecarea epifizei capului femural.

Simptomele frecvente sunt durerea în genunchi, coapsă sau şold şi o şchiopătare care implică

a greutății includ alergatul, mersul, tenisul, dansul, schi fond, ridicarea greutăților și aproape orice activitate care combină mișcarea cu solicitarea membrelor.

Pot fi de folos, de asemenea, alte precauții suplimentare. Nu fumați, limitați consumul de cofeină la nu mai mult de 3 căni de cafea pe zi și evitați consumul unor cantități crescute de proteine și de alcool.

Osteomalacia și rahitismul

Semne și simptome

- Durere în oasele brațelor, picioarelor, coloanei și pelvisului
- Slăbiciune progresivă
- Picioare îndoite, proiecția pieptului (pieptul în carenă) și la copii, protruzionarea stomacului

Osteomalacia înseamnă slăbirea oaselor. Înmuierea apare datorită unei incapacități a scheletului de a încorpora cantități adecvate de minerale în oase. Oasele devin flexibile, astfel încât greutatea corpului și alte forțe le solicită treptat, deseori ducând la deformări. La copii, osteomalacia este cunoscută ca rahitism.

Una dintre cele mai frecvente cauze de osteomalacie este malabsorbția grăsimilor, o afecțiune numită steatoree. În loc de a fi absorbite la nivelul intestinului subțire, grăsimile sunt eliminate prin scaun. Ca urmare, vitamina D, o vitamină liposolubilă, este absorbită prost. Aceasta va duce la împiedicarea absorbției intestinale a calciului și fosforului, care depinde de vitamina D. Malabsorbția grăsimilor poate apărea în boli digestive, cum ar fi sprue nontropical și sindromul de intestin scurt.

O alta cauză de osteomalacie este un deficit de vitamina D în dietă. În SUA, oamenii primesc vitamina D prin lapte, care conține supliment. În plus, organismul dumneavoastră produce în mod natural vitamina D atunci când vă expuneți pielea la soare. Hipovitaminoza D este mai frecventă în țările în care vitamina nu se adaugă în alimente sau în care oamenii se expun prea puțin la soare.

O cauză rară de osteomalacie este creșterea nivelului de acizi din lichidele organismului datorită malfuncției renale. Această afecțiune, numită acidoza tubulară renală, apare la cei cu afecțiuni renale congenitale sau dobândite. Creșterea acizilor duce la dizolvarea gradată a scheletului, așa cum oțetul inmoaie coaja oului.

Există și o formă rară, ereditară, de rahitism, care duce la o statură mică a adultului, numită deseori rahitism rezistent la vitamina D.

Diagnostic

Primii pași în diagnosticul osteomalaciei și rahitismului sunt testele sangvine ce măsoară nivelurile calciului și fosforului, și examinarea radiologică a oaselor afectate. Uneori, se poate lua o bucățică de os (biopsie) pentru a fi examinată în laborator.

O dată ce se diagnostichează osteomalacia, următorul pas este determinarea cauzei, cum ar fi o problema intestinală (malabsorbția) sau un defect renal.

Cât de grave sunt osteomalacia și rahitismul?

În multe cazuri, corectarea deficitelor minerale duce la dispariția semnelor și simptomelor. La copii și la adulți, tratamentul corespunzător poate duce la corectarea unei mari părți din depleția osoasă de minerale, iar deformările scheletului se pot ameliora în timp.

o legănare în lateral și o întoarcere a piciorului în afară. Simptomele evoluează de obicei gradat săptămâni sau luni, dar ele pot apărea și brusc, asociate unui traumatism.

Afecțiunea este mai frecventă la băieți între 11 și 14 ani, mai ales la cei supraponderali. În 25% din cazuri sunt afectate ambele șolduri.

O alunecare a epifizei capului femural necesită intervenție chirurgicală pentru corectarea problemei sau pentru prevenirea deplasărilor ulterioare. Dacă alunecarea progresează până când devine severă, poate deforma șoldul interferând cu mersul.

Boala Osgood – Schlatter

Boala Osgood – Schlatter afectează copiii cu vârste între 11 și 15 ani, mai ales băieți, și se caracterizează prin durere și umflare la nivelul protuberanței osoase a osului gambei (tibia), chiar sub rotulă. Acesta este locul în care tendonul rotulei se atașează de tibie. Această boală este asociată cu utilizarea excesivă și este mult mai frecventă decât alte afecțiuni discutate în aceasta secțiune.

Cele mai bune tratamente pentru boala Osgood – Schlatter sunt gheața, întinderea și repausul din activitățile solicitante, cum ar fi alergatul și săritul. Un bandaj în jurul tendonului rotulei poate ajuta la îndepărtarea solicitării protuberanței osoase. De asemenea, pot fi de ajutor medicamentele antiinflamatoare, cum ar fi ibuprofenul (Advil, Motrin etc.). Afecțiunea se rezolvă de obicei pe măsura maturizării scheletului.

Luxația congenitală de șold

Luxația congenitală de șold, numită de asemenea și displazia de dezvoltare a șoldului, este datorată faptului că partea concavă a articulației șoldului este prea puțin adâncă la naștere, făcând articulația susceptibilă la luxație. Problema poate duce la modificarea formei oaselor din articulație, ceea ce poate necesita o intervenție chirurgicală mai târziu în viață.

Chiar dacă un copil pare a fi sănătos, medicul trebuie să fie alertat asupra acestei afecțiuni în primul an de viață. Diagnosticul timpuriu permite aplicarea unui tratament simplu, cu atele, care este de regulă eficient. Luxația congenitală de șold tinde să revină în familii, de aceea alertați-vă medicul dacă dumneavoastră sau soțul/soția ați avut afecțiunea.

Piciorul în crosă

Piciorul în crosă, medical numit talipes echinovarus, este o deformare a piciorului prezentă la naștere. Poate fi ereditară. Se poate trata cu ajutorul gipsului sau atelelor în primele săptămâni de viață, deseori cu rezultate bune (vezi pag. 182).

Tratament

În general, tratamentul este direcționat spre corectarea cauzelor subiacente. Uneori, sunt necesare suplimente de calciu, fosfor și vitamina D. În cazul rahitismului rezistent la vitamina D, deformările scheletului pot necesita corectare chirurgicală.

Boala Paget

Semne și simptome

- Uneori nici unul
- Durere, de la disconfort ușor la durere severă, dacă este localizată în apropierea articulației
- Căldură la nivelul pielii de deasupra zonei afectate
- Probleme neurologice cum ar fi căderea părului, orbire, cefalee și slăbiciune
- Picior îndoit

Boala Paget este o boală osoasă metabolică, numită așa după chirurgul englez care a descris-o prima oară (sec. al XIX-lea). Boala Paget osoasă nu are legătură cu boala Paget a sânului, care este o formă de cancer de sân.

Mulți oameni cred că scheletul uman nu se mai schimbă o dată ce a atins creșterea completă. Nu este adevărat. Osul este un țesut viu, aflat într-un proces continuu de înnoire. Boala Paget dezbină procesul normal de pierdere și formare osoasă, ducând la distrugerea țesutului osos în exces și creșterea formării de țesut osos nou. Aceasta duce la apariția unei structuri anormale la nivelul osului afectat, deoarece osul nou se formează pe o structură deficitară, putând fi astfel mai moale și mai slab decât osul normal.

Cauza bolii Paget nu este cunoscută. Unii experți consideră că apare datorită unei infecții virale a anumitor celule osoase numite osteoplaste. În plus, anumite persoane pot fi genetic predispuse să facă această boală.

Cei cu vârsta peste 40 de ani sunt mai predispuși să dezvolte boală Paget, deși în cazuri rare poate apărea la adulții tineri. Ocazional, poate apărea în familie. Boala afectează frecvent scalpul, brațele, picioarele și coloana. Poate afecta doar una sau două zone ale scheletului sau poate fi generalizată.

Diagnostic

Deseori, primul semn al afecțiunii este un nivel crescut de fosfatază alcalină găsit la un test sangvin de rutină. Fosfataza alcalină este o enzimă implicată în distrugerea osoasă. Dacă nu ați făcut o analiză sangvină și medicul dumneavoastră suspectează o boală Paget, vă va recomanda una. Medicul dumneavoastră poate solicita efectuarea unor radiografii și a unor tomografii osoase. Poate fi luată, de asemenea, o probă de țesut osos afectat (biopsie) pentru analiza de laborator.

Cât de gravă este boala Paget?

Majoritatea oamenilor cu această boală nu au simptome. În cazul celor simptomatici, de obicei este afectată doar o zonă a corpului, cel mai frecvent coloana, scalpul, pelvisul, coapsele sau părțile inferioare ale piciorului. Cu toate acestea, pot fi implicate mai multe zone. Oasele afectate se pot deforma și devin susceptibile la fracturi. În majoritatea cazurilor, boala progresează foarte lent.

Rareori, pot apărea complicații severe, pe termen lung. Acestea pot merge de la surditate la insuficiență cardiacă congestivă sau afectarea măduvei spinării. Rareori se poate dezvolta un cancer osos numit osteosarcom la nivelul oaselor afectate de boala Paget.

Tratament

Dacă nu aveți simptome, probabil nu veți avea nevoie de tratament. Dacă aveți simptome, medicul vă va recomanda probabil tratament medicamentos.

În stadiile inițiale, boala Paget poate necesita tratament pentru combaterea durerii și inflamației. Analgezicele, cum ar fi acetaminofenul (Tylenol etc.) și antiinflamatoarele nesteroidiriene (AINS) cum ar fi ibuprofenul (Advil, Motrin etc.) sau aspirina sunt de obicei suficiente.

Afecțiunile endocrine și sistemul osos

Sistemul dumneavoastră endocrin este format din glande ce secretă hormoni care influențează practic toate funcțiile și părțile organismului, inclusiv oasele. Următoarele boli endocrine afectează oasele. Pentru mai multe informații asupra acestor afecțiuni, vezi cap. 32, „Sistemul endocrin”.

Acromegalia

Această afecțiune este rezultatul secreției în cantitate prea mare a hormonului de creștere de către glanda hipofiză la adulți. Cei cu acromegalie au în mod caracteristic mâini și picioare mari, și prezintă, de asemenea, creșterea maxilarului și a craniului.

Gigantismul

Gigantismul este o afecțiune rară, produsă de secreția în exces a hormonului de creștere înainte de atingerea creșterii complete la copil. Afecțiunea produce accelerarea procesului de creștere ducând la o talie exagerată.

Hipopituitarismul

Hipopituitarismul apare atunci când glanda pituitară (hipofiza) produce prea puțini hormoni sau deloc. Atunci când un copil cu această afecțiune are prea puțin hormon de creștere, apare nanismul.

Hiperparatiroidismul

În cazul acestei boli, organismul dumneavoastră produce prea mult hormon paratiroidian. Drept urmare, oasele eliberează prea mult calciu, ducând la slăbirea scheletului.

Dacă boala progresează, medicul dumneavoastră poate prescrie un medicament din clasa bifosfonaţilor cum ar fi pamidronat (Aredia), alendronat (Fosamax), risedronat (Actonel), tiludronat (Skelid) sau etidronat (Didronel) care ajută la reducerea pierderii osoase şi la creşterea densităţii osoase. Acestea se iau de obicei câteva luni. Un alt medicament eficient este calcitonina (Miacalcin), un hormon natural implicat în reglarea calciului şi în metabolismul osos. Rareori, este necesară intervenţia chirurgicală pentru repararea deformărilor.

Displazia fibroasă

Semne şi simptome

- Durere osoasă, mai ales la nivelul gambei
- Mers dificil
- Rareori, fracturi şi multiple deformări osoase
- Deseori, nici unul

Displazia fibroasă seamănă cu boala Paget, fiind caracterizată prin creşterea anormală a ţesutului osos. În cazul displaziei fibroase, totuşi, ţesutul osului este mai degrabă fibros decât osos. Afecţiunea apare tipic mai întâi în copilarie şi afectează unul sau mai multe oase. Creşterea anormală se opreşte de obicei la pubertate.

Cauza displaziei fibroase este necunoscută. Cazurile severe, cu deformări osoase sau fracturi, pot afecta grav calitatea vieţii. O formă a bolii, numită sindrom Albright, se asociază cu sexualizare prematură la fete.

Diagnostic

Prezenţa displaziei fibroase este confirmată în general cu ajutorul radiografiilor osoase sau prin prelevarea unei probe de ţesut osos pentru laborator (biopsie).

Tratament

Cu toate că displazia fibroasă nu este curabilă, poate fi de ajutor intervenţia chirurgicală de îndepărtare a creşterilor fibroase de la nivelul oaselor afectate.

Osteogenesis imperfecta

Semne şi simptome

- Oase fragile care se pot fractura
- Coloraţia albăstruie a părţii albe a ochiului (sclera)
- Deformarea membrelor, în mod particular îndoirea lor
- Picior plat
- Talie mică

Osteogenesis imperfecta este o afecţiune moştenită, rară, în care oasele sunt anormal de fragile. Fracturile pot fi prezente la naştere sau apar mai târziu, când copilul începe să meargă. Este frecventă şi afectarea auzului.

Diagnostic

Examenele radiologice osoase pot confirma adesea diagnosticul.

Cât de gravă este osteogenesis imperfecta?

Această boală are mai multe forme. Cele mai severe sunt adesea fatale. În cazurile mai puţin severe, numărul fracturilor scade marcat o dată ce copilul ajunge la adolescenţă.

Tratament

Tratamentul formelor mai puţin severe ale bolii implică reducerea riscului de fracturi. Este important de corectat prompt toate fracturile şi deformările scheletului. Părinţii unui copil care are afecţiunea trebuie să ceară sfatul unui consilier în genetică înainte de a avea o altă sarcină.

Osteomielita

Semne şi simptome

- Durere intensă şi creşterea temperaturii deasupra osului afectat
- Sensibilitate şi umflare
- Febră
- Fatigabilitate

Osteomielita este o infecţie osoasă produsă de bacterii sau, rareori, fungi. Germenii pot fi dobândiţi prin intermediul unei plăgi, fracturi sau alte leziuni şi ajunge la nivel osos pe calea sângelui. Acesta poate duce la distrugerea osului şi a ţesutului din jur.

Osteomiolita este rară în SUA şi este mai frecventă la copii decât la adulţi. De obicei, este tratată cu succes cu antibiotice, dar poate fi recurentă.

Diagnostic

Dacă medicul dumneavoastră suspectează o osteomielită, testele sangvine sau imagistice pot ajuta la stabilirea diagnosticului. Medicul dumneavoastră poate, de asemenea, recolta o biopsie, în care se ia o probă de ţesut osos pentru analiză şi cultură.

Tratament

Tratamentul uzual este o cură extinsă de antibiotice, asociate cu repausul la pat. În unele cazuri poate fi necesară intervenţia chirurgicală pentru îndepărtarea ţesutului infectat.

Tumorile osoase

Semne şi simptome

- O proeminenţă dură la suprafaţa unui os
- Durere
- Fractura osului afectat

Tumorile primare osoase sunt rare. Majoritatea tumorilor osoase sunt necanceroase (benigne), dar unele sunt canceroase (maligne). Ambele tipuri pot creşte şi înlocui ţesutul osos sănătos, dar tumorile benigne nu se împrăştie şi rar sunt ameninţătoare pentru viaţă.

Dacă tumora este canceroasă, cel mai frecvent cancerul este răspândit la nivel osos din altă parte a organismului (metastazat). Excepţii sunt un tip de cancer al sângelui numit mielom multiplu care începe în măduva osoasă şi osteosarcomul, cel mai frecvent cancer osos primar. Osteosarcomul se dezvoltă în ţesutul nou din oasele în creştere, cel mai frecvent la nivelul genunchiului, partea superioară a piciorului şi partea superioară a braţului. Apare mai ales la copii, adolescenţi şi adulţi tineri, cu vârste între 10 şi 25 ani.

Cauza exactă a cancerului osos este necunoscută. Copiii şi adulţii tineri care au fost supuşi radio- şi chimioterapiei pentru alte afecţiuni au risc crescut de a dezvolta osteosarcom. Adulţii cu boala Paget osoasă pot avea risc crescut de cancer.

Diagnostic

De multe ori, radiografiile sunt de ajutor în diagnosticul unei tumori osoase, dar pot să nu ofere un diagnostic exact. Medicul dumneavoastră poate recolta o biopsie, în care se prelevează o bucată mică de țesut pentru examinarea în laborator.

Cât de gravă este o tumoră osoasă?

O creștere benignă prezintă rareori un risc crescut pentru sănătate. Dacă tumora este un cancer cu origine la nivel osos (tumoră primară) și care nu s-a răspândit, poate fi curabilă cu ajutorul unei combinații de tratamente. Cancerul osos care s-a răspândit în organism sau cancerul metastazat în os de la un alt nivel sunt rareori curabile.

Tratament

Tumorile benigne pot să nu aibă nevoie de tratament, dar unele sunt îndepărtate chirurgical dacă produc durere sau alte simptome. O tumoră canceroasă poate necesita o combinație terapeutică, incluzând chirurgia, radioterapia și chimioterapia. Uneori, este necesară amputația membrului afectat, dar chimioterapia pre- și postoperatorie a făcut posibilă în multe cazuri prezervarea membrului prin îndepărtarea doar a porțiunii bolnave a osului și reconstrucția extremității. Urmează apoi un program de recuperare.

În cazul cancerului care s-a răspândit, scopul tratamentului este în general ameliorarea durerii și menținerea calității vieții.

Afecțiunile mușchilor, tendoanelor și țesuturilor moi

Fibrele dumneavoastră musculare sunt elongabile și contractile. Când mișcați un membru, se contractă un mușchi pentru a produce mișcarea. Pentru a reveni în poziția inițială se contractă mușchiul opus.

O importanță în egală măsură în mișcare o au tendoanele, care leagă mușchii de oase. În majoritatea regiunilor organismului, tendoanele fie se împletesc cu mușchii, fie se găsesc sub forma unor conectoare scurte între capetele musculare și oase. Tendoanele de la nivelul mâinilor și picioarelor sunt lungi, ca niște cordoane. Tendoanele fibroase transmit mișcarea mușchilor către oase la nivelul întregului organism. Contractați un mușchi și el va produce mișcarea tendoanelor atașate și a oaselor.

Mușchii, tendoanele și țesuturile moi pot fi afectate de o serie de probleme frecvente, de la disconfortul unei tendinite la efectele mutilante ale distrofiei musculare.

Tenosinovite

Semne și simptome

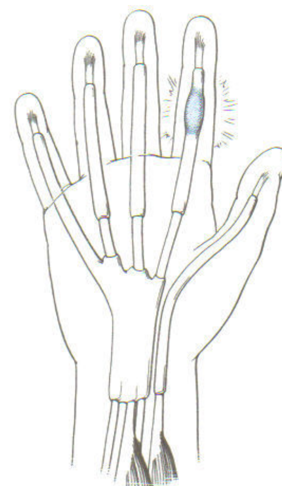
- Sensibilitate și durere
- Mișcare asociată cu senzație sau sunet ca o pocnitură
- Durere atunci când mișcați zona afectată
- O articulație caldă și inflamată

Tendoanele lungi, ca niște cordoane, se întind de la nivelul mâinii dumneavoastră la fiecare deget. Fiecare tendon este înconjurat de o teacă limitată de o membrană numită sinovie. Sinovia secretă un lichid care lubrefiază articulațiile și învelișul tendoanelor și care are rol în nutriția cartilajului.

Funcția tecii tendonului este de a preveni aderarea tendonului de țesuturile din jur. În cazul tenosinovitei, sinovia este inflamată sau infectată.

Tenosinovita se poate datora unei artrite subiacente, dar cel mai des cauza este necunoscută sau este legata de utilizarea în exces sau suprasolicitarea tendonului și a mușchiului corespunzător. Afecțiunea poate fi agravată de activități repetitive, dar nu apare mai frecvent la cei care efectuează mișcări repetate, cum ar fi muncitorii din fabrici sau operatorii de computer, față de ceilalți.

Tenosinovita poate apărea la nivelul încheieturii pumnului, mâinii, cotului și mai frecvent la



Fiecare tendon ca un cablu de la nivelul mâinii dumneavoastră este înconjurat de o teacă de protecție numită sinovie. Atunci când membrana sinovială este inflamată sau infectată (vezi zona luminoasă), apare tenosinovita. Tratamentul este variat, dar poate include repaus, medicație sau chiar intervenție chirurgicală.

nivelul tendonului bicepsului de la nivelul umărului. Este mai frecventă la femei de vârsta medie și mai în vârstă.

Diagnostic

Medicul dumneavoastră va examina zona afectată pentru a determina dacă sinoviala este afectată. Poate solicita efectuarea unei radiografii pentru excluderea problemelor osoase, cum ar fi creșterile osoase sau deformările ce pot fi cauza simptomelor dumneavoastră.

Cât de gravă este tenosinovita?

Dacă o infecție este cauza tenosinovitei este important să primiți imediat tratament deoarece infecția poate produce lezarea definitivă a țesuturilor și afectarea funcțiilor.

Tratament

Diminuarea disconfortului și rentabilizarea funcțiilor zonei afectate se pot realiza prin tratament medicamentos și, în unele cazuri, prin tratament chirurgical. Atunci când tenosinovita este agravată prin utilizare excesivă, tratamentul poate include repaus și modificarea activităților dumneavoastră.

Este importantă folosirea unei tehnici corecte în sport şi în muncă pentru a preveni suprasolicitarea ţesutului.

Tratament medicamentos

În cazul tenosinovitei neinfecţioase, durerea poate fi diminuată cu ajutorul analgezicelor, cum ar fi acetaminofenul (Tylenol etc.), sau antiinflamatoarelor nesteroidiene (AINS), cum ar fi ibuprofenul (Advil, Motrin etc.) sau aspirina. În cazul în care infecţia este cauza disconfortului, medicul vă va prescrie un antibiotic.

Simptomele pot fi ameliorate prin injectarea unui corticosteroid, cum ar fi cortizonul. Această metodă este mai frecvent utilizată, atunci când metodele mai conservatoare nu sunt de ajutor.

Atela

O atelă de protecţie care limitează mişcările poate asigura repausul necesar şi suportul mâinii sau încheieturii pumnului afectat de tenosinovită.

Tratament chirurgical

În unele cazuri de tenosinovita infecţioasă, chirurgia este utilizată pentru drenajul puroiului de la nivelul zonei afectate, limitând răspândirea infecţiei.

Sindromul de tunel carpian

Semne şi simptome

- Amorţeală sau senzaţie de furnicături în degetele dumneavoastră şi în mână, mai ales la nivelul degetului mare, indexului şi degetului mijlociu
- Durere la nivelul încheieturii mâinii, ce se poate extinde la nivelul antebraţului, palmei sau degetelor
- Amorţeală sau durere care se agravează noaptea şi pot fi suficient de severe pentru a vă trezi
- Slăbiciune a mâinii

Cele 8 oase ale încheieturii mâinii (carpiene) şi tendoanele care trec peste ele formează la acest nivel o structură ca un tunel. Tunelul carpian, limitat de oase şi ligamente, protejează nervii şi tendoanele care ajung la nivelul mâinii.

Umflarea sau inflamaţia ţesuturilor de la nivelul tunelului pot comprima nervul median. Acesta asigură sensibilitatea degetului mare, indexului şi degetului mijlociu şi a unei părţi din degetul inelar. O presiune exercitată asupra nervului produce o amorţeală şi durere care caracterizează sindromul de tunel carpian. De multe ori, afectează ambele încheieturi.

Cu toate că sindromul de tunel carpian apare deseori fără o cauză specifică, există un număr de factori care vă pot predispune la apariţia lui. Aceştia includ artrita, obezitatea, fumatul, sarcina şi anumite ocupaţii care necesită mişcări viguroase şi repetitive ale mâinii.

Sindromul de tunel carpian poate apărea la dulgheri, măcelari, pianişti, mecanici şi, ocazional, la pasionaţii de golf, canotori şi biciclişti. Factorul comun este executarea de mişcări puternice, repetitive, cu articulaţia pumnului flectată.

Sindromul de tunel carpian poate însoţi anumite afecţiuni endocrine, cum ar fi diabetul, acromegalia şi rareori hipotiroidismul, precum şi poliartrita reumatoidă. În general, femeile care se apropie de vârsta medie sunt mai predispuse să dezvolte sindrom de tunel carpian.

Diagnostic

Un simptom cheie în stabilirea diagnosticului este că amorţeala din degetele dumneavoastră nu cuprinde degetul mic. Medicul dumneavoastră poate solicita anumite teste pentru a determina dacă impulsurile electrice transmise de-a lungul nervului median încetinesc la nivelul tunelului carpian, indicând ca nervul a fost comprimat.

Furnicăturile sau o durere fulgerătoare la nivelul mâinii sau antebraţului, atunci când percutaţi partea palmară a încheieturii pumnului pot fi un indicator al sindromului de tunel carpian. În plus, puteţi avea o diminuare a masei musculare de la nivelul degetului mare.

Cât de grav este sindromul de tunel carpian?

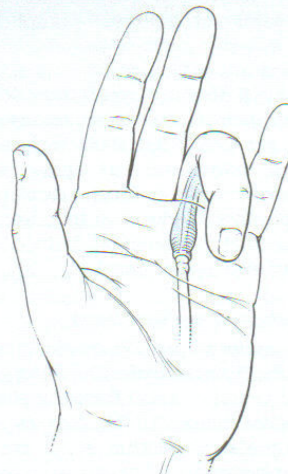
Tratamentul adecvat poate ameliora durerea şi amorţelile şi, de obicei, previne lezarea permanentă a mâinii şi a încheieturii pumnului. Netratat, sindromul

Degetul în trăgaci

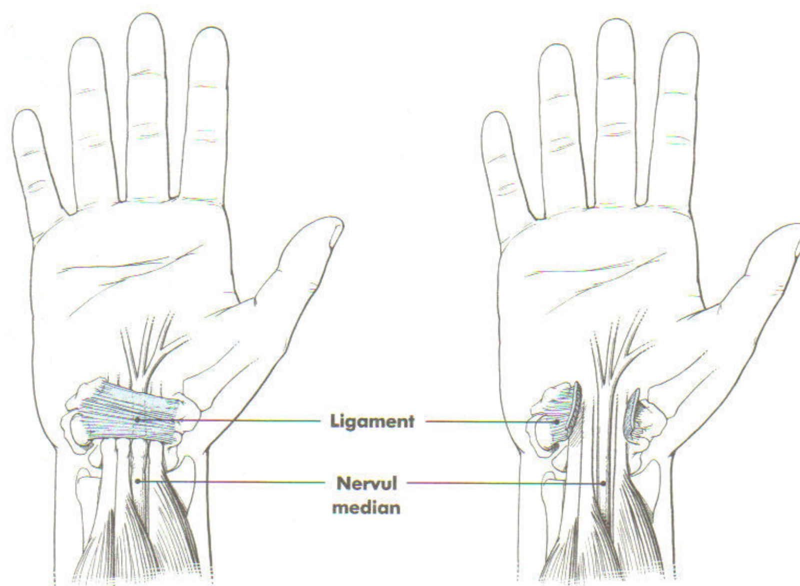
O afecţiune confundată uneori cu tenosinovita, mai frecventă, este degetul în trăgaci. Simptomul caracteristic este o senzaţie de pocnitură în deget atunci când îl îndoiţi sau îl încordaţi. În plus, atunci când încercaţi să îndreptaţi degetul, acesta, în loc să se întindă, pare că ezită şi apoi brusc se îndreaptă pocnind. Netratată, afecţiunea poate duce la incapacitatea îndreptării degetului.

Cauza uzuală a degetului în trăgaci este subţierea şi îngustarea tecii care protejează tendonul şi ajută la coordonarea acestuia în timpul mişcării. Cauzele care duc la subţierea tecii sunt necunoscute, dar afecţiunea este mai frecventă la adulţii vârstnici şi la cei cu diabet.

Infiltraţiile cu cortizon sunt, de obicei, eficiente în tratarea degetului în trăgaci. În cazurile uşoare se poate utiliza o atelă de protecţie care limitează mişcarea degetului afectat. Uneori, este necesară intervenţia chirurgicală. Se face o incizie a tecii tendonului degetului afectat. Aceasta îndepărtează de obicei constricţia şi restabileşte mişcarea totală.



O afecţiune confundată uneori cu tenosinovita este degetul în trăgaci. Teaca ce protejează tendonul se subţiază, făcând dificilă îndreptarea degetului afectat.



Nervul median este protejat de un tunel îngust de la nivelul articulației mâinii dumneavoastră - tunelul carpian, acesta deservind degetul mare, indexul, degetul mijlociu și o porțiune a inelarului. Umflarea sau inflamația tecii tendonului din tunelul carpian sau umflarea țesuturilor din jur pot comprima nervul median, producând amorțire și durere. Dacă tratamentul conservator nu este eficient, se poate tăia chirurgical tunelul carpian (dreapta) pentru a diminua compresia.

poate duce la afectarea permanentă a nervului și musculaturii.

Tratament

Tratamentul conservator implică în general evitarea sau modificarea anumitor activități. Adesea poate fi de ajutor o atelă, mai ales pentru diminuarea durerii nocturne, ea prevenind flexia din încheietura mâinii, care ar apăsa pe nervul median în tunelul carpian. Aplicarea de gheață și întinderea musculaturii mâinii poate duce la diminuarea simptomelor.

Tratament medicamentos

Disconfortul poate fi ameliorat cu ajutorul acetaminofenului (Tylenol etc.) sau antiinflamatoarelor nesteroidiene (AINS), cum ar fi ibuprofenul (Motrin, Advil etc.) sau aspirina.

Dacă metodele terapeutice conservatoare eșuează, medicul dumneavoastră poate injecta în aria afectată un medicament corticosteroid, cum ar fi cortizonul. Dacă problema este recurentă, medicul vă poate recomanda o intervenție chirurgicală.

Tratament chirurgical

Atunci când simptomele sindromului de tunel carpian persistă în ciuda celorlalte tratamente, cea mai bună opțiune poate fi o operație de deschidere a tunelului pentru a crea un spațiu mai mare pentru nervul median. Deseori, această intervenție chirurgicală poate fi făcută cu ajutorul unui instrument mic, numit endoscop. Puteți utiliza total încheietura pumnului și mâna în câteva săptămâni sau luni.

În unele cazuri, totuși, poate persista o amorțeală și nu este neobișnuit să aveți un disconfort la efectuarea anumitor activități.

Profilaxie

Trebuie să fiți precaut când efectuați activități ce necesită mișcări repetate, viguroase, cu încheietura pumnului flectată. Opriți-vă la fiecare 15 - 20 de minute, întindeți și îndoiți ușor mâinile și degetele. Dacă este posibil, schimbați-vă activitățile și faceți altceva pentru câteva minute la fiecare oră. Evitați strângerea prea puternică atunci când conduceți, scrieți sau utilizați unelte. Poate fi de ajutor utilizarea învelișurilor moi, adaptate pentru apucare, pe stilouri, creioane și unelte.

Chistul ganglionar

Semne și simptome

- O umflatură la nivelul încheieturii mâinii dumneavoastră, în general nedureroasă, localizată de obicei lângă o articulație
- Posibil durere, mai ales când faceți flexia sau extensia încheieturii mâinii

Un chist ganglionar este o umflătură care apare sub piele, de obicei pe partea posterioară a încheieturii mâinii dumneavoastră. În unele cazuri poate apărea în vârful piciorului, pe față anterioară a încheieturii mâinii sau pe degete. Chisturile ganglionare sunt formate prin acumularea unei substanțe gelatinoase la nivelul

unei articulaţii sau a tecii unui tendon. Chisturile ganglionare au, de regulă, consistenţă de cauciuc la atingere şi variază în dimensiuni.

Diagnostic

Medicul dumneavoastră va simţi umflătura şi poate solicita un examen radiologic sau alte teste pentru a elimina alte afecţiuni. O examinare cu ultrasunete poate ajuta la confirmarea diagnosticului

Cât de grav este chistul ganglionar?

Chistul ganglionar nu este periculos. Totuşi, dacă descoperiţi o umflătură la nivelul încheieturii mâinii sau piciorului, adresaţi-vă medicului dumneavoastră pentru ca acesta să poată cerceta dacă există o cauză mai gravă.

Tratament

Dacă un chist ganglionar este dureros, medicul poate lua măsuri pentru diminuarea disconfortului. În majoritatea cazurilor, umflătura nu interferă cu stilul dumneavoastră de viaţă şi nu necesită tratament. Uneori, medicul poate injecta un corticosteroid în chist sau îl poate drena cu ajutorul unui ac. Deseori, totuşi, se reface după drenaj.

Tratament chirurgical

În cazul în care chistul ganglionar este dureros şi nu trece după drenaj, el poate fi îndepărtat chirurgical.

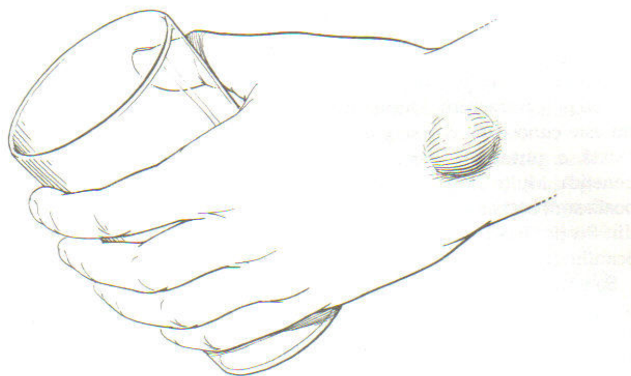
Contractura Dupuytren

Semne şi simptome

- O umflătură mică, un cordon sau o zonă de contractură în palma dumneavoastră
- Deprimarea pielii de deasupra zonei afectate
- O incapacitate de îndreptare a unuia sau a mai multor degete

Această afecţiune, numită aşa după chirurgul francez Guillaume Dupuytren de la începutul secolului al XIX-lea, este caracterizată prin întărirea ţesutului de sub pielea palmei (fascia palmară). Afecţiunea poate duce la contracţia fixă, involuntară a unuia sau mai multor degete.

Contractura Dupuytren nu este de obicei dureroasă, dar vă poate deforma treptat mâna. O întărire



Un chist ganglionar este o umflatură inofensivă sub piele, de obicei pe faţa posterioară a încheieturii mâinii.

Disfuncţia nervului ulnar

Dacă vă loviţi la nivelul cotului şi simţiţi o senzaţie de furnicătură în jos, pe braţ şi în mână, aţi lovit nervul ulnar. Nervul ulnar coboară prin braţ şi intervine în sensibilitatea şi mişcarea încheieturii şi a mâinii. La nivelul cotului, nervul trece aproape de suprafaţa pielii. Datorită acestei localizari vulnerabile, acest nerv este uşor lezat prin rezemare în cot sau traumatisme la acest nivel. De asemenea, el este întins de câte ori îndoiţi cotul. În timp, aceste întinderi repetate pot produce probleme ale nervului ulnar. Uneori, creşterile osoase anormale de la nivelul cotului sau tumefierea tendoanelor sau ligamentelor pot comprima nervul ulnar, distrugându-i învelişul protector (teaca de mielină) sau chiar nervul.

Disfuncţia nervului ulnar este rezultatul lezării nervului ulnar, fie prin comprimare directă, fie prin întindere. Cele mai caracteristice simptome sunt amorţirea şi furnicături la nivelul inelarului şi a degetului mic, agravate de rezemarea în cot sau de menţinerea îndoită a cotului pentru o perioadă lungă de timp, ca atunci când vorbiţi la telefon sau dormiţi. Puteţi avea de asemenea dificultăţi la mişcarea degetelor inelar şi mic şi o sensibilitate de-a lungul porţiunii interne a cotului. Disfuncţia persistentă a nervului ulnar (neuropatia ulnară) poate duce la degenerare musculară (atrofie) la nivelul mâinii afectate şi unele dificultăţi la îndreptarea completă a inelarului şi degetului mic.

Tratamentul depinde de cauză. Deseori, nu este necesar tratament, exceptând evitarea presiunii asupra cotului. Recuperarea este spontană. În cazul traumatismelor se pot utiliza o atelă sau o cotieră pentru a preveni leziuni suplimentare şi pentru a permite vindecarea nervului. În unele cazuri, poate fi necesară intervenţia chirurgicală pentru îndepărtarea presiunii exercitate asupra nervului ulnar. Pentru a elimina efectul întinderii, chirurgul poate schimba traseul nervului, din spatele în faţa cotului.

Disfuncţia de nerv ulnar poate duce la pierderea completă a sensibilităţii mâinii sau degetelor şi a mişcărilor mâinii sau încheieturii pumnului. Totuşi, în cazul în care cauza disfuncţiei poate fi descoperită şi tratată cu succes, este posibilă recuperarea completă. Diagnosticul precoce şi tratamentul cresc şansele de succes ale tratamentului.

similară şi strângerea ţesutului poate afecta talpile. Contractura Dupuytren afectează cel mai frecvent degetul inelar şi pe cel mic, dar poate afecta orice deget, degetul mare sau picioarele.

Cauza contracturii Dupuytren nu este cunoscută, dar se pare că există o puternică componentă genetică. Mulţi dintre cei care au boala sunt bărbaţi de vârsta medie din Scoţia, Irlanda sau Peninsula Scandinavă.

Se pare, de asemenea, ca există o predispoziţie asociată cu alcoolismul şi epilepsia, cu toate că motivul legăturii este necunoscut. Afecţiunea nu este legată de un traumatism.

Diagnostic

O examinare fizică este în general adecvată pentru a diagnostica boala Dupuytren. Deprimarea pielii de deasupra zonei afectate este caracteristică afecţiunii. Poate exista un cordon de ţesut imobil sub piele.

Medicul dumneavoastră vă poate solicita să puneţi palma pe o masă sau pe o alta suprafaţă plană. Dacă nu sunteţi capabil să ţineţi degetele şi palma întinse, aveţi nevoie de tratament. Chiar dacă puteţi să faceţi acest lucru, trebuie să-l repetaţi periodic pentru a monitoriza progresia afecţiunii. Dacă rezultatele indică agravarea problemei se poate recomanda intervenţia chirurgicală.

Cât de gravă este contractura Dupuytren?

Cu toate că această afecţiune frecventă este rareori dureroasă, scăderea flexibilităţii degetelor dumneavoastră poate fi progresiv debilitantă. În multe cazuri, intervenţia chirurgicală poate recupera majoritatea, dacă nu toate mişcările normale, cu toate că problema poate reapărea.

Tratament

În multe cazuri nu este necesar tratamentul. Atunci când trebuie făcut tratament, se recomandă de obicei intervenţia chirurgicală.

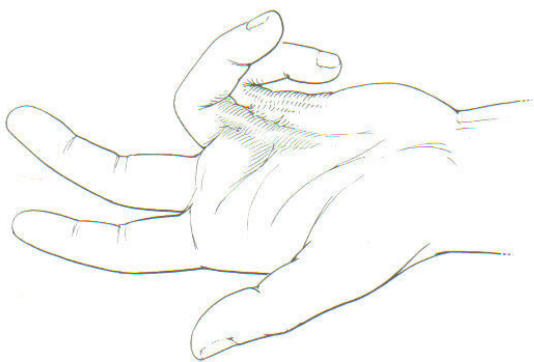
Tratament medicamentos

Nodulii se pot micşora prin injectarea de corticosteroizi. Unii doctori au experimentat injectarea de enzime sau alte medicamente pentru a trata contractura Dupuytren.

Tratament chirurgical

Tratamentul chirurgical implică îndepărtarea ţesutului îngroşat. În cazurile severe poate fi necesară grefarea de piele sau alte intervenţii chirurgicale.

Mâna vă poate fi bandajată cu degetele întinse pentru câteva zile sau săptămâni, după care puteţi începe fizioterapia ce include exerciţii pentru degete şi mână. De obicei, mâna este pusă în atelă noaptea pentru câteva luni după intervenţia chirurgicală.



Îngroşarea şi întărirea ţesutului de sub piele la nivelul palmei (fascia palmară) pot duce la contracţia fixă, involuntară, a unuia sau mai multor degete, afecţiune numită contractura Dupuytren.

Tendinita

Semne şi simptome

- Durere, sensibilitate şi rigiditate lângă o articulaţie
- Durere agravată de mişcare
- Febră
- Roşeaţă, umflare sau căldură deasupra ariei afectate

Tendinita este inflamaţia sau iritaţia unui tendon. Afecţiunea care produce durere şi sensibilitate chiar lângă articulaţie este mai frecventă în jurul umerilor, coatelor şi genunchilor, dar poate afecta, de asemenea şoldurile, partea posterioară a gleznelor şi încheieturilor mâinii.

Tendoanele sunt cordoane groase, fibroase, care ataşează muşchii de os. De obicei, tendonul este înconjurat de o teacă de ţesut (sinovia) similară membranei articulaţiilor. Cea mai frecventă cauză a tendinitei este lezarea sau utilizarea excesivă, prin muncă sau în activităţile de recreere. Rareori, o infecţie a tecii tendonului produce inflamaţia. Tendinita poate fi asociată cu boli cum ar fi poliartrita reumatoidă.

Diagnostic

Dacă durerea interferă cu activităţile dumneavoastră curente sau dacă nu se ameliorează după 2 săptămâni, adresaţi-vă medicului. Cauza problemei poate fi sugerată de o radiografie a zonei de inflamaţie.

Cât de gravă este tendinita?

Tendinita poate deveni o problema cronică şi poate duce la o lezare permanentă sau o ruptură a tendonului. Dacă utilizarea excesivă care produce inflamaţia continuă, atunci ceea ce a fost doar un vag disconfort la vârsta de 30 de ani poate duce la o pierdere a flexibilităţii şi scăderea forţei datorată cicatrizării ţesutului în timp. Tendinţa normală de protejare a zonei dureroase poate duce la rigiditatea articulaţiei.

Uneori, disconfortul dat de tendinită dispare în câteva săptămâni, mai ales dacă ţineţi în repaus articulaţia afectată. La cei care continuă să utilizeze în exces zona afectată şi la vârstnici, problema tinde să se vindece mai greu sau progresează spre o afecţiune cronică. Ligamentele şi tendoanele

din jurul umărului dumneavoastră se pot rigidiza treptat, ducând la pierderea capacitaţii de mişcare. Pierderea severă a gradului de mişcare într-un umăr se numeşte umăr îngheţat (vezi pag. 1009).

Tratament

Scopurile tratamentului sunt ameliorarea durerii şi reducerea inflamaţiei.

Tratament medicamentos

Disconfortul poate fi redus cu ajutorul unui medicament antiinflamator eliberat fără reţetă (AINS), cum ar fi aspirina sau ibuprofenul (Advil, Motrin etc.). Dacă simptomele persistă, medicul dumneavoastră vă poate injecta un medicament corticosteroid, cum ar fi cortizonul, în aria afectată, pentru a reduce inflamaţia.

Autoîngrijirea

Nu utilizaţi zona afectată câteva zile, dar mişcaţi celelalte părţi ale corpului. Ţinerea ridicată şi aplicarea de gheaţă pe zona afectată pot ajuta la reducerea disconfortului şi a umflăturii.

Cu toate că repausul este o parte cheie în tratamentul tendinitei, lipsa prelungită a activităţii poate duce la rigidizarea articulaţiei. După ce aţi relaxat zona afectată complet pentru câteva zile, efectuaţi exerciţii cu un grad redus de mişcare de 4 ori pe zi pentru a vă ajuta la menţinerea flexibilitaţii în articulaţie. Mişcarea este importantă în special pentru umăr, care tinde să-şi piardă rapid mobilitatea dacă nu este utilizat.

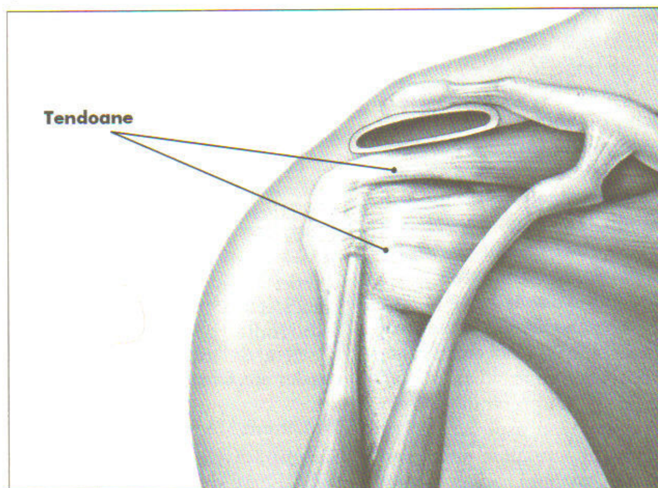
Tratament chirurgical

Chirurgii pot repara rupturile tendonului pentru a reduce durerea, restabili funcţia şi, în unele cazuri, pentru a preveni ruptura completă a tendonului. Intervenţia chirurgicală poate fi de asemenea necesară pentru a curăţă teaca tendonului de ţesutul inflamat sau pentru a îndepărta presiunea exercitată asupra tendonului prin îndepărtarea unei porţiuni de os.

Profilaxie

Pentru a vă reduce şansele dezvoltării tendinitei acute sau recurente, încălziţi-vă înainte de efectuarea exerciţiilor fizice sau a muncii fizice şi relaxaţi-vă după aceea. Evitaţi activităţile care vă suprasolicită tendoanele. Exerciţiile de creştere a forţei pot fi de asemenea utile.

Atunci când începeţi un sport nou sau utilizaţi un nou echipament pentru exerciţii, luaţi în considerare lecţiile sau instructajul unui profesionist. Tehnica necorespunzătoare, atât în sport cât şi în muncă, este una din cele mai frecvente cauze de tendinită. O aranjare ergonomică ce potriveste spaţiul de lucru cu corpul dumneavoastră poate preveni suprasolicitarea oricărui tendon.



Articulaţia umărului este o structură complexă. Tendoane puternice leagă muşchiul de os. Inflamaţia sau iritaţia unui tendon produce tendinită.

Fibromialgia

Semne şi simptome

- Multiple puncte sensibile în ţesutul moale care devine intens dureros atunci când este presat
- Oboseală asociată cu tulburări de somn

Fibromialgia se caracterizează prin durere difuză în muşchi, ligamente şi tendoane. Durerea poate varia de la o durere continuă musculară profundă, la o senzaţie de arsură, pulsaţie, împuşcătură sau junghi. În afară de sensibilitatea la presiune a anumitor zone, nu există modificări fizice asociate.

Punctele sensibile care apar în cadrul afecţiunii sunt în general localizate în jurul umerilor şi a coatelor dumneavoastră, partea exterioară a şoldurilor, partea internă a genunchilor, în apropierea feselor, în muşchii spatelui de-a lungul vertebrelor şi în partea posterioară a capului. Durerea şi sensibilitatea pot apărea prin oboseală musculară sau tensiune prelungită, iar durerea poate fi agravată de mişcare. Simptomele pot persista ani de zile sau dispar doar ca să reapară.

Cercetările efectuate nu consideră că există o singură cauză pentru fibromialgie. Mai mult, se poate datora unui număr de factori favorizanţi, incluzând modificări chimice în creier care afectează reglarea anumitor substanţe chimice cerebrale, în mod particular substanţa P. Nu s-a descoperit că toxinele din mediu produc fibromialgie, dar circa 50% dintre cei care au boala au şi sensibilitate olfactivă, la zgomot, lumină puternică, diverse alimente şi la vreme.

Afecţiunile asociate uneori fibromialgiei includ sindromul de intestin iritabil, cefalee cronică şi durere facială.

Diagnostic

Diagnosticul de fibromialgie se bazează pe simptome caracteristice şi pe absenţa oricărei alte afecţiuni care ar fi răspunzătoare de aceste simptome. În concordanţă cu criteriile Colegiului American de Reumatologie, trebuie să aveţi cel puţin 11 din 18 zone specifice ale corpului dumneavoastră – numite

puncte sensibile – care sunt intens dureroase atunci când sunt presate. În plus, durerea difuză poate persista cel puţin 3 luni.

Nu toţi medicii sunt de acord cu criteriile diagnostice. Unii cred că aceste criterii sunt prea stricte şi că puteţi avea afecţiunea chiar dacă aveţi mai puţin de 11 puncte sensibile. Alţii se întreabă asupra valabilitaţii punctelor sensibile ca mijloc de diagnostic.

Nici un test de laborator nu poate confirma sau exclude diagnosticul de fibromialgie, dar medicul dumneavoastră le poate solicita pentru a căuta alte cauze ale simptomelor.

Cât de gravă este fibromialgia?

Afecţiunea este cronică dar nu este progresivă, mutilantă sau amenintătoare de viaţă. Nu duce la incapacitate şi, în general, nu duce la alte afecţiuni mai grave. Totuşi, poate produce depresie şi interferă cu somnul. Durerea asociată fibromialgiei vă poate afecta personalitatea şi calitatea vieţii.

Tratament

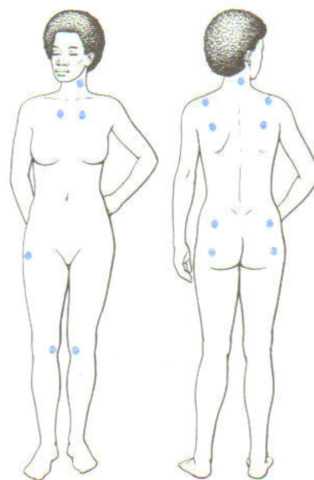
Tratamentul implică în general o combinaţie terapeutică:

Autoîngrijirea

Activitatea fizică regulată este importantă pentru ameliorarea durerii musculare şi menţinerea gradului de mişcare. Dacă nu faceţi deja exerciţii în mod regulat, începeţi încet şi creşteţi progresiv. Înotul, mersul, întinderea, exerciţiile aerobice subacvatice şi bicicleta medicală sunt toate alegeri bune.

Stabilirea unui ritm regulat de somn şi dormitul corespunzator în fiecare noapte sunt de asemenea importante. Puteţi avea nevoie de pauze pentru odihnă pe parcursul zilei. Dacă sunteţi supraponderal, atingerea unei greutăţi sănătoase poate diminua durerea.

Mulţi oameni consideră de ajutor tehnicile de meditaţie sau bioenergia. Pentru mai multe informaţii, vezi cap. 5, „Controlul stresului", şi cap. 43, „ Medicina complementară şi alternativă".



Înainte de a diagnostica fibromialgia, medicul dumneavoastră poate verifica existenţa pe corp a punctelor sensibile (tripper) – locuri intens dureroase la presiune (punctele marcate din imaginea de sus).

Fizioterapia

Fizioterapia, care include antrenament pentru postură şi mişcare, aplicarea de gheaţă şi căldură şi utilizarea ultrasunetelor, poate ajuta la îndepărtarea disconfortului.

Tratament medicamentos

Pentru creşterea nivelurilor de serotonină şi pentru a ajuta la îmbunătăţirea somnului, medicul vă poate prescrie o doză mică de antidepresiv, fie un antidepresiv triciclic ca amitriptilina (Elavil) sau nortriptilina (Aventyl, Pamelor), fie un inhibitor selectiv de recaptare a serotoninei (SSRI), cum ar fi fluoxetin (Prozac), venlafaxin (Effexor) sau sertralina (Zoloft). SSRI pot fi mai bine tolerate.

Medicul dumneavoastră vă poate recomanda, de asemenea, acetaminofen (Tylenol etc.) sau un antiinflamator nesteroidian (AINS), cum ar fi ibuprofenul (Advil, Motrin etc.) sau aspirina pentru tratamentul anumitor simptome ale fibromialgiei, dar aceste medicamente pot să nu aducă un beneficiu prea mare.

Sindromul complex de durere regională

Semne şi simptome

- Durere şi sensibilitate într-o mână sau picior care apare după săptămâni sau luni de la o agresiune, infarct miocardic sau accident vascular cerebral
- Piele sensibilă, subţire sau lucioasă la nivelul zonei afectate, asociată cu creşterea transpiraţiei şi creşterea părului

Numit în trecut sindromul de distrofie reflexă simpatică, sindromul complex de durere regională afectează de obicei o mână sau un picior. Acesta produce durere arzătoare şi deseori edemaţiere datorată retenţiei de apă şi sensibilitate la nivelul articulaţiilor.

Pielea este de obicei sensibilă. Uneori, durerea este atât de severă încât orice atingere a pielii, chiar şi atingerea unei brize uşoare, poate fi dureroasă.

Sindromul progresează de obicei într-o perioadă de luni de zile către a doua fază, în care pielea devine rece şi lucioasă. Unii au de asemenea limitarea mobilităţii în zona afectată.

Sindromul complex de durere regională poate fi precipitat de o agresiune, infarct miocardic sau accident vascular cerebral în aproximativ 2/3 din cazuri. În alte cazuri nu se descoperă nici un factor precipitant, iar cauza este necunoscută. Sindromul poate apărea la orice vârstă şi este mai frecvent la femei.

Diagnostic

Testele care măsoară perspiraţia, temperatura sau statusul circulaţiei pot ajuta la confirmarea diagnosticului prin evidenţierea efectelor anormale ca răspuns la frig sau la alţi stimuli. O tomografie osoasă poate arăta creşterea circulaţiei la nivelul articulaţiei din zona afectată. În stadiile avansate, radiografia poate evidenţia o pierdere de minerale la nivelul oaselor afectate (osteopenie).

Tratament

Tratamentul este focalizat către controlul durerii şi obţinerea mobilităţii articulaţiilor afectate. Menţinerea gradului de mişcare este esenţială.

Un program de fizioterapie care include aplicaţiile calde şi reci şi exerciţii fizice poate ajuta la diminuarea durerii şi sensibilitaţii.

Medicul dumneavoastră vă poate recomanda un analgezic eliberat cu sau fără reţetă pentru controlul durerii. Uneori, se utilizează medicamente ca antidepresivele, anticonvulsivantele sau corticosteroizii. Se poate injecta un anestezic pentru blocarea nervilor care transmit impulsurile sensibilitaţii dureroase către zona afectată. Intervenţia chirurgicală este rareori de ajutor şi poate chiar agrava simptomatologia.

Durerea de perete toracic

Semne şi simptome

- Durere în partea anterioară a toracelui, acolo unde coastele dumneavoastră se articulează cu osul pieptului (stern)
- Durere care se intensifică atunci când apăsaţi pe stern
- Uneori, umflare la nivelul sediului durerii

Durerea de perete toracic (costocondrita) este o inflamaţiei a cartilajelor cutiei costale care produce durere şi sensibilitate. Afectează mai frecvent cartilajele care leagă coastele de stern. O lovitură sau un alt traumatism al cutiei costale, solicitarea fizică sau tensionarea părţii superioare a corpului pot produce inflamaţie, dar cauza este adesea necunoscută. Mişcarea coastelor şi presiunea exercitată direct asupra zonei afectate produce deseori intensificarea durerii. Durerea asociată acestei probleme este deseori confundată cu un atac de cord deoarece poate fi intensă şi apare brusc. Diferenţa între durerea de perete toracic şi un infarct este că, în cazul primeia, doare atunci când apăsaţi pe stern sau pe coaste în apropierea sternului. Durerea de perete toracic nu este o urgenţă medicală, dar debutul brusc al acesteia face necesară examinarea de către un medic pentru a exclude un infarct miocardic.

Diagnostic

Sensibilitatea la nivelul joncţiunii între coaste şi stern sugerează durere de perete toracic, dar este dificil de spus în absenţa unei umflături pe care să o simţiţi dumneavoastră sau medicul dumneavoastră. Medicul dumneavoastră vă poate supune unei radiografii, electrocardiograme, teste sangvine şi alte teste pentru a exclude alte afecţiuni necunoscute ce pot produce durere similară.

Tratament

Simptomele pot dispărea în timp şi cu repaus. Între timp, aplicaţiile de gheaţă sau căldură vă pot ajuta la diminuarea disconfortului. Exerciţiile fizice pot agrava simptomatologia, astfel încât trebuie să evitaţi activităţile care cresc durerea. Medicul dumneavoastră vă poate recomanda un fizioterapeut pentru a controla utilizarea corectă a aplicaţiilor de gheaţă, de căldură şi efectuarea exerciţiilor fizice ccorespunzătoare.

Disconfortul poate fi redus cu ajutorul acetaminofenului (Tylenol etc.) şi antiinflamatoarelor nesteroidiene (AINS), cum ar fi ibuprofenul (Advil, Motrin etc.). Uneori, medicul poate injecta un corticosteroid, cum ar fi cortizonul, în zona afectată.

Durerea de perete abdominal

Semne şi simptome

- Durere ascuţită la nivelul abdomenului
- Creşterea durerii atunci când apăsaţi direct pe un punct sensibil
- Creşterea durerii şi sensibilitate atunci când muşchii abdominali sunt contractaţi, şi ameliorarea acestora în momentul relaxării

Durerea de perete abdominal este o durere cronică, cu origine la nivelul peretelui abdominal. Deseori, sursa durerii este un muşchi contractat sau o terminaţie nervoasă iritată. Durerea poate avea şi cauze anatomice, cum ar fi leziuni asociate cu endometrioză, o hernie în peretele abdominal sau o ruptură musculară.

Abdomenul este tipic sensibil la atingerea în anumite zone. Apăsarea acestor localizări (puncte trigger) produce durere moderată sau severă. Mişcările care tensionează musculatura abdominală – cum ar fi mişcarea din poziţia culcată în cea şezând sau când ridicaţi sau ţineţi picioarele în sus – agravează durerea şi sensibilitatea. Simptomele se ameliorează în general când musculatura este relaxată.

Diagnostic

Diagnosticul este deseori bazat pe istoricul dumneavoastră medical şi pe o examinare a abdomenului. Creşterea durerii în zona abdominală atunci când ridicaţi capul şi umerii de pe patul de examinare sau durerea care apare atunci când doctorul apasă punctele trigger în timp ce musculatura este contractată sunt în general indicatori pozitivi ai afecţiunii.

Tratament

Simptomele pot dispărea în timp şi prin repaus. Între timp, puteţi să vă amelioraţi starea de disconfort prin aplicarea de gheaţă sau căldură. Durerea poate fi diminuată cu ajutorul acetaminofenului (Tylenol etc.) şi antiinflamatoarelor nesteroidiene (AINS), cum ar fi ibuprofenul (Advil, Motrin etc.). Uneori, medicul poate injecta un corticosteroid, cum ar fi cortizonul, în zona afectată. Reasigurarea că nu este nimic serios este deseori un tratament prin ea însăşi.

Tumorile musculare

Semne şi simptome

- O umflatură într-un muşchi, perceptibilă la suprafaţa pielii
- Durere în zona afectată
- Creşterea rapidă a unei umflături într-un muşchi

Majoritatea umflăturilor localizate sub piele sunt lipoame, care sunt formate din ţesut adipos, şi sunt situate între piele şi stratul muscular. Deseori, sunt uşor de identificat deoarece se mişcă uşor sub o presiune mică a degetului. Sunt cauciucate la atingere şi, de obicei, nu sunt sensibile. Nu este neobişnuit să aveţi mai multe lipoame.

Tumorile musculare sunt rare. Majoritatea tumorilor musculare sunt necanceroase (benigne), dar unele pot fi canceroase (maligne). O tumoră musculară malignă (rabdomiosarcom) poate fi ameninţătoare pentru viaţa şi necesită tratament prompt.

Diagnostic

Medicul dumneavoastră va examina umflătura şi poate solicita o radiografie, rezonanţă magnetică nucleară (RMN) sau o tomografie

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Cu toate că mai sunt multe de descoperit despre distrofiile musculare, este clar că acestea sunt, de obicei, afecţiuni moştenite. Deoarece femeile sunt purtătoare ale genelor afectate pentru distrofiile musculare Duchenne şi Becker- cele mai frecvente forme ale bolii - femeile cu istoric de distrofie musculară trebuie să consulte un genetician înainte de a se decide să rămână însărcinate. Şansele ca un băiat al unei femei purtătoare a genei să aibă afecţiunea devastatoare sunt de 50%.

computerizată (CT) a zonei afectate. Poate fi de asemenea necesară biopsia umflăturii în care se prelevează o probă de ţesut pentru analiza de laborator.

Cât de grave sunt tumorile musculare?

O tumoră benignă nu este gravă. O tumora malignă necesită tratament prompt.

Tratament

O tumoră benignă poate fi lăsată în pace sau îndepărtată chirurgical. O tumoră malignă trebuie îndepărtată, după care se poate face radio- sau chimioterapie.

Distrofia musculară

Semne şi simptome

- Oboseală musculară
- Lipsa coordonării mişcărilor
- Mers stângaci
- O incapacitate de a ridica braţele deasupra capului
- Slăbiciune musculară progresivă, ce duce la pierderea mobilităţii şi la incapacitatea efectuării activităţilor zilnice

Distrofia musculară este o boală rară, progresivă ce implică majoritatea muşchilor striaţi. Cea mai frecventă şi mai severă formă a bolii este distrofia musculară Duchenne (distrofia musculară pseudohipertrofică). În cadrul acestei afecţiuni, muşchii par să aibă deficit al unei proteine, distrofina, care este esenţială pentru funcţia musculară. Fără această proteină, muşchii devin progresiv mai slabi, dar pot fi mai mari decât în mod normal, deoarece fibrele musculare pierdute sunt înlocuite de ţesut gras şi ţesut conjunctiv.

Distrofia musculară Duchenne este o afecţiune moştenită care apare doar la sexul masculin şi se poate transmite de la mamă la fiu prin intermediul unei gene a mamei. Debutează de obicei la vârste fragede, deseori înainte de 5 ani.

Distrofia musculară Becker, o formă mai uşoară a bolii, apare de obicei la băieţii mai mari şi bărbaţii tineri. Transmisă tot de la mamă la fiu, afecţiunea progresează mai încet, de regulă pe parcursul mai multor decade.

Există multe alte tipuri mai puţin frecvente de distrofie musculară, caracterizate prin diverse forme de slăbiciune musculară. Unele sunt moştenite, pe acelaşi model ca şi distrofiile musculare Duchenne şi Becker. Alte tipuri pot fi transmise de la o generaţie la alta, afectând deopotrivă bărbaţi şi femei. Altele necesită prezenţa unei gene defectuoase la ambii părinţi.

Diagnostic

Semne ale distrofiei musculare la un copilaş pot fi pierderea mobilităţii - cum ar fi dificultăţi la mers, la urcatul scărilor sau ridicarea în picioare - sau dificultatea ridicării braţelor la înălţimea capului. Medicul poate revizui istoricul medical al familiei dumneavoastră, poate examina copilul şi poate solicita teste sangvine.

Diagnosticul afecţiunii musculare poate fi confirmat cu ajutorul electromiografiei, în care un electrod ca un ac se introduce în muşchi prin piele pentru a măsura activitatea electrică.

Medicul dumneavoastră poate solicita efectuarea unei biopsii musculare, în care se prelevează o mică probă de ţesut pentru analizare. Unele forme de distrofie musculară pot fi diagnosticate prin analizarea unei probe de sânge pentru o genă anormală.

Cât de gravă este distrofia musculară ?

Distrofia musculară Duchenne este o afecţiune invalidantă. În majoritatea cazurilor, braţele, picioarele şi coloana se deformează progresiv. Majoritatea băieţilor şi fetelor cu distrofie musculară Duchenne necesită în adolescenţă un scaun cu rotile. Creşterea susceptibilităţii la infecţiile respiratorii produce adesea moarte precoce.

Alte forme de distrofie musculară sunt mai puţin severe şi nu au, în general, un asemenea efect devastator asupra funcţiei fizice şi a supravieţuirii.

Tratament

Nu există vindecare pentru distrofia musculară. Tratamentul poate include o combinaţie de medicamente şi fizioterapie. Dacă muşchii respiratori devin insuficienţi, poate fi necesar un ventilator.

Tratament medicamentos

Pot fi utilizate medicamente antiinflamatoare corticosteroidiene în încercarea încetinirii progresiei distrofiei musculare Duchenne. Vaccinarea împotriva pneumoniei şi a gripei este importantă deoarece infecţiile respiratorii pot deveni o problemă în stadiile avansate ale bolii.

Fizioterapie

Fizioterapia poate ajuta la creşterea randamentului funcţiei musculare. Exerciţiile fizice pot preveni contracturile musculare şi articulare, şi pot reduce sau îndepărta deformarea coloanei. Terapia ocupaţională îi poate ajuta pe cei care au boala la menţinera propriei independenţe.

Artrita şi alte afecţiuni articulare

La nivelul fiecărei articulaţii, capetele oaselor sunt căptuşite cu un strat de cartilaj. Cartilajul are o suprafaţă netedă, ce permite mişcarea liberă a oaselor într-o articulaţie. În jurul spaţiului articular există o membrană numită mem-

brană sinovială. Aceasta produce lichidul sinovial, care lubrefiază articulaţia. Membrana sinovială este înconjurată de un strat fibros, protector, numit capsulă articulară. Benzi de ţesut fibros numite ligamente leagă între ele părţile articulare şi ajută la menţinerea stabilităţii articulaţiei.

O problemă articulară poate fi rezultatul unui deficit mecanic sau poate fi provocată de o inflamaţie produsă de o infecţie, boală sau alte cauze necunoscute.

Artroza

Semne şi simptome

- Durere într-o articulaţie în timpul sau după utilizare sau după perioade de inactivitate
- Rigiditate a uneia sau a mai multor articulaţii, mai ales dimineaţa la trezire
- Uneori, apariţia unei umflături la nivelul articulaţiilor degetului sau în jurul genunchilor

Artroza, numită de asemenea şi boală articulară degenerativă, este una din cele mai frecvente afecţiuni cunoscute la om. Ea afectează zeci de milioane de americani, iar tendinţa este crescătoare. Mai mult de 50% din cei cu vârsta peste 65 de ani au artroză cu diverse grade de severitate. 75% dintre aceştia sunt femei. Mulţi dintre cei afectaţi au istoric familial de artroză.

Artroza poate iniţial afecta doar o articulaţie, cum ar fi genunchiul sau un şold, sau poate afecta mai multe articulaţii, cum ar fi articulaţiile degetelor. Solicitarea şi ruptura unui cartilaj articular este principala caracteristică a bolii, aceasta afectând mobilitatea articulaţiei.

Cartilajul lubrefiat, alunecos, care căptuşeşte în mod normal capetele oaselor articulaţiei se modifică treptat, o dată cu vârsta. Cartilajul îşi poate pierde elasticitatea, făcând articulaţia mai vulnerabilă la deteriorare prin agresiune sau utilizare excesivă. Suprafaţa netedă a cartilajului devine rugoasă şi îşi pierde calităţile. Distrugerea cartilajului duce la inflamaţia membranei articulare (sinovium). Ţesutul inflamat eliberează enzime care produc distrugerea ulterioară a cartilajului. Pe măsură ce capetele osoase devin descoperite prin pierderea carilajului, acestea se îngroaşă şi prezintă excrescenţe osoase (pinteni sau osteofite) şi se vor freca unele de celelalte. Fiecare pas al acestui proces produce durere.

Deteriorarea normală a articulaţiei nu duce totuşi neapărat la artrită, iar artroza nu este o componentă obligatorie a procesului de îmbătrânire.

În afara de vârstă, lezarea unei articulaţii este un alt factor implicat în apariţia artrozei. Cei care au leziuni articulare datorate sportului, muncii sau accidentelor pot avea un risc crescut de apariţie a artrozei. Un factor major care duce la artrita genunchilor este obezitatea. Factorii genetici joacă, de asemenea, un rol în dezvoltarea artrozei, în mod particular la nivelul mâinilor. Unii oameni se nasc cu cartilaje anormale sau cu defecte uşoare ale articulării degetelor. Pe măsura îmbătrânirii, aceste defecte pot produce distrugerea precoce a cartilajului articular.

Artroza poate apărea frecvent la nivelul gâtului sau spatelui. Evoluţia uzuală implică distrugerea discurilor vertebrale şi apariţia pintenilor osoşi pe părţile laterale ale vertebrei afectate. Artroza afectează în mod frecvent şi genunchiul sau şoldul, şi poate afecta mâinile şi picioarele. Boala afectează mai rar încheieturile mâinilor, coatele şi gleznele. Artroza este relativ rară la tineri.

Diagnostic

Simptomul predominant al artrozei este durerea uneia sau mai multor articulaţii. Medicul dumneavoastră vă poate întreba despre simptomele pe care le aveţi şi vă va examina articulaţiile. Vă poate efectua o radiografie pentru confirmarea diagnosticului.

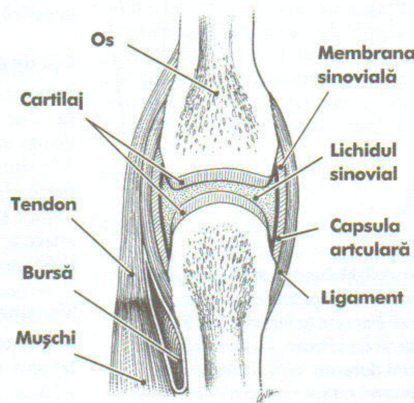
Mulţi oameni care au artroză nu realizează acest lucru până când medicul nu o evidenţiază la o radiografie de rutină. O radiografie a articulaţiei afectate poate

Anatomia unei articulaţii

Articulaţiile corpului dumneavoastră sunt făcute din ţesuturi concepute pentru utilizarea de-a lungul vieţii. Oasele din articulaţiile dumneavoastră sunt căptuşite de un cartilaj care absoarbe şocurile. Cartilajul este un material rezistent, neted, alunecos care previne contactul direct între oase.

Articulaţia este înconjurată şi lubrefiată de membrana sinovială, care secretă şi eliberează un lichid lubrefiant. Capsula articulară este un ţesut gros fibros, care se ataşează de os de ambele părţi ale articulaţiei. Ea ajută la stabilizarea articulaţiei. Ligamentele - cordoane scurte din fibre puternice care ataşează un os de altul - contribuie la alinierea şi stabilitatea articulaţiei. Muşchii se termină în tendoane prin care se ataşează de os deasupra sau sub capsula articulară.

Lângă multe articulaţii există pungi mici pline cu lichid, numite burse. Bursele sunt localizate printre muşchi sau între muşchi, tendoane şi os. Ele ajută la reducerea frecării în jurul articulaţiilor.



Tratamentul cu corticosteroizi

Medicamentele corticosteroide (glucocorticoizii) sunt forme modificate ale celor 2 hormoni - cortizon şi hidrocortizon - produşi în mod natural de glandele dumneavoastră suprarenale. Această clasă de medicamente steroide este utilă în tratamentul multor probleme.

Indicaţii

Corticosteroizii au un puternic efect antiinflamator care poate reduce edemul, durerea, roşeaţa şi căldura de la nivelul articulaţiilor inflamate.

În plus faţă de valoarea lor certă în tratamentul problemelor de insuficienţă adrenală, corticosteroizii pot fi mijloace terapeutice de nepreţuit pentru o varietate mare de boli, incluzând boli ale pielii, boli autoimune, alergii, anumite tumori şi câteva tipuri de artrită şi alte tipuri de afecţiuni musculo-scheletice. Corticosteroizii sunt, de asemenea, utilizaţi pentru prevenirea rejetului unui organ transplantat.

Corticosteroizii sunt disponibili sub formă de tablete, forme topice, picături şi injecţii. Medicamentul se poate injecta direct într-un muşchi, articulaţie sau bursă, o pungă plină cu lichid aflată printre oase. Medicamentele corticosteroide nu sunt acelaşi lucru cu preparatele anabolizante steroidiene (hormoni sexuali masculini) pe care le utilizează ilegal unii atleţi pentru creşterea masei musculare.

Doze

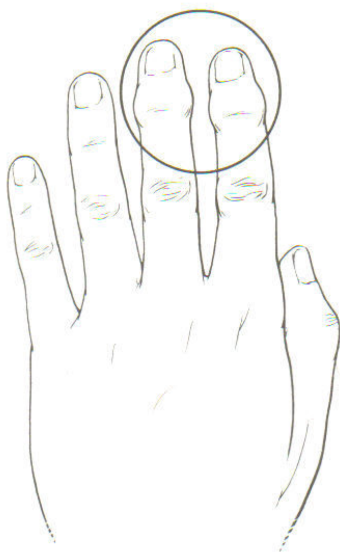
Riscul reacţiilor adverse prin utilizarea medicamentelor corticosteroide creşte în timp, mai ales în cazul folosirii dozelor mari. O doză de până la 7,5 miligrame (mg) de prednison pe zi este considerată mică, în comparaţie cu cea care se găseşte în mod normal în organismul dumneavoastră.

Unii oameni cu boli reumatice iau medicaţie corticosteroidă ani de zile cu efecte adverse minime. Chiar şi aşa, utilizarea pe termen lung a acestor medicamente necesită monitorizare atentă.

O doză zilnică de 7,5 - 20 mg este considerată o doză intermediară şi prezintă risc moderat de reacţii adverse. Riscul este mic în prima lună, dar creşte în timp.

Dacă luaţi 20 - 60 mg pe zi, riscul dumneavoastră de reacţii adverse creşte dramatic. O asemenea doză trebuie utilizată doar pe perioade scurte, apoi trebuie redusă cât mai repede posibil.

O doza peste 100 mg pe zi este foarte mare şi trebuie utilizată doar în cazuri extreme.



Nodulii Heberden sunt proeminenţe osoase la capetele degetelor. Apar mai frecvent la femei şi pot fi un semn de artroză. Cu toate că iniţial sunt dureroşi, nodulii Heberden deseori nu sunt altceva decât nişte probleme cosmetice.

vizualiza ciocuri osoase (osteofite), indicatoare ale artrozei.

Alte indicii pot fi nodulii Heberden sau Bouchard. Nefiind nişte noduli propriu-zişi, aceştia sunt proeminenţe osoase care apar după o perioadă de ani de zile la nivelul ultimei şi penultimei articulaţii a degetelor dumneavoastră. Medicul vă va întreba dacă părinţii dumneavoastră au, de asemenea, afecţiunea deoarece se pare că există o predispoziţie genetică pentru nodulii Heberden.

Cât de gravă este artroza?

Artroza nu dispare. Durerea tinde să crească în timp, după ani de zile şi vă poate limita activitatea. Afecţiunea este responsabilă de peste 7 milioane de consultaţii anuale la medic. 80% dintre cei cu artroză se plâng de un grad de limitare a mişcării sau activităţilor.

Tratament

Tratamentul este în general orientat spre diminuarea disconfortului şi, dacă este posibil, îmbunătăţirea mobilităţii articulare prin exerciţii fizice, tratament medicamentos sau chirurgical printre alte metode terapeutice.

Exerciţiile fizice

Exerciţiile fizice corespunzătoare sunt importante pentru menţinerea flexibilităţii articulaţiilor şi creşterea forţei musculare. Exerciţiile de creştere a mobilităţii şi a forţei musculare vă pot ajuta la prevenirea progresiei bolii şi la reducerea rigidităţii. Puteţi fi sfătuit asupra unui program fizic corespunzător de către un medic sau un fizioterapeut.

Un alt beneficiu al exerciţiilor fizice este acela că vă ajută să scădeţi în greutate şi să vă menţineţi o greutate sănătoasă. Greutatea excesivă solicită în plus multe articulaţii cum ar fi coloana, genunchiul şi şoldul, şi poate exacerba artroza. De fapt, fiecare jumătate de kilogram în plus aduce o încărcătură de circa 2 kilograme pe fiecare genunchi.

În plus, exerciţiile fizice pot creşte forţa musculară a trunchiului, ajutându-vă la menţinerea unei posturi corecte. Aceasta este importantă mai ales dacă aveţi artroză la nivel vertebral.

Reacţii adverse

Riscul reacţiilor adverse este mare în cazul utilizării pe termen lung a medicaţiei. Glandele adrenale tind să se micşoreze (atrofie). Alte reacţii adverse includ creşterea în greutate, pierderea mineralelor din os (osteoporoza), slăbiciunea musculară, retenţie de apă, acnee, vindecare lentă a tăieturilor şi plăgilor, creşterea riscului de infecţii, redistribuţia ţesutului adipos, cu rotunjirea trăsăturilor feţei (faţă de lună plină), subţierea pielii, diabet şi cataractă. Reacţiile adverse suplimentare includ hipertensiune arterială, creşterea glicemiei şi iritaţie gastrică, mai ales când se asociază şi alte medicamente antiinflamatoare.

Sunt puţini oameni, dacă nu deloc, care prezintă toate aceste efecte adverse, iar dacă utilizaţi doze mici pe perioade scurte, aveţi şanse mari să nu aveţi nici una. Riscul în cazul utilizării topice a corticosteroizilor este atât de mic încât puteţi să cumpăraţi unele preparate fără reţetă. Totuşi, utilizarea timp îndelungat a cremelor cu corticosteroizi poate duce la subţierea pielii.

Dacă luaţi suficient prednison zilnic timp de 3 - 6 luni sau mai mult, glandele corticosuprarenale vi se vor atrofia. Dacă apare acest lucru şi dacă întrerupeţi medicamentul brusc, glandele corticosuprarenale nu pot produce cantitatea de hidrocortizon de care are nevoie organismul pentru a face faţă stresului infecţiei severe, agresiunilor sau intervenţiei chirurgicale. Lipsa hormonilor corticosuprarenalieni poate fi fatală. Atunci când cei al căror organism nu mai produce suficient hidrocortizon suferă o intervenţie chirurgicală sau o leziune, medicii pot prescrie prednison sau un alt medicament corticosteroid pentru a susţine creşterea temporară a necesarului hormonal.

Atunci când este momentul întreruperii prednisonului, medicul dumneavoastră vă va recomanda scăderea treptată a dozelor astfel încât să nu vă îmbolnăviţi. Dacă aţi luat prednison zilnic sau l-aţi luat câteva luni şi apoi l-aţi oprit, spuneţi acest lucru medicului dumneavoastră timp de un an după ultima doză, mai ales dacă veţi fi supus unei intervenţii chirurgicale sau unor teste diagnostice invazive sau dacă vă îmbolnăviţi.

Cortizonul injectabil

Injecţiile cu cortizon au efecte remarcabile pentru tratamentul problemelor acute, cum ar fi bursitele şi tendinitele. Acestea sunt benefice, de asemenea, pentru ameliorarea durerii şi a umflării articulaţiilor afectate de artroză sau poliartrită reumatoidă. Deseori, o singură injecţie va ameliora definitiv o problemă severă (acută), dar se pot continua injectările dacă este necesar. Totuşi, chiar şi numai 6 injecţii într-o perioadă de 12 luni pot deteriora osul şi structurile articulare, astfel încât medicul dumneavoastră să nu dorească să administreze mai mult de 3 sau 4 injecţii într-un an de zile.



Tratament medicamentos

Tratamentul de elecţie este cu antiinflamatoare nesteroidiene (AINS), cum ar fi aspirina şi ibuprofenul (Advil, Motrin etc.). În cazul durerii fără inflamaţie, acetaminofenul (Tylenol etc.) poate ameliora simptomele.

Alte antiinflamatoare utilizate pentru tratamentul artrozei sunt inhibitorii selectivi de COX-2: Aceştia cuprind medicamente ca rofecoxib (Vioxx), celecoxib (Celebrex) şi valdecocoxib (Betra). Un avantaj al acestor medicamente este că ele produc mai puţine efecte gastrointestinale (durere şi sângerare) decât AINS tradiţionale.

Hialuronatul este o substanţă ce se găseşte în mod natural în lichidul articular. Preparatele din această substanţă includ hialuronat (Hyalgan) şi derivat de hialuronat (Synvisc). O cură de injecţii cu unul dintre aceste produse poate produce ameliorarea durerii în cazul artrozei genunchiului. Medicul dumneavoastră vă poate recomanda, de asemenea, injectarea unui corticosteroid într-o articulaţie inflamată ce nu răspunde la alte tratamente.

Alte tratamente

Unii menţionează o ameliorare a durerii după aplicarea de gheaţă, pernă încălzită, sticle cu apă caldă şi băi calde.

Dispozitivele de protecţie a articulaţiilor vă pot ajută la prevenirea solicitării articulaţiilor dureroase. De exemplu, dacă aveţi artroză la nivelul gâtului, medicul vă poate recomanda purtarea unui guler cervical în timpul episoadelor de durere severă (acută).

Tratament chirurgical

În cazul în care aveţi o deteriorare pe termen lung a articulaţiei, medicul dumneavoastră vă poate recomanda înlocuirea articulaţiei deteriorate cu una artificială.

Înlocuirea chirurgicală este cel mai des efectuată la nivelul articulaţiilor şoldului şi genunchiului (vezi pag. 1002). Dacă articulaţiile mâinilor vi s-au deteriorat semnificativ, intervenţia chirurgicală poate ajută la ameliorarea durerii şi la creşterea mobilităţii degetului.

Alte tehnici chirurgicale sunt destinate îndepărtării fragmentelor rupte de os sau cartilaj ce pot produce durere sau probleme de mecanică cum ar fi "înţepenirea". Procedura este de obicei făcută cu ajutorul artroscopului, un tub mic inserat într-o articulaţie prin care chirurgul lucrează.

Un studiu din 2002 a evaluat unele tipuri de procedee artroscopice la cei cu artroză a genunchilor, studiul nu a aratat diferenţe semnificative în ameliorarea durerii sau îmbunătăţirea funcţionalităţii genunchiului la 2 ani după intervenţie printre cei care au suferit un procedeu chirurgical artroscopic şi cei cărora li s-a făcut un procedeu fals (placebo). Studii suplimentare sunt necesare pentru evaluarea mai bună a rezultatelor acestui studiu.

Artroza policelui

Semne şi simptome

- Durere la baza degetului mare, de regulă agravată de activităţi simple cum ar fi scrisul, deschiderea unui borcan sau răsucirea unei chei în broască
- Umflare şi deformare
- Dificultăţi în ţinerea unor obiecte mici datorită durerii

Persoanele cu artroză cheltuiesc milioane de dolari în fiecare an pe terapiile netradiţionale, incluzând preparatele naturale, acupunctura şi suplimentele nutriţionale. Mulţi se orientează către tratamentele alternative pentru că medicamentele pe care le iau oferă o prea mică ameliorare sau pentru că nu tolerează efectele adverse ale medicamentelor. Unii utilizează tratamentele netradiţionale ca supliment al unui regim terapeutic tradiţional.

Există dovezi că unele terapii neconvenţionale pot fi benefice.

Glucozamina şi condroitin sulfatul

Două din cele mai populare tratamente neconvenţionale pentru artroză sunt suplimentele cu glucozamină şi condroitin sulfat. Oamenii iau aceste suplimente deoarece se presupune că menţin cartilajul existent şi stimulează creşterea de cartilaj nou, ameliorând simptomele şi încetând progresia bolii.

Organismul dumneavoastră produce în mod natural glucozamină, care ajută la creşterea forţei şi rigidităţii cartilajului. Suplimentele vândute în magazine sunt o versiune sintetică a acestei substanţe.

Cu toate că sunt promiţătoare, studiile de până acum au fost mici şi de scurtă durată. În plus, cercetătorii nu ştiu dacă rezultatele unui studiu asupra articulaţiei genunchiului, de exemplu, pot fi aplicate la nivelul altor articulaţii. De asemenea, medicii ştiu puţine lucruri despre toxicitatea pe termen lung a acestor suplimente.

Discutaţi cu medicul dumneavoastră despre aceste suplimente. Dacă aveţi alergie la scoici, nu trebuie să luaţi glucozamina. De asemenea, poate creşte glicemia la cei cu diabet. Dacă luaţi un medicament anticoagulant, cum ar fi warfarina (coumadin), condroitin sulfatul poate interfera cu efectele medicamentului.

Tehnicile de relaxare

Meditaţia practicată cu regularitate îi ajută pe unii să atingă o stare profundă de relaxare, care reduce răspunsul organismului la stres. Prin meditaţie se poate relaxa respiraţia, încetini undele cerebrale şi scădea tensiunea şi ritmul cardiac. În acest mod vă poate ajuta la controlarea durerii date de artroză.

Puteţi experimenta, de asemenea, alte tehnici de relaxare, cum ar fi metoda controlată cu imagini şi hipnoza (vezi cap. 43, „Medicina complementară şi alternativă"). O altă opţiune este biofeedback-ul în care învăţaţi să controlaţi anumite funcţii ale organismului, cum ar fi ritmul cardiac, respiraţia şi temperatura corpului. Controlul acestor funcţii vă poate ajuta să faceţi faţă durerii.

Acupunctura

Acupunctura este o tehnică veche chineză de vindecare care implică introducerea unor ace fine în piele în anumite puncte ale corpului, numite meridiane. Acupunctura se bazează pe credinţa că vindecarea este legată de fluxul liber al qi (CHEE), forţa vieţii organismului. Introducerea acelor în meridianele specifice are scopul de a stimula fluxul qi. Cercetătorii vestici cred că această procedură stimulează eliberarea endorfinelor, substanţele antidureroase naturale ale organismului. Institutul Naţional de Sănătate din SUA consideră acupunctura o metodă eficientă de control al durerii în artroză. De curând, totuşi, Colegiul American de Reumatologie precizează că acupunctura nu este mai eficientă ca placebo. Cercetările viitoare pot ajuta la alegerea indivizilor care pot beneficia de acupunctură.



Deseori, primul indicator al artrozei este durerea în police (degetul mare), care poate fi asociată cu limitarea mişcării şi umflare. Degenerarea cartilajului şi a osului poate produce artroza la baza degetului mare. Folosirea şi uzura de zi cu zi sunt cei mai frecvenţi factori. Alţi factori favorizanţi pot fi ereditari şi o agresiune anterioară, cum ar fi luxaţia degetului mare.

Diagnostic

Severitatea problemei poate fi sugerată de o examinare fizică şi de un examen radiologic.

Tratament

Durerea şi umflarea pot ceda prin simpla evitare sau modificare a activităţilor agravante. De asemenea, poate fi de ajutor aplicarea de gheaţă. În magazinele de tehnică medicală există atele care înfăşoară şi stabilizează articulaţia degetului mare reducând durerea şi solicitarea articulaţiei. Pentru a obţine un dispozitiv special croit, adresaţi-va unui fizioterapeut sau unui specialist în terapie ocupaţională.

Întrebaţi-vă medicul sau un terapeut despre instrumentele sau ustensilele făcute special pentru cei cu artroză, cum ar fi foarfecele speciale care se închid automat şi instrumente cu mânere mari, căptuşite, care pot fi mai uşor apucate.

Tratament medicamentos

Pentru ameliorarea durerii într-o articulaţie, medicul dumneavoastră vă poate recomanda un analgetic eliberat fără reţetă, cum ar fi acetaminofenul (Tylenol etc.), aspirina sau ibuprofenul (Advil, Motrin etc.) sau unul eliberat doar cu reţetă.

Tratament chirurgical

Dacă durerea este severă sau vă limitează mobilitatea policelui, medicul dumneavoastră vă poate recomanda tratamentul chirurgical. Dacă suprafeţele articulare sunt sever afectate, chirurgul poate înlocui articulaţia cu una artificială.

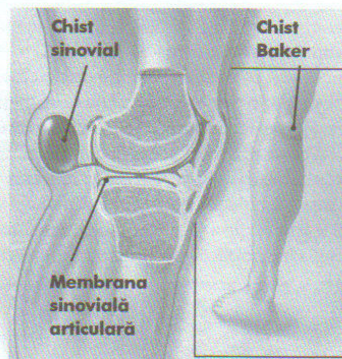
Recuperarea necesită în mod tipic câteva luni. Cu toate că nu este la fel cu un deget normal, cei care au suferit intervenţia chirurgicală sunt mulţumiţi de ameliorarea durerii şi creşterea forţei şi a stabilităţii articulare.

Chistul Baker

Orice afecțiune care produce inflamația genunchiului produce creșterea secreției de lichid de lubrefiere (sinovial) de către membrana ce captușește articulația (sinovială). Lichidul se poate acumula în bursa poplitee în spatele genunchiului, ducând la apariția unui chist nedureros numit chist Baker. Alte denumiri pentru această afecțiune sunt bursita poplitee sau chist sinovial al spațiului popliteu.

Deseori, nu este nevoie de tratament. Dacă acest chist este mare și produce durere severă, medicul poate îndepărta (aspira) excesul de lichid din articulația genunchiului cu ajutorul unui ac. Uneori, medicul injectează un medicament steroidian, cum ar fi cortizonul, în genunchi pentru a reduce cantitatea de lichid produsă.

Când chistul este legat de o leziune, cum ar fi ruptura unui cartilaj, se poate să fiți supus unei intervenții chirurgicale pentru refacerea cartilajului rupt.



Poliartrita reumatoidă

Semne și simptome

- Durere și umflarea articulațiilor picioarelor, încheiturilor și mâinilor
- Durere și umflarea articulațiilor simetrice, cum ar fi ambele picioare
- Durere continuă difuză sau rigiditate
- Roșeață și căldură deasupra articulațiilor
- Oboseală și stare de rău
- Modificări ale apetitului și greutății
- Anemie
- Umflături sub piele

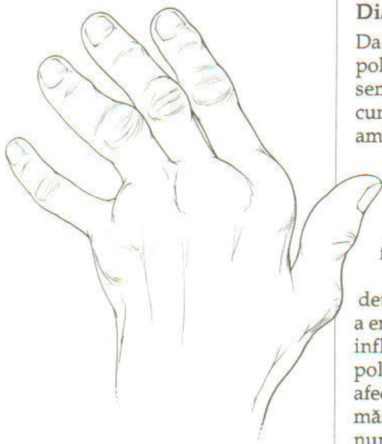
Spre deosebire de mult mai frecventa artroză, poliartrita reumatoidă nu este rezultatul uzurii și solicitării articulațiilor. Ea este o boală autoimună în care sistemul imun al organismului dumneavoastră atacă țesuturile sănătoase, în mod specific membrana sinovială și anumite organe interne.

Inflamația articulațiilor afectate produce durere, rigiditate, căaldură, roșeață și tumefiere. Sinovia inflamată proliferează deseori, invadând și distrugând osul și cartilajul, distrugând stabilitatea articulațiilor. Celulele inflamatorii eliberează enzime care digeră osul și cartilajul, producând distrugerea ulterioară.

Cercetătorii presupun că anumite virusuri pot declanșa poliartrita reumatoidă la unii oameni care au o susceptibilitate moștenită pentru boală. Mulți dintre cei care au boala prezintă un marker genetic numit HLA-DR4. Există și alte gene care influențează dezvoltarea poliartritei reumatoide.

Spre deosebire de artroză, care afectează doar sistemul musculo-scheletic, poliartrita reumatoidă este o boala sistemică. La unii oameni afectează câteva organe, cum ar fi inima, plămânii, pielea și ochii. Tinde, de asemenea, să afecteze multiple articulații, ducând la rigiditate și dureri difuze.

Poliartrita reumatoidă are tendința de simetrie, afectând, de exemplu, ambele glezne sau ambele încheieturi ale mâinilor. Poate produce, de asemenea, mici proeminențe sub piele (noduli reumatoizi) în apropierea coatelor, pe degete, picioare, de-a lungul tendoanelor achiliene sau pe fese. Proeminențele variază în dimensiuni, de la cea a unui bob de mazăre până la cea a unei nuci. De obicei, proeminențele nu sunt dureroase și nu prezintă o problemă fizică.



Poliartrita reumatoidă poate duce la deformarea degetelor. Mâna își poate pierde forța și poate fi dureroasă în perioadele de acutizare a bolii.

Poliartrita reumatoidă poate apărea la orice vârstă, dar cel mai frecvent între 20 și 50 de ani. Poliartrita reumatoidă juvenilă este o formă de poliartrită reumatoidă care apare la vârste tinere (vezi pag. 1004). Poliartrita reumatoidă apare de circa 3 ori mai frecvent la femei decât la bărbați.

Diagnostic

Dacă medicul suspectează că aveți poliartrită reumatoidă, va căuta semnele caracteristice ale bolii, cum ar fi afectarea articulară de ambele părți ale corpului. Radiografia și testele de laborator pot fi de ajutor în stabilirea diagnosticului, dar nici un test individual nu poate confirma sau exclude afecțiunea.

Un test sangvin special care determină viteza de sedimentare a eritrocitelor poate indica prezența inflamației și poate diferenția poliartrita reumatoidă de alte afecțiuni. O altă analiză sangvină măsoară nivelul unui autoanticorp numit factor reumatoid (FR). Aproximativ 80% dintre cei cu poliartrită reumatoidă au test pozitiv pentru FR. Acesta nu confirmă totuși diagnosticul, deoarece este prezent uneori la

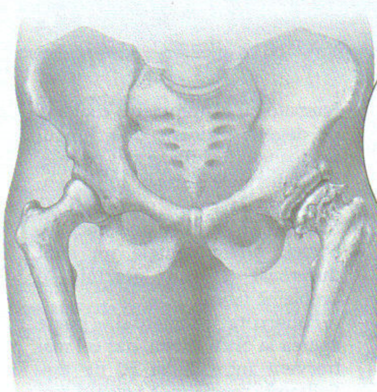
Înlocuirea articulaţiei

În fiecare an, aproximativ o jumătate de milion de oameni din SUA sunt supuşi înlocuirii chirurgicale a unei articulaţii pentru recăpătarea funcţionalităţii acesteia şi dispariţia durerii în cazul afectării acestora prin boli ca artroza sau poliartrita reumatoidă.

Artroplastia, o procedură chirurgicală care înseamnă «refacerea articulaţiei» poate fi cel mai bun remediu pentru o articulaţie a şoldului sau genunchiului lezată.

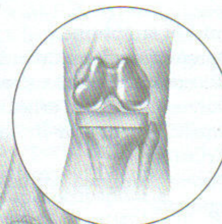
Artroplastia implică înlocuirea suprafeţelor articulare cu plastic şi implanturi metalice (proteze). Cimentul este utilizat pentru a grăbi fixarea implanturilor în os. Unele proteze sunt făcute din materiale care permit creştera osului în interior.

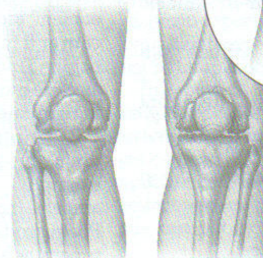
Articulaţiile şoldului şi genunchiului sunt cel mai frecvent înlocuite. În cazul artroplastiei de şold se înlocuieşte capătul osului coapsei (femur) cu o proteză ca o sferă pe o tijă. Concavitatea şoldului este înlocuită de o piesă din polietilen. Rezultatele sunt adesea remarcabile: oameni care erau incapabili să meargă înainte de operaţia la genunchi sau şold sunt capabili să o facă după aceea.





Articulaţia şoldului din stânga este normală, în timp ce articulaţia din dreapta a fost lezată prin artroză. Un implant poate înlocui articulaţia distrusă (vezi insertul de mai sus)





O articulaţie normală a genunchiului (stânga jos) şi o articulaţie a genunchiului distrusă de artroză (dreapta jos). Genunchiul reparat prin înlocuirea totală a articulaţiei genunchiului (vezi insertul din dreapta)

SFAT PENTRU PREVENIRE

Există unele evidenţe care arată că acizii graşi omega 3 găsiţi în anumiţi peşti, cum ar fi somonul, păstrăvul şi heringul, pot ajuta la reducerea inflamaţiei articulare atunci când sunt consumaţi în cantităţi suficiente. Acizii graşi omega-3 se găsesc, de asemenea, în seminţe de in şi în suplimentele nutriţionale. Este mai bine să vă luaţi necesarul de acizi omega-3 dintr-o dietă sănătoasă decât din suplimente nutriţionale.



persoane sănătoase sau la cele cu alte boli, cum ar fi tuberculoza sau afecţiuni cronice hepatice.

Pe măsura avansării bolii, radiografia ajută la monitorizarea progresiei acesteia.

Cât de gravă este poliartrita reumatoidă?

Poliartrita reumatoidă poate fi cea mai invalidantă formă de artrită. Boala poate afecta cartilajul, oasele, tendoanele şi ligamentele articulaţiilor afectate. Cei cu poliartrită reumatoidă au deseori deformări articulare, ce duc la pierderea mobilităţii. Unii prezintă transpiraţii şi febră asociate pierderii forţei musculaturii ataşate articulaţiilor afectate.

Pentru majoritatea oamenilor, afecţiunea este de lungă durată (cronică). Severitatea inflamaţiei poate fluctua, dar aceasta este în general persistentă. În cazurile uşoare, perioadele de creştere a activităţii bolii, numite exacerbări sau acutizări, alternează cu perioade de remisiune relativă, pe parcursul cărora simptomele ca umflarea, durerea, tulburările de somn şi slăbiciunea cedează sau dispar. Pentru alţii, boala este activă în permanenţă şi progresează în timp. Doar 1 din 10 cazuri are un singur episod urmat de o remisie pe termen lung.

Este dificilă prezicerea iniţială asupra severităţii ulterioare a bolii. Cei care au simptome continue timp de 4 sau 5 ani vor avea, probabil, probleme toată viaţa cu boala.

Mulţi oameni sunt capabili să ducă o viaţă lungă, activă şi

Cu toate că durabilitatea pe termen lung a protezelor articulare rămâne o preocupare, datele sugerează că părţile înlocuite rezistă mai mulţi ani prin utilizarea moderată. Noi tehnologii şi dezvoltări sunt disponibile, acestea permiţând scăderea uzurii suprafeţei articulare şi creşterea duratei de utilizare. Aceste tehnologii noi sunt reprezentate de suprafeţe metal pe metal şi ceramică pe ceramică, şi o nouă clasă de polietileni (plastice). Scopul este eliminarea frecării, aceasta putând desprinde particule din articulaţia artificială care pot irita şi distruge osul.

Alte tehnologii noi se referă la modul de fixare în os al implantelor articulare. Cimentul se poate pierde în timp. Ţesuturile moi se ataşează ele însele de anumite materiale noi cum ar fi tantumul, acesta fiind un avantaj faţă de alte materiale.

Protezele pot înlocui de asemenea gleznele, coatele, umerii, degetele, încheieturile pumnilor şi mâinile. Înlocuirea articulaţiilor pumnului şi mâinii este mai rară deoarece aceste articulaţii sunt mici şi complexe şi au nevoie de ţesuturi moi pentru a funcţiona corect.





Examenul radiologic arată deformarea mâinii în poliartrita reumatoidă (stânga) şi aceeaşi mână după protezarea articulară (dreapta).

aproape normală în ciuda bolii. Totuşi, este esenţială îngrijirea medicală promptă şi corespunzătoare pentru a convieţui cu afecţiunea.

Tratament

Sunt disponibile medicamente foarte eficiente pentru tratamentul poliartritei reumatoide. Este importantă diagnosticarea precoce a bolii deoarece întârzierea începerii tratamentului îi poate reduce eficienţa. Tratamentele curente sunt focalizate asupra ameliorării durerii, reducerii inflamaţiei, stopării sau încetinirii distrugerii articulare, ajutându-i pe cei care au boala să aibe o funcţionalitate cât mai normală şi prevenind problemele medicale asociate, cum ar fi afecţiunile cardiace şi pulmonare.

Tratament medicamentos

Medicamentele utilizate pentru tratamentul poliartritei reumatoide se împart în două categorii: cele utilizate pentru ameliorarea simptomelor şi cele utilizate pentru controlul afecţiunii.

- Antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS), incluzând ibuprofenul (Advil, Motrin), naproxenul (Aleve, Naprosyn) şi altele reprezintă tratamentul primar al durerii şi inflamaţiei din poliartrita reumatoidă. Dacă sunteţi sensibil la AINS, medicul dumneavoastră vă poate prescrie derivate de aspirină, numite salicilaţi nonacetilaţi (trisilicat de magneziu, salsalat). O altă alternativă sunt inhibitorii de COX-2, cum ar fi rofecoxid (Vioxx), celecoxib (Celebrex) şi valdecoxid (Bextra). Inhibitorii de Cox-2 sunt AINS ce sunt mai bine tolerate gastric. Se poate utiliza acetaminofenul (Tylenol etc.) pentru diminuarea durerii, dar acesta nu reduce inflamaţia.
- Corticosteroizii, cum ar fi prednisonul, sunt foarte eficienţi în ameliorarea durerii şi a inflamaţiei, dar nu controlează evoluţia bolii. Aceştia trebuie utilizaţi cu atenţie şi în cele mai mici doze eficiente posibile datorită numeroaselor şi potenţial grave reacţii adverse (vezi pag. 998).
- Medicamentele care modifică afecţiunea pot reduce simptomele şi pot încetini distrugerea artiulară. Acestea includ hidroxiclorochina (Plaquenil şi alte antimalarice), sulfasalazina (Azulfidine), minociclina (Minocin, Dymacin), methotrexat (Rheumatrex), leflunomida (Arava),

azathioprina (Imuran), ciclosporina (Neoral), ciclofosfamida (Cytoxan), penicilamina (Cuprimine, Depen) şi sărurile de aur (Ridaura). Fiecare dintre aceste medicamente pot produce reacţii adverse severe, astfel încât trebuie să cântăriţi bine împreună cu medicul dumneavoastră riscurile şi beneficiile.

- Substanţele care modifică răspunsul biologic, cum ar fi etanercept (Enbrel) şi infliximab (Remicade) blochează acţiunea factorului de necroză tumorală, un compus chimic care joacă un rol important în inflamaţie şi distrugerea tisulară. O altă substanţă biologică ce modifică răspunsul inflamator, numită anakinra (kineret) reduce inflamaţia prin blocarea citokinei numită interleukina-1. Aceste medicamente pot fi foarte eficiente, dar prin blocarea răspunsului imun, pot provoca infecţii grave, ca reacţie adversă.

Repausul şi exerciţiile fizice

O alta componentă cheie în controlul poliartritei reumatoide este stabilirea balanţei optime între repaus şi exerciţii fizice. Păstrarea funcţionalităţii articulaţiilor afectate necesită exerciţii de creştere a forţei musculare şi a gradului de mişcare, dar aveţi nevoie şi de repaus suficient

Datorită caracterului fluctuant al bolii, strategiile terapeutice diferă pe perioada de acutizare şi de remisiune ale acesteia. Activitatea intensă a bolii în perioadele de acutizare vă expune riscului deteriorării articulaţiilor, de aceea medicul dumneavoastră vă poate recomanda o combinaţie de repaus, metode de diminuare a durerii şi activitate uşoară. În perioadele de recădere abţineţi-vă de la efectuarea exerciţiilor ce vă solicită articulaţiile afectate, dar nu încetaţi să vă mişcaţi. Pe perioda de remisiune, exersaţi şi efectuaţi activităţile pe care le toleraţi. Este important să vă cunoaşteţi limitele şi să evitaţi orice oboseală nedorită.



Tratament chirurgical

Dacă artrita nu răspunde corespunzător la tratamentul medicamentos sau dacă funcţia articulaţiei este afectată, se recomandă îndepărtarea chirurgicală a sinovialei inflamate (sinoviectomie). În funcţie de tipul articulaţiei, procedeul poate fi făcut prin intervenţie chirurgicală clasică (sinoviectomie deschisă) sau prin artroscopie. În cazul articulaţiilor lezate sever, înlocuirea articulaţiei poate fi cea mai bună soluţie.

Poliartrita reumatoidă juvenilă

Semne şi simptome

- Umflare şi rigiditate a articulaţiei
- Febră
- Rash
- Oboseală şi iritabilitate
- Inflamaţia ochiului

Poliartrita reumatoidă juvenilă seamănă cu poliartrita reumatoidă în anumite privinţe, dar diferă în altele. Diferenţele includ vârsta debutului – poliartrita reumatoidă juvenilă afectează copiii şi poate începe chiar la sugari – şi durata lungă a suferinţei.

Poliartrita reumatoidă juvenilă cuprinde 3 forme distincte de artrită a copilăriei: pauciarticulară, poliarticulară şi cu debut sistemic (boala Still). 50% dintre copiii cu această afecţiune au tipul pauciarticular, 40% pe cel poliarticular şi 10% tipul sistemic.

Fiecare formă are caracteristicile sale distincte. Tipul pauciarticular afectează, de obicei, 4 sau mai puţine articulaţii într-un mod asimetric. De exemplu, dacă genunchiul drept este afectat, cel stâng probabil că nu este. Forma poliarticulară a poliartritei reumatoide juvenile afectează mai mult de 4 articulaţii, de obicei simetric. Este mai agresivă şi produce frecvent probleme articulare cronice.

Tipul sistemic afectează multe sisteme ale organismului în plus faţă de articulaţii, incluzând inima, ficatul, splina şi ganglionii limfatici. Poate produce, de asemenea, febră, frisoane, rash şi anemie.

Cauza poliartritei reumatoide juvenile este necunoscută. Sunt implicaţi mai mulţi factori, inclusiv cei genetici. La copiii cu predispoziţie genetică, un virus sau o bacterie pot declanşa boala.

Poliartrita reumatoidă juvenilă debutează, de obicei, la copiii mici sau în primii ani ai adolescenţei. Anumite tipuri şi subtipuri sunt mai frecvente la unul dintre sexe, dar în general, boala afectează mai mult fetele decât băieţii.

Aproape jumătate dintre copiii cu poliartrită reumatoidă juvenilă acută recuperează complet, iar cealaltă jumătate dezvoltă forme cu evoluţie îndelungată (cronică).

Diagnostic

Diagnosticul implică o examinare fizică completă şi teste de laborator care măsoară inflamaţia şi detectează autoanticorpii - aceştia sunt anticorpi care atacă celulele proprii ale organismului.

Copiii cu poliartrită reumatoidă juvenilă trebuie să fie supuşi unui examen oftalmologic special, cu o lampă cu fantă datorită riscului crescut al unei afecţiuni oculare potenţial severă numită uveită (vezi pag. 643).

Cât de gravă este poliartrita reumatoidă juvenilă?

Ca şi în cazul poliartritei reumatoide a adultului, poliartrita reumatoidă juvenilă prezintă riscul distrugerii articulare permanente. În plus, un copil aflat în perioada de creştere care are boala, poate avea o creştere anormală a oaselor. De exemplu, afecţiunea poate accelera creşterea osului într-un picior, dar nu şi în celălalt. Un alt risc este produs de tendinţa instinctivă a copilului de a nu mişca articulaţia afectată pentru a diminua durerea. Aceasta poate duce la slăbirea şi contractarea muşchilor, şi chiar o deformare articulară în timp.

Tratament

În general, tratamentul poliartritei reumatoide juvenile seamănă cu cel al poliartritei reumatoide a adultului deşi multe dintre medicamentele utilizate la adulţi nu sunt aprobate pentru a fi utilizate la copii.

Tratament medicamentos

Medicul poate prescrie ibuprofen (Advil, Motrin), naproxen (Aleve, Anaprox), aspirină sau alt medicament antiinflamator. Dacă boala este progresivă, pot fi utilizate medicamentele antireumatice care modifică evoluția, cum ar fi metotrexat (Reumatrex), săruri de aur (Ridaura) sau noul agent biologic etanercept (Enbrel).

Corticosteroizii, cum ar fi prednisonul, sunt utilizați de regulă doar la copiii cu afectarea organelor interne sau inflamație a ochiului, deoarece pot stopa creșterea atunci când sunt administrați în doze mari.

Alte metode terapeutice

Exercițiile de creștere a gradului de mișcare și atelele pot fi recomandate pentru prevenirea pierderii mobilitații și a deformării. Există o balanță delicată între activitatea normală și repausul corespunzător pentru evitarea oboselii și a solicitării excesive asupra articulațiilor afectate. Pe parcursul perioadelor de activitate importantă a bolii pot fi necesare repausul la pat sau meditarea copilului acasă, dar este important din punct de vedere psihologic și fizic să evitați izolarea acestuia de toate activitățile lui normale.

Tratament chirurgical

Înlocuirea articulației sau procedurile reconstructive sunt necesare în cazul în care copilul are leziuni articulare severe. În general, este recomandabil să asteptați până când copilul se oprește din creștere.

Alte tipuri de artrită inflamatorie

Cea mai frecventă formă de artrită inflamatorie este poliartrita reumatoidă. Există și alte tipuri de artrite inflamatorii, fiecare cu ceva diferit în manifestare. Aceste forme de artrită au o componentă genetică. Fiecare dintre ele are markeri genetici caracteristici, ceea ce indică o predispoziție genetică a bolii.

O testare genotipică poate detecta prezența markerului. Prezența unui marker genic nu înseamnă neapărat că veți avea boala, ci doar că aveți o predispoziție pentru aceasta, având un risc mai mare. Cauza pentru care afecțiunea apare la o persoană și la alta nu rămâne necunoscută.

Artrita psoriazica

Persoanele care au afecțiunea cutanată numită psoriazis pot dezvolta artrită psoriazică. Semnele și simptomele includ:

- Durere, umflarea și scăderea mobilității, într-una sau mai multe articulații, deseori articulațiile mici ale mâinilor și picioarelor, dar și articulațiile mai mari și la nivelul coloanei
- Umflarea degetelor de la mâini și picioare care le dă aspectul de cârnați
- Gropițe în unghii și decolorarea acestora, unghiile putând fi separate de patul unghial
- Inflamație oculară

Psoriazisul este o afecțiune frecventă a pielii, în care zone cutanate devin roșii (vezi pag. 1176). Pielea de la nivelul coatelor și genunchilor devine deseori solzoasă. Unghiile degetelor de la mâini pot prezenta depresiuni și pot fi decolorate. Artrita psoriazică apare la aproximativ 1 din 10 oameni ce au psoriazis. Mai multe femei decât bărbați au artrită psoriazică, care apare în mod tipic la cei cu vârste între 20 și 50 de ani.

Pentru majoritatea oamenilor, efectele artritei psoriazice sunt relativ minore, cu ceva durere și disconfort în articulațiile afectate, dar cu efecte minore asupra stării generale de sănătate a organismului. Uneori, însă, poate produce deformare severă și invaliditate dacă nu este tratată.

Tratament

Tratamentul medicamentos de primă intenție include antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS), cum ar fi ibuprofenul (Motrin Advil etc.) sau aspirina. În cazul simptomatologiei persistente, medicul dumneavoastră vă poate prescrie alte medicamente, cum ar fi cele care modifică evoluția bolii, ca metotrexatul (Rheumatrex) sau sulfasalazina (Azulfine) sau inhibitorii de factor de necroză tumorală (TNF), cum ar fi etanercept (Enbrel) și infliximab (Remicade).

Alte tratamente includ exerciții pentru creșterea mobilității, aplicații calde pentru relaxarea musculaturii din jurul articulațiilor dureroase și exerciții de relaxare.

Sindromul Reiter

Unii oameni moștenesc o susceptibilitate pentru această formă de artrită, care este deseori precipitată de o infecție incluzându-le pe cele transmise pe cale sexuală. Boala poate fi dată și de ingestia alimentelor sau apei contaminate. Semnele și simptomele includ:

- Durere în articulații, de obicei în extremitățile inferioare și în călcâie
- Inflamația uretrei sau intestinului
- Erupții

Sindromul Reiter apare de regulă în etape. De obicei, inflamațiile uretrei și intestinului apar primele. Ceva mai târziu apare durerea articulară, cel mai frecvent la nivelul degetelor, gleznei, șoldului și genunchiului. Pot apărea leziuni cutanate similare celor din psoriazis, precum și inflamația dureroasă a ochiului numită conjunctivită.

Sindromul Reiter poate apărea o singură dată sau periodic. Atacurile de boală tind să dureze câteva săptămâni sau luni. Inflamația asociată cu debut brusc și sever poate produce sensibilitate și durere, putând duce la degradare articulară permanentă.

Tratament

Tratamentul include în general antiinflamatoare nesteroidiene (AINS) pentru ameliorarea durerii și a inflamației. În cazuri mai severe, se pot prescrie și alte medicamente.

Spondilita anchilopoietică

Aceasta formă de artrită afectează predominant articulațiile vertebrale. Totuși, pot fi afectate și articulațiile periferice ale brațelor și

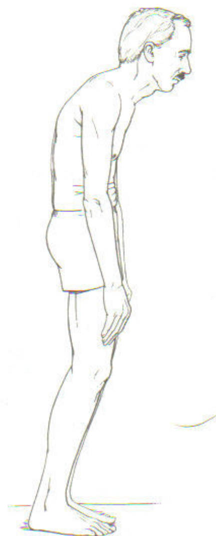
picioarelor, tendoanele şi ligamentele la nivelul ataşării lor de oase. Semnele şi simptomele includ:

- Durere şi rigiditate a coloanei şi posibil şi a altor articulaţii
- În stadii avansate, coloană rigidă, inflexibilă

Oamenii cu această afecţiune au acelaşi marker genetic găsit la cei cu sindrom Reiter. Bărbaţii sunt mai frecvent afectaţi decât femeile, având debutul în general înainte de vârsta de 40 de ani. Afecţiunea poate fi asociată cu boală inflamatorie intestinală.

În mod tipic, spondilita anchilopoietică începe cu durere la nivelul coloanei. Pe măsura evoluţiei bolii, oasele afectate încep să fuzioneze între ele ducând la imobilizarea articulaţiilor şi producând rigiditate şi inflexibilitatea coloanei (coloana de bambus). Unii dezvoltă artrită periferică ce seamănă cu poliartrita reumatoidă.

În cele mai multe cazuri, spondilita anchilopoietică este uşoară, astfel încât poate rămâne nediagnosticată zeci de ani.Totuşi o dată ce articulaţiile au fuzionat, tratamentul nu mai poate ajuta la refacerea mobilităţii.



Spondilita anchilopoietică poate duce la rigidizarea şi inflexibilitatea coloanei.

Tratament

Antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS), cum ar fi ibuprofen (Motrin, Advil etc.) şi naproxen (Aleve, Anaprox etc.) pot ameliora durerea cronică şi rigiditatea.

Alte medicamente utilizate în tratamentul acestei afecţiuni includ antireumaticele, ce intervin în modificarea evoluţiei bolii, cum ar fi sulfosalazina (Azulfidine) şi metotrexatul (Rheumatrex) şi, ocazional, corticosteroizii. Noile medicamente, cum ar fi blocantele factorului de necroză tumorală (TNF) - etanercept (Eubrel) şi infliximab (Remicade) – s-au dovedit eficiente în tratamentul afecţiunii.

Fizioterapia şi exerciţiile fizice sunt componente esenţiale ale tratamentului. Încercaţi să fiţi cât mai activ posibil. Exerciţiile de mişcare şi întindere pot ajuta la menţinerea flexibilităţii articulaţiilor şi a unei posturi corecte.

Dacă fumaţi, încercaţi să vă lăsaţi deoarece această problemă afectează mobilitatea cutiei toracice şi vă poate stânjeni la respirat.

Artrita din boala inflamatorie intestinală

Oamenii cu boală inflamatorie intestinală (colita ulcerativă şi boala Crohn) pot dezvolta o formă caracteristică de artrită. Semnele şi simptomele includ:

- Durere şi umflarea articulaţiilor periferice, în special genunchii, gleznele şi picioarele
- Durere şi rigiditate la nivelul coloanei

Durerea articulară şi umflarea - deseori în articulaţiile mari şi mici ale picioarelor - apar la 1 din 10 oameni cu colită ulcerativă şi la 1 din 5 oameni cu boală Crohn. Durerea şi rigiditatea coloanei sunt similare celor din spondilita anchilopoietică.

Tratament

Simptomele sunt tratate în general cu medicamente antiinflamatoare nesteroidiene. Soluţiile pe termen lung sunt controlul şi vindecarea bolii inflamatorii intestinale.

Reumatismul palindromic

Numit şi poliartrită reumatoidă palindromică, această afecţiune este un tip rar de artrită inflamatorie. Semnele şi simptomele includ:

- Atacuri recurente de tumefiere dureroasă, de regulă a uneia sau două articulaţii şi a ţesuturilor din jur
- Atacuri ce debutează brusc şi durează de la câteva ore la câteva zile.
- Frecvenţa impredictibilă a atacurilor, de la câteva zile la câteva luni

Termenul palindromic semnifică «a veni şi a pleca». Atacurile de reumatism palindromic pot

Reumatismul articular acut

Controlul reumatismului articular acut este una din poveştile de succes ale medicinei. În trecut, aceasta era cauza unor probleme cardiace la mulţi copii. Apariţia tratamentului antibiotic prompt al infecţiilor streptococice, totuşi a redus semnificativ incidenţa acesteia.

O manifestare frecventă a bolii este o formă de artrită. Aceasta apare în mod caracteristic la câteva săptămâni după o infecţie streptococică, de obicei la nivelul gâtului (angina streptococică). Articulaţiile dumneavoastră se pot umfla, înroşi şi pot fi dureroase la mişcare. În mod tipic, articulaţiile vă sunt afectate într-o manieră migratorie - iniţial o articulaţie este dureroasă o perioada de timp, apoi durerea se ameliorează şi apare în altă articulaţie.

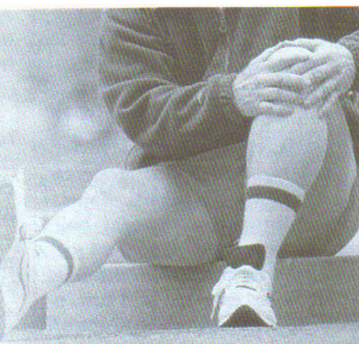
Artrita din reumatismul articular acut nu este datorată infecţiei articulare. Mai degrabă este o reacţie de hipersensibilitate în articulaţii, precedată de o infecţie streptococică. În general, tratamentul este acelaşi cu al reumatismului articular acut, cu toate că medicul dumneavoastră vă poate scoate o cantitate de lichid din articulaţiile umflate, cu ajutorul unui ac, pentru ameliorarea disconfortului.

 **Întrebare și răspuns**

Ce este pseudoguta?

Pseudoguta este similară gutei, dar presupune depozitarea cristalelor de săruri de calciu mai degrabă decât a celor de acid uric în articulații. Articulațiile mai frecvent afectate sunt genunchii, încheieturile mâinilor și gleznelor față de cele ale piciorului. Pseudoguta apare cu o frecvență egală la femei și la bărbați, dar vârsta debutului este înaintată, tipic 70 de ani.

Medicii utilizează, de obicei, antiinflamatoarele pentru tratamentul pseudogutei, cu toate că și colchicina, utilizată de secole în tratamentul gutei, poate fi eficientă.



reveni ani de zile. Boala afectează și bărbați și femei, tipic cu vârsta între 20 și 50 de ani. Reumatismul palindromic nu produce, de obicei, distrugere articulară, dar cei care au boala au risc crescut de a dezvolta poliartrită reumatoidă.

Tratament

Unii medici recomandă antiinflamatoare nesteroidiene (AINS) pentru ameliorarea simptomatologiei, dar beneficiul acestora nu este clar. Corticosteroizii nu sunt de obicei utili. Atacurile pot fi prevenite cu colchicină, un medicament antiinflamator utilizat în tratamentul gutei și săruri de aur.

Artrita infecțioasă

Semne și simptome

- Durere și rigiditate într-o articulație, tipic genunchi, umăr, șold, gleznă, deget sau încheietura pumnului
- Căldură și roșeață în țesuturile din jur
- Febră și frisoane
- Slăbiciune

Bacteriile, virușii, fungii sau alți agenți infecțioși pot produce o infecție articulară. În mod tipic, agentul infecțios pătrunde în organism și ajunge în articulație pe cale sangvină. În unele cazuri există un acces direct în articulație printr-o plagă deschisă sau prin puncție. Spre deosebire de alte afecțiuni articulare, artrita infecțioasă poate afecta pe oricine, oricând, indiferent de vârstă, sex sau rasă.

Tipuri

Iată câteva tipuri reprezentative de boală infecțioasă :

Boala Lyme

Numită așa după orașul din Connecticut unde a fost prima dată observată, boala Lyme este contactată după o mușcătură de căpușă.

De obicei, în jurul mușcăturii apare un rash de forma unui disc și apoi urmează alte semne și simptome incluzând febra, frisoanele, durerea în gât, oboseala și greața. Câteva săptămâni mai târziu puteți prezenta rigiditate și durere în articulații.

Infecția gonococică

Aproximativ 1/3 dintre cei care au gonoree, o boală cu transmitere sexuală, prezintă durere în câteva articulații. Poate apărea și rash. Acest tip de artrită infecțioasă apare de 10 ori mai frecvent la femei decât la bărbați.

Infecția stafilococică

Atunci când un furuncul sau o altă infecție eliberează stafilococul în circuitul sangvin, infecția se poate răspândi la un genunchi sau o altă articulație. Durerea este de obicei intensă și bruscă.

Infecția tuberculoasă

Un număr mic de oameni cu tuberculoză au artrită produsă de germenele care produce tuberculoza (*Mycobacterium tuberculosis*). De asemenea, micobacteriile netuberculoase pot produce artrită infecțioasă.

Infecțiile virale

Simptomele artritei virale pot apărea la cei care au hepatită B, hepatită C, parvovirus uman B19, pojar german (rubeolă), pojar și alte boli produse de virusuri.

În general, artrita se rezolvă când infecția se vindecă sau când tratamentul unor infecții virale cum ar fi hepatita C are succes.

Diagnostic

Dacă medicul dumneavoastră suspectează o formă de artrită infecțioasă, vă poate efectua o biopsie, extrăgând lichid dintr-o articulație afectată cu un ac pentru a fi analizat în laborator. De asemenea, poate solicita efectuarea unor teste sangvine.

Cât de gravă este artrita infecțioasă?

În majoritatea cazurilor, diagnosticul precoce și tratamentul infecției articulare duc la recuperarea rapidă și completă.

Tratament

Datorită riscului distrugerii permanente a osului și cartilajului, o infecție articulară trebuie prompt tratată. Poate fi necesară spitalizarea.

În cazul în care infecția nu este virală, medicul vă va prescrie un antibiotic. Poate utiliza un ac pentru drenarea articulației infectate sau chirurgul poate deschide articulația pentru îndepărtarea țesuturilor distruse și infectate. După rezolvarea infecției puteți avea nevoie de chirurgie reconstructivă dacă articulația a fost sever afectată.

Pe perioada de recuperare după o infecție, articulația poate fi imobilizată cu ajutorul unei atele. Poate fi necesară fizioterapia pentru redobândirea forței și mobilității în articulația afectată.

Guta

Semne şi simptome

- Durere severă, bruscă într-o singură articulaţie, de obicei la baza degetului mare de la picior
- Umflarea, înroşirea şi creşterea ţesuturilor din jurul articulaţiei

Una din cele mai vechi boli umane, guta este cunoscută de peste 2 000 de ani. Este produsă de cantităţile excesive de acid uric, o substanţă pe care organismul dumneavoastră o produce în mod natural din proteine numite purine. Atunci când aveţi gută, organismul dumneavoastră fie produce prea mult acid uric, fie excretă prea puţin în urină. În 90% din cazurile de gută problema este excreţia insuficientă.

Acidul uric se dizolvă tipic în sânge şi trece prin rinichi în urină. La cei cu gută, excesul de acid uric se poate organiza formând cristale ascuţite ce se depozitează într-o articulaţie şi în ţesuturile din jur, producând durere, inflamaţie şi tumefiere. Guta afectează tipic articulaţia degetului mare de la picior, dar poate afecta şi alte articulaţii ale piciorului ca şi gleznele, genunchii şi, ocazional, şi mâinile şi coatele. Nu oricine are exces de acid uric dezvoltă simptomele gutei.

Alţi factori care pot contribui la apariţia gutei sunt alimentele bogate în purine - carne, hamsii, hering şi macrou, consumul de alcool, excesul ponderal, hipercolesterolemia sau diabetul şi anumite medicamente. De exemplu, administrarea unui diuretic tiazidic ca antihipertensiv poate interfera cu abilitatea rinichilor de a elimina acidul uric din organism.

Dozele mici de aspirină administrate zilnic pot creşte nivelul sangvin al acidului uric prin scăderea eliminării acestuia. Stresul unei agresiuni, cum ar fi o fractură osoasă sau o intervenţie chirurgicală, poate provoca un atac de gută.

Un episod acut de gută se dezvoltă în câteva ore. O articulaţie devine brusc intens dureroasă, iar zona din jurul ei devine caldă, roşie şi umflată. Articulaţia va rămâne foarte dureroasă câteva zile. Disconfortul începe să scadă treptat în următoarele 1-2 săptămâni.

90% dintre cei cu gută sunt bărbaţi cu vârsta peste 40 de ani. 1 din 4 are istoric familial de gută. Femeile devin susceptibile după menopauză.

Guta are reputaţia unei boli produsă de consumul excesiv de alimente şi băuturi. Cu toate că aceşti factori pot avea o contribuţie, guta poate apărea în orice moment şi fără un motiv aparent.

Diagnostic

Pentru confirmarea diagnosticului şi excluderea unei infecţii cauzatoare, medicul dumneavoastră poate extrage lichid din articulaţia afectată pentru a căuta cristale de gută în celulele albe sangvine. Poate solicita, de asemenea, efectuarea testelor sangvine pentru verificarea nivelului acidului uric. Totuşi, testele sangvine pot să nu fie concludente deoarece nivelul de acid uric poate fi aproape normal în timpul unui atac de gută. În plus, multe persoane care au un nivel crescut de acid uric pot să nu facă niciodată gută.

Acumularea pe termen lung a acidului uric poate produce umflături (tofi) chiar sub piele. Cele mai frecvente sedii sunt cartilajul urechii, coatele şi tendonul lui Achile. Uneori, apar calculi renali prin acumularea de acid uric.

Cât de gravă este guta?

După ce un atac de gută trece - de obicei, în câteva zile şi nu mai mult de câteva săptămâni - articulaţia afectată revine de regulă la normal. Puteţi să nu mai aveţi niciodată un alt atac sau puteţi avea atacuri de câteva ori pe an. Dacă nu primiţi un tratament corespunzător, afecţiunea poate leza definitiv articulaţiile implicate, iar depozitele de acid uric pot produce probleme renale, cum ar fi apariţia calculilor.

Tratament

Un atac de gută se tratează în general cu antiinflamatoare nesteroidiene (AINS) şi apoi cu alte medicamente pentru prevenirea recurenţelor. Schimbările din modul de viaţă pot ajuta la prevenirea recăderilor.

Tratament medicamentos

AINS, cum ar fi ibuprofenul (Advil, Motrin), naproxenul (Aleve, Naprosyn) şi altele sunt tratamentul de elecţie în atacul acut de gută. Colchicina a fost utilizată timp de secole pentru ameliorarea durerii şi tumefierii din timpul unui atac acut. Medicamentul poate însă produce mai multe reacţii gastrointestinale şi toxicitate decât AINS. O altă opţiune terapeutică este cortizonul, fie tablete, fie injectat în inflamaţia afectată.

O dată ce atacul este controlat, medicul dumneavoastră vă poate recomanda un tratament preventiv pentru menţinerea scăzută a nivelului acidului uric şi prevenirea recurenţelor. Acesta implică administrarea de medicamente ca allopurinol (Aloprim, Zyloprim) timp de luni sau ani de zile.

Autoîngrijirea

Cu toate că medicii nu mai consideră alimentele şi băuturile cauza principală a gutei, modificările stilului de viaţă pot fi benefice. Dacă aveţi gută, scădeţi sau evitaţi consumul de alcool, menţineţi-vă o greutate sănătoasă şi evitaţi alimentele bogate în purine, incluzând sardinele, hamsiile şi carnea. Nu urmaţi diete stricte. Dietele care presupun o scădere rapidă în greutate pot provoca un atac acut.

Dacă luaţi medicamente ca allopurinol pentru prevenirea atacurilor ulterioare de gută, nu întrerupeţi brusc tratamentul deoarece acesta poate produce un atac acut de gută. În plus, dacă începeţi să luaţi allopurinol în timpul unui atac acut de gută, puteţi să agravaţi şi să prelungiţi atacul.

Bursita

Semne şi simptome

- Durere în jurul articulaţiei
- Rigiditate şi dificultate în mişcarea articulaţiei

- Căldură deasupra articulaţiei
- Umflare şi înroşirea pielii
- Durere progresivă, înroşire sau căldură deasupra articulaţiei, asociată cu febră sau frisoane

Corpul dumneavoastră are peste 150 de burse, săculeţi care ajută la lubrefiere şi căptuşesc punctele de presiune dintre oase şi ţesuturile fibroase ale muşchilor şi tendoanelor. Bursele facilitează mişcările prin limitarea frecării.

Mişcările repetitive sau presiunea pot produce inflamaţia unei burse, afecţiune numită bursită. De exemplu, dacă staţi mult timp în genunchi, cum ar fi atunci când lucraţi în grădină, presiunea produsă poate produce inflamaţia bursei din faţa rotulei. Rotirea unei rachete sau a unei crose de golf sau aruncarea repetată a unei mingi poate afecta o bursă din umăr.

Cu toate că puteţi atribui de regulă bursita utilizării excesive sau presiunii, în unele cazuri nu există o cauză evidentă.

Diagnostic

Medicul dumneavoastră poate fi capabil să identifice o sensibilitate într-o anumită zonă. Dacă disconfortul pare a fi produs de altceva, el poate solicita o radiografie a zonei afectate. Dacă bursita este cauza, atunci examenul radiologic este normal.

Cât de gravă este bursita?

Bursita se ameliorează de obicei de la sine prin măsuri simple de autoîngrijire. Puteţi preveni recurenţa bursitei prin îngrijire corespunzătoare. Cu toate acestea, dacă durerea este invalidantă sau dacă nu cedează după o săptămână, adresaţi-vă medicului. Uneori, bursa se infectează, în special cele de lângă genunchi sau cot. Dacă aveţi durere în creştere, roşeaţă sau căldură deasupra articulaţiei, împreună cu febră şi frisoane, cereţi îngrijire medicală promptă.

Tratament

Bursita dispare de obicei în 2 săptămâni, cu tratament corespunzător al articulaţiei dureroase. Fizioterapia poate fi utilă pentru diminuarea durerii, restabilirea mobilităţii şi creşterea forţei musculare până la cedarea durerii. Fizioterapia poate, de asemenea, preveni recurenţele.

Tratament medicamentos

Acetaminofenul sau antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS), cum ar fi aspirina sau ibuprofenul (Advil, Motrin etc.) pot ajuta la ameliorarea disconfortului. În unele cazuri, medicul poate injecta un corticosteroid în bursa afectată. Dacă bursa se infectează, medicul poate drena lichidul infectat şi poate prescrie un antibiotic.

Autoîngrijirea

Aplicaţi gheaţă pentru 5-10 minute de câteva ori pe zi pentru reducerea tumefierii. Utilizaţi gheaţă pentru primele 2 zile sau până când umflătura cedează semnificativ. După ce umflătura se ameliorează, puteţi utiliza aplicaţiile de căldură pentru ameliorarea durerii şi rigidităţii.

Exerciţiile uşoare de întindere pot ajuta la menţinerea sau restabilirea capacităţii dumneavoastră de mişcare. Evitaţi activităţile intense care solicită articulaţia până când durerea şi umflătura cedează. Menţineţi o presiune asupra zonei bursei până când se dezumflă. În funcţie de articulaţia afectată, puteţi să utilizaţi un bandaj elastic, o bandă sau o căptuşeală moale.

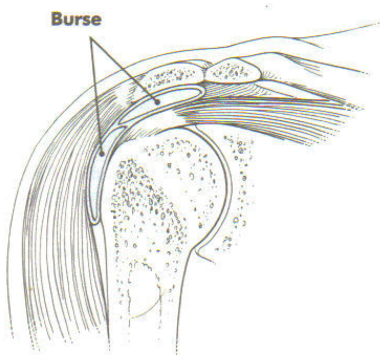
Tratament chirurgical

Atunci când bursita apare în mod repetat în acelaşi loc, medicul dumneavoastră vă poate recomanda îndepărtarea chirurgicală a bursei. Această procedură nu este practicată constant.

Profilaxie

Prin îngrijire corespunzătoare, puteţi evita recurenţa bursitei sau puteţi reduce severitatea semnelor şi simptomelor. Încălziţi-vă înainte de exerciţiile fizice şi întindeţi-vă musculatura după aceea. Exerciţiile de creştere a forţei musculare pot fi de ajutor.

Atunci când faceţi activităţi repetate, luaţi pauze frecvente. Evitaţi să staţi în picioare sau aşezat pentru perioade excesive de timp. Protejaţi-vă articulaţiile stând pe scaune căptuşite, solide sau utilizând pernuţe când îngenuncheaţi.



Bursele au rolul unei căptuşeli între oase şi ţesutul fibros. Utilizarea excesivă a unei articulaţii poate duce la bursită, o inflamaţie a bursei.

Umărul îngheţat

Semne şi simptome

- Durere continuă sau arzătoare în umăr
- Limitarea mobilităţii umărului
- Durere la nivelul părţii superioare a braţului sau, posibil, la nivelul gâtului
- Deseori, durere în umăr care se agravează noaptea

Aşa cum sugerează şi numele, umărul îngheţat se caracterizează prin rigiditate la nivelul articulaţiei umărului, însoţită de durere. Denumită şi capsulită adezivă, afecţiunea apare cel mai frecvent la nivelul unui singur umăr.

Umărul dumneavoastră este o articulaţie de tipul sferă în cavitate. Capătul rotund al osului braţului dumneavoastră (humerus) se potriveşte într-o scobitură puţin adâncă a omoplatului (scapula).

Leziunile muşchilor rotatori şi exerciţiile adresate acestora

Articulaţia umărului dumneavoastră are cel mai mare grad de mişcare dintre toate articulaţiile corpului, datorită în mare măsură, muşchilor rotatori, care cuprind 4 grupuri şi tendoanele ataşate acestora. Muşchii conectează osul părţii superioare a braţului (humerusul) de omoplat. Aceştia ajută şi la menţinerea capului humeral în concavitatea articulaţiei umărului.

O leziune a ansamblului rotator semnifică o întindere dureroasă sau o ruptură în tendoanele şi muşchii din jurul articulaţiei umărului, deseori produsă de cazături, ridicări şi activităţi repetitive care necesită ridicarea braţului deasupra capului, cum ar fi aruncarea mingii sau plasarea unui obiect pe o poliţă situată mai sus de cap. Pe măsură ce îmbătrâniţi, riscul afectării muşchilor rotatori creşte.

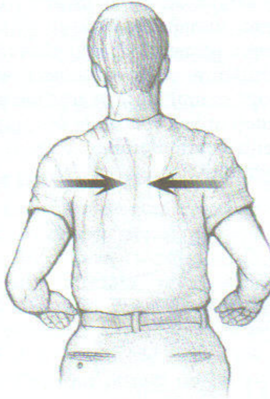
Simptomele leziunii musculaturii rotatorii pot semăna cu cele ale umărului îngheţat, cu toate că limitarea mişcării nu este la fel de severă. Dacă nu puteţi să vă mişcaţi braţul sau durerea este severă sau persistentă, adresaţi-vă medicului cât mai repede posibil.

În cazul unei afecţiuni minore a umărului, pot fi suficiente repausul, aplicaţiile de gheaţă şi căldură, şi analgezice eliberate fără reţetă. După o zi sau două, efectuaţi exerciţii uşoare pentru menţinerea flexibilităţii musculaturii umărului. În cazul unei afecţiuni mai severe, medicul vă poate injecta un corticosteroid în articulaţia umărului pentru ameliorarea durerii şi a inflamaţiei. Dacă aveţi o ruptură mare la nivelul rotatorilor, este necesară chirurgia reparatorie.

În plus, trebuie să efectuaţi exerciţii ce implică umărul. Medicul sau fizioterapeutul vă vor recomanda exerciţii specifice destinate să ajute la vindecarea leziunii, la îmbunătăţirea flexibilităţii umărului şi la asigurarea echilibrului forţelor musculare. Fizioterapia poate dura de la 3 săptămâni la câteva luni.



Trageţi uşor braţul de-a lungul trunchiului astfel încât să simţiţi întinsă partea posterioară a umărului. Ţineţi aşa timp de 30 de secunde. Repetaţi de 2-3 ori. Schimbaţi braţul şi repetaţi.



Cu braţele îndoite în faţă, din cot, trageţi de coate în spate pentru a strânge omoplaţii. Ţineţi aşa 10 secunde. Repetaţi de 3-5 ori.

În jurul articulaţiei există ţesut conjunctiv gros, numit capsula umărului, care permite mişcarea. În cazul umărului îngheţat, capsula umărului se inflamează şi devine rigidă, producând durere şi pierderea mobilităţii.

Umărul îngheţat apare lent, în 3 stadii: durere, îngheţare şi dezgheţare. Pe parcursul stadiului dureros care poate dura 2 - 9 luni, aveţi durere când mişcaţi umărul. Durerea se agravează de obicei noaptea.

Mişcarea, în mod particular extensia braţului şi îmbrăcarea pot provoca şi agrava durerea. Uneori, pacienţii îşi ţin braţul afectat aproape de corp şi evită să-l mişte. Ligamentele şi alte ţesuturi din jurul articulaţiei tind să se rigidizeze. Acesta este stadiul de îngheţare. Încercaţi să utilizaţi umărul afectat pentru activităţile de zi cu zi cât vă vor permite durerea şi gradul de limitare a mişcării.

Durerea poate diminua în stadiul de îngheţare, care poate dura 4 - 12 luni, dar gradul de mişcare a umărului dumneavoastră poate scădea treptat cu până la 50-75%. Mişcarea poate produce durere. În stadiul de dezgheţare, care poate dura 1 - 3½ ani, afecţiunea se poate ameliora.

Nu se cunoaşte cauza care produce umărul îngheţat, dar poate apărea după o leziune sau o imobilizare prelungită a umărului, cum ar fi după o intervenţie chirurgicală sau după o fractură a braţului. 20% dintre cei cu diabet prezintă afecţiunea, ceea ce creşte probabilitatea că umărul îngheţat are o componentă autoimună, adică propriul sistem imun poate agresa capsula umărului producând inflamaţia.

Este mai frecventă la femei decât la bărbaţi, apărând mai ales între 40 şi 65 de ani.

Diagnostic

Diagnosticul primar al umărului îngheţat poate fi făcut prin examen fizic. Medicul dumneavoastră vă poate cere să ridicaţi şi să lăsaţi braţul în faţă, în lateral şi în spate; de asemenea, vă va mişca

brațul pentru a vă determina gradul de mișcare al articulației umărului și poate să exercite o presiune asupra unor părți ale umărului pentru a căuta zonele sensibile.

Medicul dumneavoastră poate solicita o radiografie de umăr și, posibil, o rezonanță magnetică nucleară (RMN) pentru a exclude o altă afecțiune.

Cât de grav este umărul înghețat?

În unele cazuri, mobilitatea poate diminua până la un punct în care este dificil, dacă nu imposibil să efectuați multe dintre activitățile zilnice, cum ar fi pieptănatul, îmbrăcatul sau spălatul pe dinți. De obicei, afecțiunea se ameliorează de la sine în timp și majoritatea oamenilor își recapătă întreaga capacitate de mișcare și forță în umăr.

Tratament

Tratamentul umărului înghețat implică mai frecvent mișcare ușoară și gradată a umărului pentru restabilirea gradului de mobilitate. Aceste exerciții pot să nu elimine problema, dar pot ajuta la recuperarea unei flexibilități suficiente pentru desfășurarea activităților zilnice. Aplicarea de gheață la nivelul umărului poate fi de ajutor.

Tratament medicamentos

Acetaminofenul (Tylenol etc.) și antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS), cum ar fi ibuprofenul (Advil, Motrin etc.) și naproxenul (Aleve, Naprosyn etc.) pot ajuta la eliminarea durerii. Medicul dumneavoastră vă poate prescrie un inhibitor de COX-2, cum ar fi celecoxib (Celebrex), rofecoxib (Vioxx) și valdecoxib (Bextra).

Dacă durerea și inflamația persistă, poate fi de ajutor o injecție cu corticosteroid într-o articulație. Tratamentele noi includ injectarea de lichid în articulația umărului pentru mărirea capsulei umărului și ruperea aderențelor. Totuși, rezultatele pe termen lung ale acestui tratament nu sunt clare.

Fizioterapia

O dată ce durerea cedează, medicul dumneavoastră vă poate trimite la un fizioterapeut care vă poate ajuta cu exerciții de întindere a țesutului și vă ajută să păstrați un grad de mișcare ce vă permite desfășurarea activităților zilnice.

În cazurile rare de rigiditate severă, medicul dumneavoastă poate manipula umărul în timp ce vă aflați sub anestezie generală.

Umărul înghețat se vindecă de regulă în 1-2 ani. Tendința dumneavoastră este de a vă ține umărul cât mai imobil posibil datorită durerii și a rigidității atunci când vă mișcați brațul. Restabilirea gradului de mișcare este critic. Mișcați-vă articulația umărului atât cât este mobilă, de 4 ori pe zi pentru a evita rigidizarea ulterioară. Dacă este necesar, cereți unui prieten să vă ajute să vă mișcați încet brațul.

O dată ce durerea se ameliorează, mobilizați-vă brațul zilnic. Exercițiile de flexibilitate și de creștere a forței musculare, cum ar fi înotul și ridicarea greutăților, pot fi de ajutor. Fizioterapeutul vă poate recomanda exercițiile adecvate fiecărui stadiu al bolii.

Profilaxie

Atunci când umărul dumneavoastră este dureros datorită utilizării excesive sau tendinitei, puteți fi capabil să evitați stadiul de înghețare prin mișcarea regulată a umărului prin exerciții de creștere a gradului de mișcare

Afecțiunile reumatologice imune

Afecțiunile reumatologice imune sunt denumite uneori boli de țesut conjunctiv sau colagenoze. Acestea se datorează modificărilor sistemului dumneavoastră imun. Factorul comun al tuturor acestor afecțiuni este inflamația de cauză necunoscută, ce poate afecta aproape toate țesuturile organismului.

Lupusul

Semne și simptome

- Durere articulară, umflare și înroșire la acest nivel care apar și dispar, cel mai frecvent la nivelul degetelor și a încheieturilor pumnilor
- Rash, mai ales de-a lungul nasului și obrajilor
- Durere localizată în piept, care se agravează cu mișcarea, tusea sau cu respirația adâncă
- Sensibilitate la lumina soarelui care produce rash, febră și oboseală după o expunere minimă
- Afte în cavitatea bucală sau în nas
- Oboseală și slăbiciune
- Febră
- Scădere ponderală
- Sindrom Raynaud

Lupusul este o boală cronică, în cadrul căreia sistemul imun propriu atacă țesuturile sănătoase, în mod tipic articulațiile. Aceasta produce inflamație, durere, rigiditate și, ocazional, roșeață la nivelul articulațiilor. Poate produce, de asemenea, rash la nivelul nasului și obrajilor. Atât disconfortul articular, cat și rash-ul tind să fie episodice, cu perioade alternative de remisiune și scădere.

Lupusul eritematos sistemic, cea mai comună formă, afectează circa 70% dintre cei care au boala. Sistemic semnifică afectarea mai multor sisteme ale organismului. Boala vă poate afecta pielea, rinichii, sistemul nervos, plămânii și inima. Aproximativ 50% dintre cei cu lupus eritematos sistemic au afectate organele interne importante. La ceilalți 50% sunt afectate în mod primar pielea și articulațiile.

Alte tipuri de lupus includ lupusul discoid și cutanat, care se pot limita la piele și lupusul produs de medicamente. În mod tipic, simptomele trec după întreruperea medicamentului.

Lupusul apare mai frecvent la femei cu vârste între 15 și 45 de ani, dar poate apărea la copii și la adulții vârstici. Apare de 10 ori mai frecvent la femei decât la bărbați și este mai frecvent la

negri decât la albi. Lupusul poate apărea uneori pentru prima dată în sarcină, de obicei cu efecte minime sau fără efecte asupra fătului. Unii pot moşteni o predispoziţie genetică pentru lupus.

Diagnostic

Medicul dumneavoastră vă poate efectua anumite teste de laborator, cum ar fi anticorpii antinucleari (ANA) şi alţi anticorpi. Un test ANA pozitiv poate sugera lupusul, dar pentru că şi indivizii sănătoşi pot avea test ANA pozitiv, acest test nu poate confirma singur boala. Medicul vă poate efectua alte analize sangvine pentru controlul imunităţii. Puteţi fi supus şi unor analize urinare deoarece lupusul poate afecta funcţia renală. Radiografia toracică sau ecocardiografia pot ajuta la diagnosticarea unei afectări a membranei din jurul cordului.

Cât de grav este lupusul?

În multe cazuri, boala nu produce probleme serioase. Pentru alţii, însă, este o afecţiune majoră ce necesită control adecvat pentru prevenirea sau tratarea complicaţiilor grave, în special cardiace şi renale, dar şi a complicaţiilor tratamentului. În mod tipic, lupusul este o afecţiune pe termen lung, care are perioade de recădere şi acalmie.

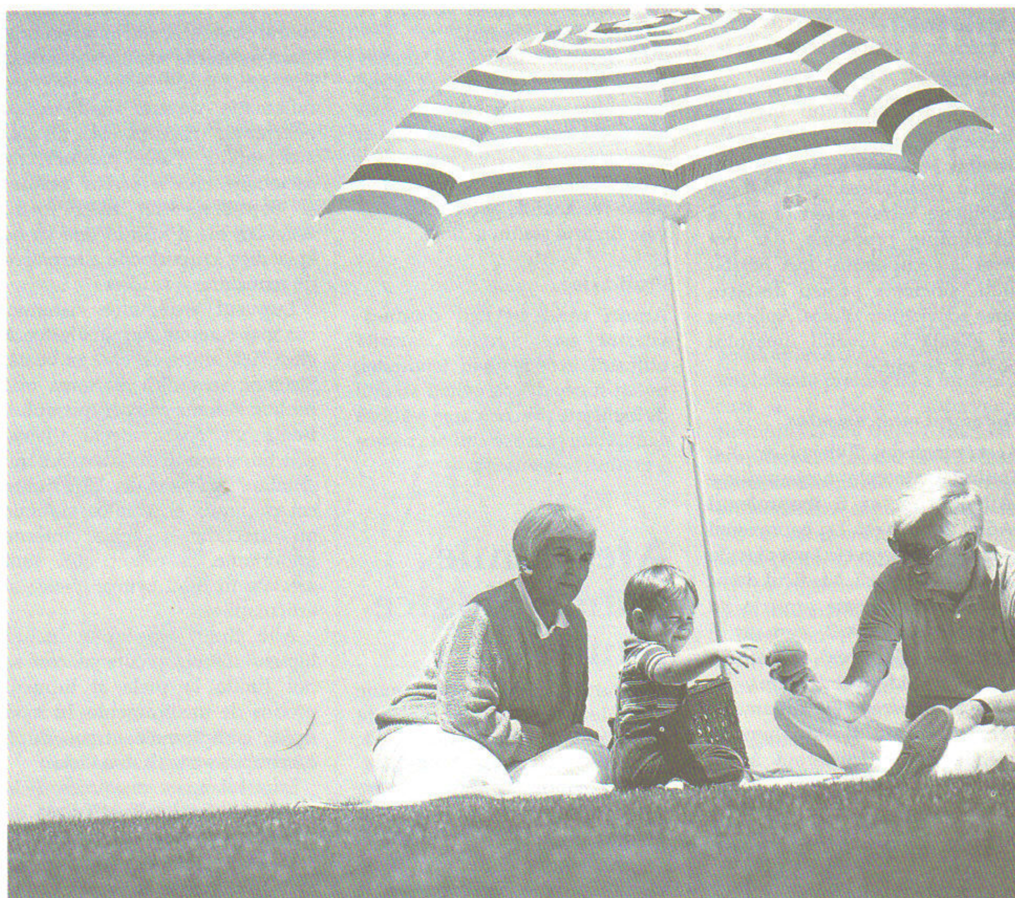
Tratament

Tratamentul lupusului depinde de severitatea sa şi de formele de prezentare.

Tratament medicamentos

Antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS), cum ar fi ibuprofenul (Advil, Motrin etc.) şi aspirina pot ajuta la controlul durerii şi inflamaţiei asociate lupusului. O altă opţiune sunt inhibitorii de COX-2, cum ar fi rofecoxib (Vioxx), celecoxib (Celebrex) şi valdecoxib (Bextra). Aceste medicamente sunt o alternativă în cazul în care analgezicele uzuale produc efecte adverse, cum ar fi durerile gastrointestinale şi hemoragia.

Uneori, medicul vă poate prescrie un corticosteroid, cum ar fi prednisonul, pentru controlul inflamaţiei. Alte medicamente pentru lupus includ hidroxiclorochina (Plaquenil), un antimalaric, şi medicamente imunosupresoare ca azatioprina (Imuran), ciclofosfamida (Cytoxan) şi micofenolatul mofetil (CellCept).



Razele ultraviolete solare pot agrava lupusul. Evitaţi expunerea prelungită la soare şi utilizaţi un ecran protector.

Datorită riscului pe termen lung asociat lupusului şi tratamentului său, medicul dumneavoastră trebuie să monitorizeze atent statusul bolii şi medicamentele pe care le utilizaţi.

Exerciţii fizice

Ca şi în alte afecţiuni musculare şi articulare, controlul lupusului include desfăşurarea activităţilor zilnice pentru prevenirea slăbiciunii musculare şi ameliorarea rigidităţii articulare. Puteţi să nu vă simţiţi în stare să faceţi exerciţii în timpul perioadelor de recădere, dar chiar şi atunci trebuie să încercaţi activităţi fizice uşoare, cum ar fi întinderea. Fizioterapeutul vă poate recomanda un program de exerciţii pentru menţinerea condiţiei fizice.

Alte metode terapeutice

Medicul dumneavoastră vă poate recomanda utilizarea ecranelor solare şi vă poate sfătui să limitaţi expunerea la razele ultraviolete solare şi dispozitivele de bronzare. Razele soarelui şi lumina ultravioletă de la solar pot declanşa recăderea fenomenelor autoimune din lupus. Ca şi în cazul altor afecţiuni cronice, boala poate duce uneori la depresie, care poate necesita tratament.

Sclerodermia

Semne şi simptome

- Întărirea şi îngroşarea pielii, în special la nivelul braţelor, mâinilor şi feţei
- Modificarea culorii pielii
- Mâini şi picioare umflate, mai ales dimineaţa
- Durere articulară şi rigiditate
- Piele lucioasă
- Amorţire, durere sau modificarea culorii la nivelul degetelor de la mâini şi picioare, obrajilor, nasului sau urechilor
- Probleme intestinale şi de deglutiţie
- Probleme renale, cardiace sau pulmonare
- Oboseală

Sclerodermia, care înseamnă „piele tare" este o afecţiune autoimună rară, care duce la o producţie exagerată a colagenului. Afecţiunea produce îngroşarea şi întărirea ţesuturilor afectate. Pielea afectată capătă aspect strălucitor. Un alt nume al bolii este scleroza progresivă sistemică.

Există mai multe tipuri de sclerodermie. În funcţie de suprafaţa de piele afectată, scerodermia

Vasculitele

Vasculita este un termen general pentru descrierea unei inflamaţii a vaselor sangvine, de obicei a arterelor. Inflamaţia distruge peretele vasului şi poate afecta circulaţia în anumite zone ale corpului. Semnele şi simptomele vasculitei depind de regiunea afectată. Simptomele generale pot include febră, slăbiciune musculară, pierderea apetitului şi oboseală. Dacă este implicat un anume organ, cum ar fi intestinul, vasculita poate produce simptome mai specifice, cum ar fi durerea abdominală.

Vasculita este deseori asociată cu afecţiuni autoimune şi, de aceea, este tratată de reumatologi. Medicul poate confirma diagnosticul vasculitei prin teste sangvine, un examen radiologic al vaselor sangvine (angiografie) sau o biopsie a unui vas afectat, în care se recoltează o probă de ţesut pentru analizarea în laborator.

Tratamentul vasculitelor depinde de tipul, localizarea şi severitatea problemei. Acesta include deseori medicamente antiinflamatoare, cum ar fi corticosteroizii şi imunosupresoarele.

Există diferite tipuri de vasculită, care includ:

Poliarterita

Această boală severă implică o inflamaţie a mai multor artere. Inflamaţia poate duce la obstrucţia vaselor, reducând aportul sangvin la nivelul zonei afectate. Pielea, intestinele, rinichii şi inima sunt mai susceptibile.

Simptomele tipice includ pierderea în greutate, febră, slăbiciune şi oboseală. Dacă sunt afectate intestinele puteţi avea durere abdominală şi diaree în sânge.

Poliarterita apare mai frecvent la bărbaţii de vârstă medie, cu toate că există şi o formă juvenilă a bolii. În trecut, această boală era deseori fatală. Astăzi, cu ajutorul tratamentului corespunzător, mulţi dintre cei cu poliarterită pot duce o viaţă normală.

Angeita granulomatoasă alergică

Această boală, numită şi sindrom Churg-Strauss, poate afecta multiple sisteme de organe, dar în general implică plămânii. Persoanele cu acest tip de afecţiune au de obicei şi astm bronşic.

Vasculita prin hipersensibilizare

Această formă de vasculită este rezultatul expunerii la un medicament sau o substanţă străină. Aceasta implică afectarea vaselor mici de sânge de la nivelul pielii.

Arterita granulomatoasă

Această afecţiune apare aproape exclusiv la cei cu vârstă peste 50 de ani, mai frecvent la femei decât la bărbaţi. Boala, numită şi arterita cranială, temporală sau cu celule gigante, afectează arterele de dimensiuni medii, mai ales de la nivelul capului. Afecţiunea este caracterizată prin cefalee şi prezenţa unei artere dureroase, groase ce poate fi simţită la nivelul părţii laterale a capului. Este deseori asociată cu polimialgia reumatică.

Simptomele comune de însoţire sunt o stare de indispoziţie, oboseală, febră şi transpiraţii nocturne. Ocazional, pot apărea oboseala maxilarului când mestecaţi şi probleme de vedere. Netratată, poate duce la pierderea parţială sau totală a vederii.

poate fi limitată şi difuză. Boala mixtă de ţesut conjunctiv are trăsături ale sclerodermiei şi altor boli de ţesut conjunctiv, ca lupusul eritematos sistemic, polimiozita şi poliartrita reumatoidă. Sclerodermia localizată include morfeea şi sclerodermia lineară.

Sindromul Raynaud, o afecţiune în care scăderea fluxului sangvin la nivelul extremităţilor produce modificarea culorii pielii spre o paloare cadaverică, apoi spre albastru şi în final roşu, apare mai frecvent în sclerodermie decât în oricare dintre celelalte boli de ţesut conjunctiv. Stresul emoţional şi expunerea la frig pot declanşa simptomele bolii Raynaud (vezi pag. 792).

Majoritatea persoanelor cu sclerodermie dezvoltă boala între 35 şi 55 de ani, cu toate că poate apărea şi la copii şi la vârstnici. Sclerodermia apare de 4 ori mai frecvent la femei decât la bărbaţi.

Diagnostic

Sclerodermia poate fi dificil de diagnosticat deoarece este rară şi se poate asemăna cu alte boli imune sistemice. Diagnosticul se bazează pe istoricul medical, examenul fizic şi analizele de laborator. Medicul dumneavoastră vă poate lua o biopsie, o probă tisulară ce va fi analizată în laborator. De asemenea, puteţi fi supus unor teste sangvine şi unor teste de control cardiac, pulmonar şi gastrointestinal.

Cât de gravă este sclerodermia?

Sclerodermia localizată se poate opri de la sine din evoluţie, cu toate că rareori, mâinile pot fi permanent afectate.

Scerodermia difuză poate afecta sever organele interne şi poate duce la hipertensiune arterială, boală cardiacă, afectare pulmonară, insuficienţă renală şi probleme de tract gastrointestinal (ce pot duce la malnutriţie). Atunci când există afectare severă a organelor interne, speranţa de viaţă poate fi mai mică, mai ales în cazul implicării inimii şi plămânilor.

Tratament

Nu există tratament care să vindece sclerodermia, dar există medicamente care pot ajuta la controlul ei. Sclerodermia localizată poate dispărea sau îşi poate opri evoluţia fără tratament. În cazul sclerodermiei sistemice, tratamentul constă, în general, în medicaţie de protecţie a organelor interne şi de întrerupere a progresiei bolii.

Tratament medicamentos

Medicamentele utilizate în tratamentul afecţiunii includ antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS) şi dozele mici de corticosteroizi pentru ameliorarea durerii, reducerea rigidităţii şi inflamaţiei. Medicul dumneavoastră vă poate prescrie un vasodilatator dacă aveţi sindrom Raynaud, antihipertensive în cazul hipertensiunii, antiacide sau pantoprazol (Protonix) pentru arsuri gastrice sau boala de reflux gastroesofagian şi antibiotice în cazul problemelor intestinale. Anumite tipuri de medicamente antihipertensive numite inhibitoare ale enzimei de conversie a angiotensinei (ACE) pot avea un efect protector la nivel renal.

Autoîngrijirea

Exerciţiile fizice sunt importante pentru starea generală de sănătate şi pentru că pot limita rigidizarea ţesutului cutanat şi pot creşte fluxul sangvin tisular. Medicul dumneavoastră vă poate recomanda unui fizioterapeut sau unui specialist în terapia ocupaţională. Dacă sunteţi fumător, trebuie să renunţaţi deoarece nicotina produce vasoconstricţie.

Băile de parafină - în care introduceţi mâinile, parafina fiind caldă şi topită - vă pot ajuta la menţinerea flexibilităţii degetelor. Purtaţi mănuşi groase pentru a vă proteja atunci când ieşiţi în frig sau chiar atunci când umblaţi într-un frigider. Îmbrăcaţi-vă în mai multe straturi pentru a vă încălzi. Dacă aveţi arsuri la stomac, evitaţi să mâncaţi 3-4 ore înainte de culcare.

Sindromul Sjögren

Semne şi simptome

- Uscăciunea ochilor cu senzaţie de nisip sau pietricele în ochi
- Gură uscată
- Oboseală
- Dificultate la mestecat sau la înghiţit
- Uscăciunea mucoasei nasului, gâtului sau plămânilor
- Durere musculară şi articulară

Sindromul Sjögren este o boală autoimună în care sistemul imun atacă glandele care produc umorile. Se produce uscăciunea mucoaselor umede, în special la nivelul ochilor şi gurii. Senzaţia este de corp străin în ochi şi puteţi avea dificultăţi când mestecaţi sau când înghiţiţi. La femei poate apărea uscăciunea mucoasei vaginale. Pot apărea şi probleme în alte regiuni ale organismului, incluzând muşchii, articulaţiile, plămânii, rinichii şi stomacul.

Forma primară a afecţiunii apare singură, dar forma secundară apare împreună cu afecţiuni ale articulaţiilor şi muşchilor, cum ar fi poliartrita reumatoidă sau alte boli ca lupusul, sclerodermia sau polimiozita. Majoritatea celor care au sindrom Sjögren sunt femei de vârstă medie.

Diagnostic

Atunci când se pune diagnosticul, medicul va lua în considerare simptomele pe care le aveţi, împreună cu testele sangvine şi un examen oftalmologic. Se poate lua spre analiză o biopsie de pe faţa interioară a buzei, adică o probă de ţesut pentru studierea în laborator, şi se pot efectua teste pentru glandele salivare pentru determinarea inflamaţiei şi leziunilor la acest nivel.

Cât de grav este sindromul Sjögren?

Sindromul Sjögren vă poate afecta serios calitatea vieţii, incluzând capacitatea dumneavoastră de lucru şi de participare la activităţile de zi cu zi.

Tratament

Tratamentul este orientat către ameliorarea simptomelor. În afară de tratamentul medicamentos, puteţi să utilizaţi substanţe pentru umezirea pielii, trebuie să beţi suficiente lichide, utilizaţi salivă artificială şi faceţi control stomatologic regulat, deoarece scăderea cantităţii de salivă poate produce carii.

Lacrimile artificiale fără conservanţi şi unguentele oftalmice pot fi de ajutor în îndepărtarea disconfortului oftalmologic. Puteţi ameliora uscăciunea gurii prin consumarea de dropsuri cu lămâie fără zahăr sau alte bomboane tari care stimulează producerea de salivă, şi prin consumul des de lichide, preferabil apă, pe parcursul zilei.

Tratament medicamentos

Medicul vă va revizui tratamentul pe care îl luaţi pentru a fi sigur că aceste medicamente nu agravează uscăciunea gurii. Vă poate prescrie medicamente, cum ar fi pilocarpina (Salogen) sau cevimelina (Evoxac) care stimulează producţia de salivă.

De asemenea, vă poate prescrie corticosteroizi sau un medicament imunosupresor, cum ar fi Citoxan, dacă afecţiunea este severă şi cuprinde rinichiul, plămânul sau probleme neurologice.

Polimialgia reumatică

Semne şi simptome

- Durere şi rigiditate în muşchi, de obicei la nivelul gâtului, umerilor şi şoldurilor, în mod particular dimineaţa
- Oboseală
- Pierderea apetitului ce duce la scădere în greutate
- Anemie
- O stare generală alterată
- Uneori febră uşoară

Termenul de polimialgie reumatică provin din limba greacă şi înseamnă „durere în mulţi muşchi". Polimialgia reumatică produce, tipic, durere şi rigiditate în jurul gâtului, umerilor şi şoldurilor datorate unei inflamaţii a articulaţiilor şi a ţesuturilor din jur. Cel mai des, inflamaţia apare la nivelul articulaţiilor şoldului şi umărului, dar poate apărea oriunde. Anemia însoţeşte deseori afecţiunea.

Polimialgia reumatică afectează de obicei adulţii cu vârsta peste 50 de ani şi este mai frecventă la albi decât la alte rase. Afectează mai multe femeile decât bărbaţi. Cauza este necunoscută, dar cercetările suspectează o implicare a factorilor genetici şi de mediu.

Diagnostic

Informaţiile asupra debutului durerii şi modificările recente ale stării dumneavoastră de sănătate sunt importante în stabilirea diagnosticului.

În polimialgia reumatică, durerea apare de obicei brusc şi poate implica mai mulţi muşchi, deşi gâtul şi umerii sunt frecvent cele mai dureroase zone. Disconfortul este mai mare dimineaţa, dar poate apărea şi noaptea. Nu există un test specific care să confirme diagnosticul, dar se pot efectua o radiografie şi teste de laborator pentru a elimina alte cauze posibile.

În polimialgia reumatică, viteza de sedimentare a eritrocitelor şi proteina C reactivă sunt de regulă crescute, indicând prezenţa inflamaţiei.

Cât de gravă este polimialgia reumatică?

Evoluţia tipică a bolii este de circa 1-2 ani, după care de obicei dispare. Totuşi, afecţiunea poate reapărea.

Polimialgia reumatică poate fi asociată cu o boală numită arterita cu celule gigante (arterita temporală sau cranială), o afecţiune ce produce inflamaţie şi sensibilitate la nivelul arterelor situate imediat sub scalp, aproape de tâmple. Dacă aveţi polimialgie reumatică şi apar probleme de vedere, sensibilitate la nivelul scalpului sau cefalee, adresaţi-vă imediat medicului.

Tratament

Tratamentul medicamentos şi exerciţiile fizice pot ameliora simptomele.

Tratament medicamentos

Corticosteroizii produc adesea ameliorare în doar câteva zile. Poate fi nevoie să luaţi corticosteroizi până la dispariţia afecţiunii. Datorită faptului că tratamentul cu corticosteroizi poate produce reacţii adverse, medicul dumneavoastră va încerca să vă administreze cele mai mici doze posibile care controlează simptomele (vezi pag. 998). În cazurile uşoare se pot utiliza antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS) ce pot ameliora simptomatologia fără a fi nevoie de corticosteroizi.

Exerciţiile fizice

Exerciţiile fizice sunt esenţiale pentru a vă păstra forţa musculară şi forma. Pot ajuta, de asemenea, la prevenirea îngrăşării, un efect advers posibil al tratamentului cu corticosteroizi. Medicul dumneavoastră vă poate recomanda un fizioterapeut care să vă sugereze tipurile de exerciţii care vă sunt cele mai potrivite.

Polimiozita şi dermatomiozita

Semne şi simptome

- Slăbiciune musculară
- Durere şi umflare în articulaţiile mici
- Pete roşii pe pielea feţei, încheieturilor degetelor, coatelor, genunchilor sau gleznelor

Polimiozita este o afecţiune în care muşchii se inflamează, ducând la distrugerea fibrelor musculare. Atunci când o inflamaţie particulară a pielii însoţeşte inflamaţia musculară, boala se numeşte dermatomiozită.

Adulţii cu vârste între 30 şi 60 de ani sunt mai expuşi acestei afecţiuni, dar aceasta poate apărea la orice vârstă. Copiii cu vârste între 5 şi 15 ani dezvoltă dermatomiozită. Polimiozita sau dermatomiozita apar de 2 ori mai frecvent la femei decât la bărbaţi.

Diagnostic

Medicul vă va studia istoricul medical şi vă va face un examen fizic, orientat asupra pielii şi testării forţei musculare.Va solicita, de asemenea, o serie de teste sangvine pentru determinarea anumitor enzime musculare. Activitatea electrică din muşchii dumneavoastră poate fi măsurată cu ajutorul unui test numit electromiografie. În plus, se poate face o biopsie, adică recoltarea unei probe de ţesut pentru analizare în laborator, din muşchii afectaţi.

Cât de grave sunt polimiozita şi dermatomiozita?

Semnele şi simptomele dermatomiozitei şi polimiozitei pot persista multe luni de zile sau chiar ani. Un potenţial pericol este efectul asupra musculaturii gâtului, făcând dificilă deglutiţia. De asemenea, pot apărea problemele pulmonare, incluzând slăbiciunea musculaturii ce vă ajută să respiraţi.

Tratament

Tratamentul primar al polimiozitei şi dermatomiozitei se face cu imunosupresoare. Prednisonul, un corticosteroid, este frecvent utilizat. Alte medicamente prescrise sunt metotrexatul (Reumatrex), azatioprina (Imuran) sau imunoglobuline intravenoase.

O dată ce medicamentele încep să aibă efect şi inflamaţia se ameliorează, medicul dumneavoastră vă poate recomanda un program de exerciţii care să prevină slăbirea musculară (atrofia) şi rigiditatea. ■

CAPITOLUL 32 PARTEA a V-a

Sistemul endocrin

Sistemul endocrin al corpului dumneavoastră este alcătuit din mai multe glande care funcţionează ca un mecanism de control al organismului. Alături de sistemul nervos, glandele endocrine coordonează modul în care corpul dumneavoastră răspunde la evenimentele obişnuite sau neobişnuite la care este supus.

Glandele endocrine produc hormonii, componentele cheie ale sistemului. Hormonul este un mesager chimic. Diferitele glande endocrine secretă tipuri diferite de hormoni. Majoritatea lor sunt eliberaţi în circulaţia sangvină astfel încât îşi pot transmite mesajul către diferite organe şi ţesuturi.

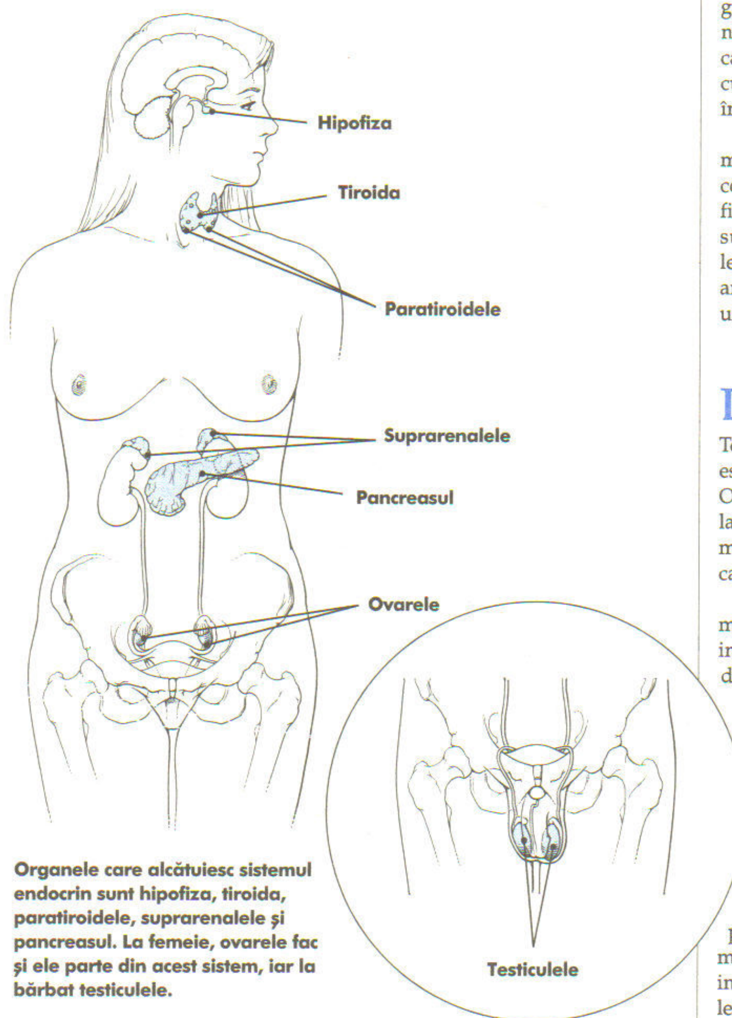
Deşi hormonii circulă prin tot corpul, fiecare dintre ei influenţează organe şi sisteme specifice, astfel încât ajung să regleze doar anumite procese din organism. Pancresul, de exemplu, secretă hormonul denumit insulină, care permite corpului să regleze cantitatea de zahăr aflată în circulaţia sangvină.

Ca răspuns la stresul fizic şi emoţional, glandele suprarenale secretă adrenalina (epinefrina), care poate produce o descărcare bruscă şi remarcabilă de energie. În mod similar, hipofiza, tiroida, paratiroidele şi glandele sexuale influenţează anumite funcţii ale organismului. Unii hormoni, printre care mulţi dintre cei secretaţi de hipofiză, controlează activitatea altor glande. Practic, fiecare sistem al corpului este reglat direct sau indirect de către hormoni.

Câteodată, sistemul endocrin poate funcţiona greşit. Deoarece este aşa de complex, un defect de funcţionare poate avea drept consecinţă o serie întreagă de probleme. De exemplu, în diabet, cea mai frecventă afecţiune endocrină, pancreasul nu secretă suficientă insulină, iar zahărul (glucoza) se acumulează în exces în sânge. Iar dacă hipofiza unui copil funcţionează prost, acesta va avea probleme de creştere.

Medicul specializat în investigarea sistemului endocrin se numeşte endocrinolog. În paginile care urmează, sunt luate în discuţie problemele cele mai frecvent întâlnite de endocrinologi.

Deoarece hormonii controlează multe ţesuturi şi organe ale corpului, endocrinologul ar putea fi specializat şi în domenii care nu sunt tipic considerate ca fiind legate de sistemul endocrin, cum ar fi dezvoltarea osoasă şi afecţiunile care ţin de tensiunea arterială.



Organele care alcătuiesc sistemul endocrin sunt hipofiza, tiroida, paratiroidele, suprarenalele şi pancreasul. La femeie, ovarele fac şi ele parte din acest sistem, iar la bărbat testiculele.

Diabetul

Termenul medical pentru diabet este *diabet zaharat (diabetes mellitus)*. Originile denumirii vin din limba latină şi se referă la zahărul sau mierea (mellitus) care trec în urină ca rezultat al acestei afecţiuni.

O altă formă de diabet, mult mai puţin frecventă, este diabetul insipid. Ea se referă la un hormon diferit, secretat de glanda hipofiză, şi care influenţează capacitatea rinichiului de a conserva apa (vezi pag. 1036).

Diabetul zahărat, sau diabetul, a devenit una dintre cele mai frecvente afecţiuni în SUA, în mare parte datorită îmbătrânirii populaţiei americane şi creşterii numărului de persoane supraponderale. Mai mult de 16 milioane de americani, inclusiv mai mulţi copii şi adolescenţi ca niciodată, au diabet.

Ce este diabetul?

Diabetul se referă la o cantitate excesivă de zahăr (glucoză) în sânge. Afecţiunea este adeseori legată de o funcţionare incorectă a pancreasului

Situat în spatele stomacului, pancreasul este un organ lung, subţire, aprox. de o palmă în lungime. El joacă un rol important în procesul de digestie, producând enzime esenţiale pentru procesarea (metabolizarea) alimentelor pe care le mâncaţi.

Un alt rol esenţial al pancreasului este ceea ce ar putea fi denumit furnizarea combustibilului. Pancreasul reglează modalitatea în care corpul dumneavoastră utilizează zahărul din sânge, care furnizează energie pentru toate celulele, combustibil pentru creier, şi alte organe şi ţesuturi.

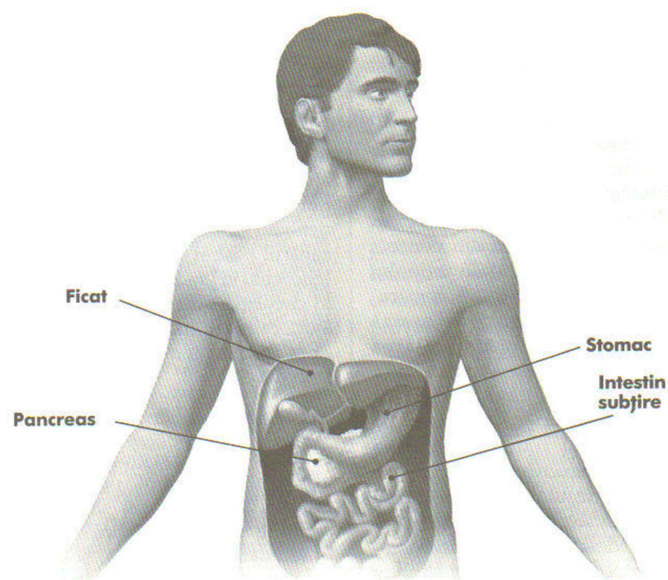
Atunci când pancreasul funcţionează normal, concentraţia zahărului din sânge variază într-o limită îngustă, stabilită ca răspuns la o varietate de factori care cuprind mesele, efortul fizic, situaţiile stresante şi infecţiile. Dar uneori, acest sistem precis de echilibru poate fi afectat.

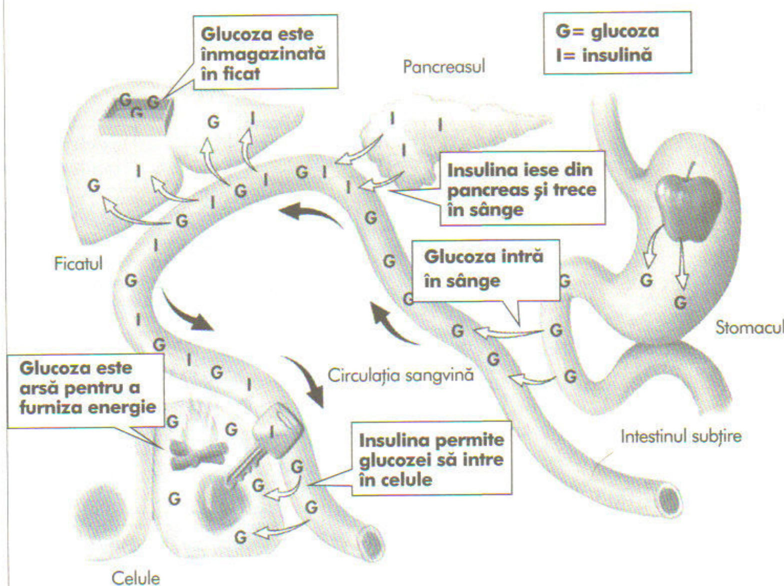
În loc ca majoritatea zahărului din sânge să fie transportată în celule, cantităţi semnificative rămân în circulaţia sangvină. Această cantitate excesivă de zahăr depăşeşte adeseori capacitatea de recuperare a rinichiului şi acesta poate trece în urină, lucru care poate fi detectat prin analiza urinei.

După un post nocturn, majoritatea persoanelor au niveluri sangvine ale zahărului cuprinse între 70 şi 110 miligrame de glucoză pe decilitrul de sânge (mg/dl). Acest nivel de concentraţie – egal aproximativ cu o linguriţă de zahăr în 3,8 litri cu apa – este considerat normal.

Dacă nivelul zahărului (glicemia) este adeseori 126 mg/dl sau mai mult, după o perioadă de post, atunci aveţi diabet. Dacă glicemia dumneavoastră este cuprinsă între 111 şi 125 mg/dl, se cheamă ca prezentaţi o toleranţă alterată la glucoză, ceea ce în mod frecvent reprezintă un prediabet, o stare de trecere spre diabet.

Metabolism normal





Zahărul (glucoza) din alimentele mâncate furnizează energia necesară organismului. Insulina, eliberată de pancreas, însoţeşte glucoza către fiecare celulă care are nevoie de energie şi către ficat, unde se păstrează zahărul în exces.

Cauze

Zahărul în exces se poate acumula în sânge din mai multe motive.

Insulina

Diabetul apare atunci când pancreasul nu mai poate produce suficientă insulină sau când celulele organismului devin neresponsive (rezistente) la efectele insulinei.

În mod normal, atunci când mâncaţi, zahărul trece din alimente în sânge la nivelul intestinului subţire. Celulele care vă construiesc muşchii şi organele se bazează pe acest zahăr pentru a avea energie. Dar acesta nu poate intra în celule fără ajutorul insulinei.

Concomitent cu momentul în care zahărul intră în circulaţia sangvină, pancreasul eliberează în sânge şi insulina. Ea circulă pe lângă zahăr şi acţionează ca o cheie, deschizând uşi microscopice care permit glucozei să intre în celule. Acest proces scade nivelul glicemiei. Fără insulină, zahărul rămâne în sânge şi nu poate intra în celulele care au nevoie de el.

Ficatul

Ficatul acţionează ca un centru care stochează şi procesează zahărul din sânge. Atunci când nivelul insulinei din sânge este mare, ca de exemplu după masă, ficatul stochează zahărul în exces, în caz că celulele vor avea nevoie de el mai târziu. Atunci când nivelurile de insulină sunt mici, cum se întâmplă atunci când nu aţi mâncat de ceva timp, pancreasul secretă un hormon denumit glucagon, care converteşte zahărul păstrat la nivelul ficatului (glicogen) în glucoză şi îl eliberează în circulaţia sangvină. Acest lucru ajută ca nivelul zahărului sangvin să se păstreze într-o limită îngustă şi sigură.

Alţi hormoni

Pe lângă insulină şi glucagon, mai mulţi alţi hormoni pot afecta nivelul zahărului din sânge. În anumite situaţii, hormoni cum ar fi adrenalina (epinefrina) şi cortizolul contracarează efectele insulinei, împiedicând zahărul să intre în celule. Hormonii pot chiar încuraja ficatul să elibereze zahărul păstrat, chiar atunci când nu este nevoie de el.

Tipuri

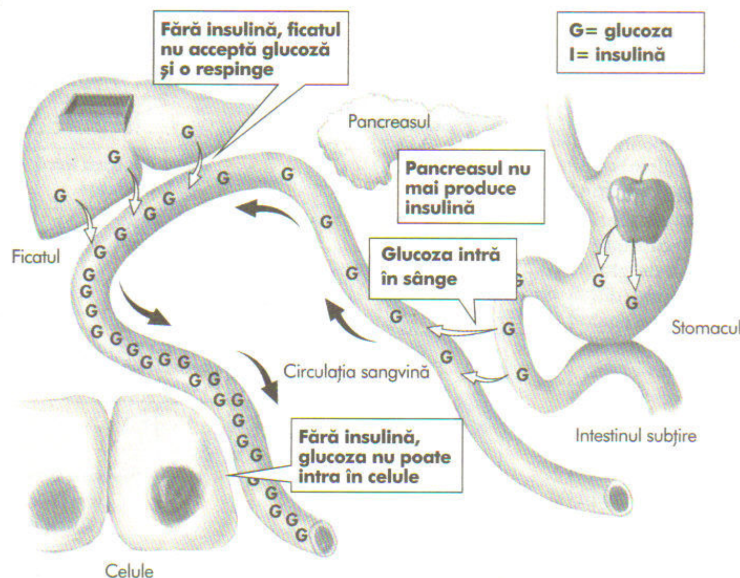
Oamenii se gândesc adeseori la diabet ca la o afecţiune unică. Dar zahărul se poate acumula în sânge din motive variate, care reflectă diferitele tipuri de diabet.

Tipul 1

Tipul 1 de diabet apare atunci când pancreasul nu mai produce de loc insulină sau produce doar o cantitate foarte mică. Fără insulină în circulaţia sangvină, glucoza nu poate pătrunde în celule şi rămâne în sânge.

Tipul 1 de diabet era denumit în trecut diabet insulino-dependent sau diabet juvenil. *Insulino-dependent* înseamnă că este nevoie de tratament zilnic cu insulină pentru a compensa insulina pe care organismul nu o mai produce. Termenul *diabet juvenil* era utilizat deoarece această formă de diabet apare mai frecvent la copii şi adolescenţi. Denumirile de *diabet insulino-dependent* şi *diabet juvenil* sunt folosite mai rar astăzi deoarece nu sunt în întregime corecte. Administrarea insulinei nu este limitată doar la cei cu diabet de tip

Diabetul tip 1



În diabetul tip 1, pancreasul produce cantităţi mici de insulină sau deloc. Fără insulină în circulaţia sangvină, glucoza nu poate pătrunde în celule şi rămâne în sânge.

1. Şi cei cu alte forme de diabet pot avea nevoie de ea. Mai mult, deşi mai rar, şi adulţii, ca şi tinerii, pot dezvolta un diabet de tip 1.

Tipul 1 de diabet este o afecţiune autoimună, ceea ce înseamnă ca propriul dumneavoastră sistem imun este vinovatul principal. Similar modului în care atacă virusurile şi bacteriile, sistemul de apărare al organismului dumneavoastră contra infecţiilor vă poate ataca pancreasul, anihilând celulele beta care produc insulina. Cercetătorii nu sunt siguri de ce se produce acest lucru, dar cred că ar putea fi implicaţi factori genetici, care ţin de dietă şi de expunerea la anumite virusuri.

5 – 10% dintre cei cu diabet au tipul 1. Deşi afecţiunea poate fi minimă şi poate rămâne ascunsă mai mulţi ani, de obicei ea apare rapid, deseori după o boală acută.

Tipul 2

Tipul 2 de diabet este de departe forma cea mai frecventă – 90 - 95% dintre cei peste 20 de ani care au diabet, au tipul 2. Similar tipului 1, tipul 2 era denumit în mod uzual diabet noninsulinodependent sau diabetul adultului. Aceste denumiri reflectă faptul că mulţi dintre cei cu tipul 2 de diabet nu au nevoie de injecţii de insulină şi că adeseori această afecţiune apare la adulţi. Dar, ca şi în cazul tipului 1, denumirile alternative nu sunt în totalitate exacte.

Copiii şi adolescenţii, ca şi adulţii, pot dezvolta un diabet de tip 2. De fapt, incidenţa tipului 2 la tineri este în creştere. Mai mult, unii dintre cei cu diabet de tip 2 au nevoie de insulină pentru controlul glicemiei.

Spre deosebire de tipul 1, tipul 2 nu este o afecţiune autoimună. În tipul 2, pancresul mai produce o cantitate de insulină, dar apar una sau două alte probleme:

- Pancreasul nu produce suficientă insulină.
- Celulele ţesuturilor şi muşchilor devin rezistente la insulină.

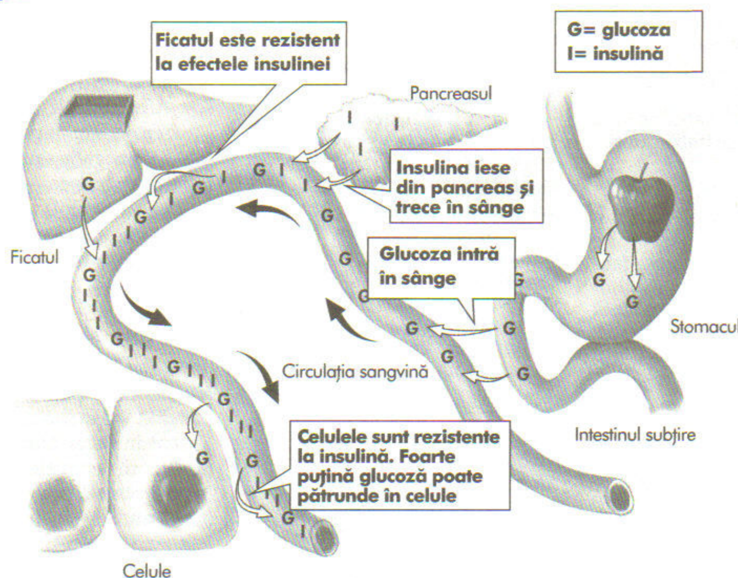
Atunci când celulele devin rezistente la insulină, ele refuză să o accepte drept cheia care deschide uşa pentru zahăr. Ca rezultat, acesta se acumulează în circulaţia sangvină. Motivul exact pentru care celulele devin rezistente la insulină este neclar, deşi greutatea în exces şi ţesutul gras par să fie factori importanţi. Majoritatea persoanelor cu diabet de tip 2 sunt supraponderale.

Este neclar de ce greutatea în exces este asociată cu creşterea riscului de diabet de tip 2. Totuşi, oamenii de ştiinţă au identificat o proteină, pe care au denumit-o rezistină, care este produsă de celulele grase şi care pare să provoace rezistenţă la insulină.

O parte dintre cei cu diabet tip 2 îşi pot păstra concentraţia sangvină de zahăr în limite sănătoase şi îşi pot controla afecţiunea păstrând controlul asupra greutăţii, mâncând sănătos şi, în unele cazuri, cu ajutorul medicamentelor.

Alţii au nevoie de mai multă insulină decât le poate produce pancreasul. Ca şi cei cu diabet de tip 1, ei au nevoie de administrarea de insulină pentru a-şi controla glicemia.

Diabetul tip 2



În diabetul tip 2, pancresul produce insulină, dar celulele nu mai răspund la efectele acesteia, făcând ca o cantitate excesivă de zahăr (glucoză) să rămână în circulaţia sangvină după masă.

Prezentaţi risc pentru diabet?

Cercetătorii nu înţeleg complet de ce unele persoane fac diabet şi altele nu. Totuşi, ei au identificat o serie de factori care cresc riscul de a face diabet:

Alterarea glicemiei pe nemâncate sau alterarea toleranţei la glucoză

Dacă determinarea zahărului din sânge (glicemia) arată că aveţi prediabet sau un diabet la limită, acest lucru semnifică un mare risc de apariţie a bolii.

Antecedente de diabet în familie

Riscul de apariţie a unui diabet de tip 1 sau 2 creşte dacă aveţi un părinte, frate sau soră cu această boală.

Greutate în exces

Faptul de a fi supraponderal vă creşte semnificativ riscul de a face diabet. Majoritatea persoanelor cu diabet de tip 2 sunt supraponderale. Cu cât aveţi mai mult ţesut gras, cu atât celulele muşchilor sau altor ţesuturi devin mai rezistente la propria insulină, în special dacă excesul de greutate este concentrat în jurul abdomenului.

Inactivitatea

Cu cât sunteţi mai inactiv, cu atât mai mare vă este riscul.

Vârsta

Riscul de a face un diabet de tip 2 creşte pe măsură ce îmbătrâniţi.

Rasa sau apartenenţa etnică

Deşi motivul nu este clar, cei din anumite rase sau grupuri etnice sunt mai expuşi riscului de a face un diabet de tip 2. Riscul dumneavoastră este mai mare dacă sunteţi hispanic, negru, asiatic, amerindian sau proveniţi din Insulele Pacificului.

La femei, antecedente de diabet gestaţional

Mai mult de 50% dintre femeile care au avut un diabet gestaţional, vor face mai târziu un diabet de tip 2. Femeile care au născut cel puţin un copil care a avut la naştere o greutate de cel puţin 4,5 kg sunt şi ele expuse unui risc crescut.

Sindromul ovarelor polichistice

Sindromul ovarelor polichistice (SOP) se datorează unei forme comune de tulburare hormonală care apare la femei. Se asociază cu o creştere a riscului de diabet de tip 2. Cercetările sugerează o legătură între SOP şi insulină. Multe dintre femeile cu SOP au niveluri crescute de insulină şi sunt mai puţin sensibile la acţiunea insulinei decât majoritatea persoanelor.

Hipertensiunea arterială şi nivelurile anormale ale grăsimilor din sânge

Deoarece procesele care stau la baza creşterii riscului de diabet sunt comune cu cele care cresc riscul de hipertensiune arterială şi alterează nivelurile grăsimilor (lipidelor) din sânge, orice persoană care este afectată de una dintre aceste două boli ar trebui investigată şi pentru depistarea diabetului.

Atunci când vi se măsoară tensiunea arterială, valoarea găsită este notată ca o fracţie. Tensiunea dumneavoastră este considerată mare dacă tensiunea sistolică (primul număr) este în mod repetat mai mare sau egală cu 140 milimetri de mercur (mmHg) sau dacă tensiunea diastolică (al doilea număr) este în mod repetat mai mare sau egală cu 90 mmHg sau ambele. Dacă diagnosticul de diabet este pus unei persoane cu hipertensiune arterială, scopul tratamentului este de a menţine tensiunea arterială la valori mai mici sau egale cu 130/80 mmHg.

Valorile de nedorit ale grăsimilor din sânge – colesterol şi trigliceride – sunt reprezentate de valori ale colesterolului mai mari sau egale cu 240, ale colesterolului LDL (low density lipoprotein = lipoproteine cu densitate mică sau „rău") sunt mai mari sau egale cu 160, ale colesterolului HDL (high density lipoprotein = lipoproteine cu densitate mare sau „bun") sunt mai mici de 40 sau nivelul trigliceridelor este mai mare sau egal cu 200. Nivelurile care ar trebui atinse sunt mult mai mici în cazul în care aveţi diabet.



Diabet gestaţional

Diabetul gestaţional apare la femeile însărcinate. Acest lucru poate fi temporar atunci când hormonii secretaţi în timpul sarcinii cresc rezistenţa organismului la insulină. 2 - 5% dintre femeile însărcinate fac un diabet gestaţional, în mod tipic în a doua jumătate a sarcinii.

Diabetul gestaţional poate adeseori fi tratat doar prin regim şi, de obicei, dispare după naştere. Dar mai mult de 50% dintre femeile care au avut un diabet gestaţional vor face mai târziu un diabet de tip 2. Şi un diabet de tip 1 poate apărea în timpul sarcinii, dar acest lucru este mai rar.

Majoritatea femeilor însărcinate sunt investigate pentru ca depistarea diabetului gestaţional să fie făcută cât mai precoce. Dacă faceţi această formă de boală, controlul nivelului zahărului din sânge pe tot restul sarcinii poate reduce riscul complicaţiilor atât pentru dumneavoastră cât şi pentru copil.

Altele

La aproximativ 1-2% dintre cei cu diabet poate fi depistată o cauză a afecţiunii sau medicamente care interferă cu producţia sau acţiunea insulinei.

Acestea cuprind:

- Inflamaţia pancreasului (pancreatita).
- Afecţiuni ale glandelor suprarenale sau hipofizei, cum este acromegalia sau boala Cushing.
- Îndepărtarea chirurgicală a pancreasului.
- Medicamente corticosteroide.
- Malnutriţia.
- Infectii.

Semne şi simptome

Adeseori, diabetul apare gradat şi determină puţine simptome sau deloc. Acest lucru este foarte frecvent în cazul diabetului de tip 2. Alteori, semnele şi simptomele pot apărea destul de brusc. Acestea cuprind:

- Sete excesivă.
- Foame.
- O senzaţie asemănătoare cu o răceală, cuprinzând o senzaţie de slăbiciune şi astenie.

- Scădere inexplicabilă în greutate.
- Vedere tulbure.
- Iritabilitate.
- Vindecare întârziată a rănilor şi vânătăilor.
- Înţepături sau furnicături în mâini şi picioare.
- Gingii roşii, umflate şi dureroase.
- Infecţii recurente ale gingiilor, pielii, vaginului sau vezicii urinare.

Două dintre simptomele clasice care apar la majoritatea celor cu diabet sunt setea excesivă şi necesitatea frecventă de a urina. Când nivelul de zahăr din sânge este mare, rinichii nu pot reabsorbi toată cantitatea de zahăr filtrat. Zahărul circulant trage după el apa, care este scoasă din ţesuturi. Ca rezultat, vă deshidrataţi şi vă este sete.

Pentru a compensa lichidele pierdute, beţi aproape într-una apă sau alte lichide. Procesul de filtrare intensivă a apei duce la creşterea frecvenţei necesităţii de a urina.

Diagnostic

Adeseori, cei care află că au diabet sunt şocaţi, pentru că nu au avut nici un simptom. Mulţi dintre cei cu diabet de tip 2 află pentru prima dată că au această afecţiune când li se fac analize de sânge pentru o altă afecţiune sau cu ocazia unui examen fizic de urină. Diabetul de tip 1 tinde să apară mult mai brusc, fiind însoţit de semne şi simptome notabile.

Uneori, un medic poate cere testele specifice pentru diabet, dacă suspectează, pe baza simptomelor dumneavoastră sau a factorilor de risc, că aţi putea avea boala. Cei care prezintă un risc mare de a face boala ar trebui testaţi începând cu vârsta de 30 de ani.

Pentru a determina dacă aveţi diabet, vi se va determina glicemia pe nemâncate. Nivelul zahărului din sângele oricărei persoane variază, dar în cadrul unei limite înguste. După un post nocturn, nivelul glicemiei în cazul majorităţii persoanelor este între 70 şi 110 miligrame de glucoză pe decilitrul de sânge (mg/dl). Aceste limite de concentraţie sunt considerate normale.

Metodele de măsurare a glicemiei cuprind:

Înţeparea pulpei degetului

Testele prin înţeparea pulpei degetului sunt rapide, uşoare şi ieftine. Multe cabinete medicale le oferă gratis.

Se colectează o picătura de sânge prin înţeparea vârfului degetului şi ea este pusă pe o bandă impregnată cu o substanţă chimică şi apoi plasată într-un mic aparat care va afişa nivelul glicemiei. Dacă rezultatul este mai mare sau egal cu 126 mg/dl, faceţi o vizită medicului care trebuie să facă mai multe analize.

Testarea la întâmplare a glicemiei

Testarea la întâmplare a nivelului zahărului din sânge este parte a unei analize de rutină făcută fără o perioadă prealabilă de post, în timpul unui examen fizic, când se recoltează sânge pentru o varietate de teste de laborator. Dacă rezultatul este mai mare de 200 mg/dl, s-ar putea ca medicul dumneavoastră să vrea să determine glicemia şi din sângele recoltat pe nemâncate, într-o altă zi.

Glicemia după post

În mod caracteristic, nivelul glicemiei este maxim după masă şi minim după un post nocturn. Modaliatea preferată de testare a glicemiei este după un post peste noapte sau de cel puţin 8 ore. Sângele este recoltat dintr-o venă, iar glucoza pe care o conţine este măsurată în laborator.

Dacă valoarea glicemiei este 126 mg/dl sau mai mare, medicul ar putea repeta testul. Dacă valoarea glicemiei a fost foarte mare, s-ar putea să nu mai fie necesar un alt test pentru a pune diagnosticul. Atunci când este cerut un al doilea test, dacă rezultatul este din nou de cel puţin 126 mg/dl, este foarte probabil să vi se pună diagnosticul de diabet.

Testul de toleranţă la glucoză

Testul de toleranţă la glucoză este astăzi folosit mai rar deoarece există alte teste mai ieftine şi mai uşor de făcut. Acest test înseamnă că trebuie să beţi aproximativ 50 ml

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Persoanele cu diabet care fac tratament cu insulină sau iau medicamente antidiabetice orale trebuie să înveţe să recunoască simptomele date de un nivel prea scăzut al zahărului în sânge (hipoglicemie) şi să ştie ce să facă în acest caz. Scăderea nivelului glicemiei poate apărea în orice moment şi în orice loc. Urmaţi aceşti paşi pentru cazul în care nivelul zahărului din sânge scade prea mult:

- Purtaţi tot timpul la dumneavoastră o sursă concentrată de glucoză cum ar fi dropsurile sau zahărul cubic. Acest tip de zahăr poate creşte glicemia într-un mod predictibil. Alte tipuri de bomboane pot creşte excesiv glicemia.
- Dacă faceţi insulină, păstraţi întotdeauna setul de urgenţă conţinând glucagon asupra dumneavoastră sau în apropiere. Acest set cuprinde glucagonul şi o seringă. Injecţia este uşor de făcut, iar medicamentul începe să acţioneze în 5 minute. Pentru a vă procura acest set, aveţi nevoie de reţetă de la medic.
- Educaţi-vă familia şi prietenii în legătură cu ce trebuie să facă dacă observă că aveţi o hipoglicemie. Asiguraţi-vă că ştiu să recunoască şi să trateze această situaţie. Învăţaţi-vă copiii cum să cheme Salvarea în cazul în care este nevoie de asistenţă medicală de urgenţă. Învăţaţi adulţii din familie cum să injecteze glucagonul.
- Purtaţi un medalion sau o brăţară medicală, sau o legitimaţie pe care să fie notat că aveţi diabet. Dacă deveniţi confuz sau vă pierdeţi conştienţa, legitimaţia dumneavoastră medicală va facilita personalului medical punerea unui diagnostic şi instituirea unui tratament corect.



de lichid dulce, după ce nu aţi mâncat toată noaptea. Nivelul glicemiei este măsurat înainte de a bea lichidul şi apoi din oră în oră, timp de 3 ore. Dacă aveţi diabet, acest test va arăta că nivelul zahărului din sânge creşte mai mult decât era de aşteptat. Medicii folosesec uneori o variantă modificată a acestui test pentru a depista diabetul gestaţional la femeile însărcinate.

Complicaţiile diabetului

Excesul de zahăr (glucoza) în sânge poate fi o ameninţare pentru multe organe, incusiv pentru inimă, nervi, ochi şi rinichi. S-ar putea să nu resimţiţi imediat efectele, dar s-ar putea ca acest moment să vină în cazul în care nu luaţi măsurile necesare pentru a vă trata şi controla boala.

Cercetătorii continuă să facă progese în ceea ce priveşte înţelegerea proceselor care declanşează complicaţiile diabetului, precum şi în ce priveşte tratamentul şi modalităţile de prevenire. Dacă vă menţineţi valoarea glicemiei în limite cât mai apropiate de cele normale, puteţi reduce în mod semnificativ riscul de complicaţii.

Complicaţiile pe termen scurt

Diabetul poate produce atât complicaţii pe termen scurt cât şi complicaţii pe termen lung. Complicaţiile pe termen scurt sunt urgenţe medicale care necesită atenţie medicală imediată. Acestea cuprind scăderea zahărului din sânge (hipoglicemia), creşterea zahărului în sânge (sindromul diabetic hiperosmolar) şi excesul de corpi cetonici acizi în sânge (cetoacidoza).

Hipoglicemia

Scăderea zahărului în sânge – sub 60 mg de glucoză pe decilitrul de sânge (mg/dl) – este rezultatul prezenţei în circulaţia sangvină a unei cantităţi prea mari de insulină sau prea mici de zahăr. În celule nu intră suficientă glucoză şi acestea suferă din lipsa de energie.

Uneori, administrarea excesivă de medicamente pentru tratarea diabetului poate fi cauza scăderii zahărului sangvin (hipoglicemiei). Acest lucru se întâlneşte în mod obişnuit la cei trataţi cu insulină. Poate apărea, de asemenea, la cei care iau medicamente antidiabetice orale care cresc eliberarea sau acţiunea insulinei.

Nivelul glicemiei poate scădea din mai multe motive. La diabetici, motivele des întâlnite sunt sărirea unei mese, efortul fizic de durată mai lungă sau mai intens decât de obicei, sau neadaptarea medicamentelor la modificările glicemiei.

Semne şi simptome

Simptomele hipoglicemiei variază de la o persoană la alta. Cele mai frecvent întâlnite dintre simptomele care apar precoce sunt:

- Senzaţie de slăbiciune.
- Transpiraţii, adeseori reci.
- Tremurături.
- Palpitaţii cu ritm rapid.
- Tulburări de vedere, cum ar fi vederea tulbure.
- Foame.
- Nervozitate.
- Senzaţie de înţepătură în mâini şi picioare.
- Iritabilitate.
- Greaţă.

Dacă nivelul glicemiei continuă să scadă, pot urma durerile de cap şi tulburările de mers. Suplimentar, comportamentul dumneavoastră poate deveni neobişnuit pentru cei din jur, deoarece puteţi deveni confuz şi uneori încăpăţânat şi necooperant.

Dacă afecţiunea se înrăutăţeşte, puteţi părea intoxicat şi vă puteţi simţi ameţit şi foarte confuz. Vorbirea vi s-ar putea îngreuna. În cazuri extreme, pot apărea pierderea constienţei şi convulsii, în special în cazul copiilor.

Tratament

Scăderea excesivă a zahărului în sânge este o afecţiune gravă. Dar, dacă este recunoscută precoce, ea poate fi uşor tratată.

Atunci când apar simptomele, opriţi orice activitate – trageţi maşina într-o parte, opriţi aparatul de tuns iarba, opriţi-vă din alergat – şi mâncaţi sau beţi ceva care să vă crească rapid nivelul zahărului din sânge. Acest lucru poate fi o acadea (echivalentul a aproximativ 5 cubuleţe de zahăr), o băutură răcoritoare (nu fără zahăr), o jumătate de cană de suc de fructe sau tablete de glucoză, care sunt tablete de zahăr care se pot cumpăra fără reţetă şi care sunt special făcute pentru tratamentul hipoglicemiei. Glucoza se mai vinde şi în tuburi care vă permit să stoarceţi conţinutul direct în gură.

Nivelul glicemiei ar trebui să crească în 10-15 minute. Dacă semnele şi simptomele continuă după 15 minute, repetaţi tratamentul. Dacă tot nu trece, contactaţi-vă medicul.

În cazul în care vă pierdeţi conştienţa sau sunteţi incapabil să înghiţiţi, dacă cineva vă pune ceva de mâncare în gură, acest gest nu este sigur. Nivelul glicemiei trebuie crescut cu ajutorul unei injecţii. O opţiune ar fi injectarea subcutanată a glucagonului.

Glucagonul este un hormon care acţionează rapid şi stimulează eliberarea zahărului în sânge. Ajutaţi-va prietenii apropiaţi şi membrii familiei să se familiarizeze cu acest medicament, inclusiv cu locul în care acesta se află şi cum să vă facă o injecţie în caz de urgenţă.

O altă opţiune ar fi administrarea direct intravenos, în sânge, a glucozei. Acest procedeu necesită prezenţa personalului medical priceput.

Dacă vreodată găsiţi o persoană inconştientă, chiar dacă ştiţi sau nu că are diabet, chemaţi de urgenţă Salvarea.

Hiperglicemia

Uneori, nivelul glicemiei poate atinge valori atât de mari – 600 mg/dl sau chiar mai mult – încât celulele dumneavoastră nu mai pot absorbi zahărul şi acesta trece în urină. Acest lucru declanşează un proces de filtrare care antrenează cantităţi impresionante de lichide din corp şi duce la deshidratare.

Glicemiile extrem de mari (sindromul diabetic hiperosmolar) este mai frecvent la cei cu diabet de tip 2, în special la cei care nu-şi monitorizează nivelul glicemiei sau nu ştiu că au diabet. Poate, de asemenea, apărea la cei care iau doze impresionante de medicamente corticosteroide sau medicamente care cresc eliminarea de urină.

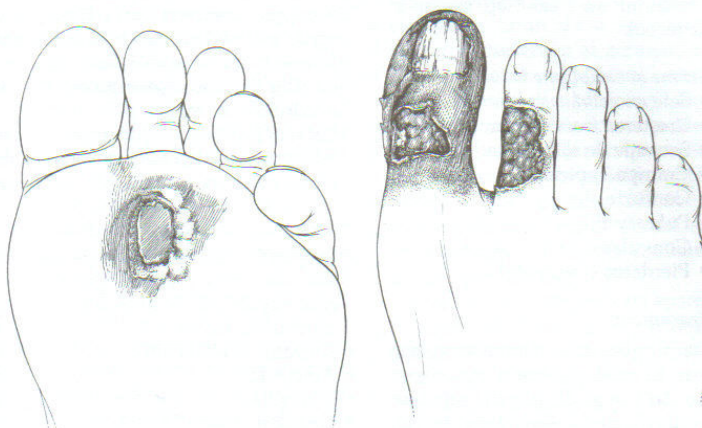
Persoanele vârstnice cu diabet de tip 2 care au şi o altă boală şi nu beau suficientă apă, pot prezenta un nivel foarte mare al glicemiei.

Îngrijiţi-vă picioarele

Dacă aveţi diabet, vă creşte riscul de a avea probleme cu picioarele. Atunci când reţeaua de nervi de la nivelul picioarelor este afectată, pierdeţi o parte din capacitatea de a simţi durerea. Vă puteţi tăia sau puteţi face o băşică fără ca măcar să realizaţi acest lucru.

Diabetul vă poate îngusta şi arterele, reducând fluxul de sânge care ajunge la picioare. Având mai puţin sânge care să ajungă la ţesuturi, rănile nu se vindecă la fel de bine.

Atunci când aveţi diabet, tăieturile, băşicile, bătăturile sau zonele de piele întărită, precum şi alte afecţiuni care nu sunt altceva decât simple iritaţii pentru cineva care nu are diabet, pot deveni probleme medicale grave. Pot apărea infecţii şi ulceraţii. În cazurile severe poate fi necesară amputarea piciorului. Îngrijirea atentă a picioarelor poate minimaliza acest risc.



După o perioadă de câţiva ani, diabetul poate duce la afectarea nervilor şi a vaselor de sânge de la nivelul picioarelor dumneavoastră. Traumatisme minore pot duce la apariţia unei ulceraţii (stânga). În unele cazuri, afectarea vaselor sangvine poate scădea sever fluxul sangvin, putând apărea gangrena (dreapta).

Verificaţi-vă zilnic picioarele

În fiecare zi, verificaţi-vă cu atenţie picioarele, inclusiv partea superioară, inferioară, zonele dintre degete şi unghiile. Folosiţi o oglindă mică în cazul în care vi se pare dificil să vă vedeţi tălpile.

Căutaţi tăieturi, zgârieturi, fisuri, zone întărite, vânătăi, bătături, umflături, zone roşii sau orice altă modificare care ar putea fi nedureroasă, dar s-ar putea agrava.

Păstraţi-vă picioarele curate şi uscate

Spălaţi-vă cu grijă picioarele în fiecare zi, folosind apă călduţă şi un săpun neutru sau o soluţie de curăţat recomandată de medic. Pentru a evita să vă opăriţi picioarele, testaţti temperatura apei cu un termometru – nu ar trebui să fie mai caldă de 32 C. Sau testaţi apa înmuind în ea o mănuşă de baie şi atingând apoi cu ea o zonă sensibilă a corpului, cum ar fi faţa sau încheietura mâinii.

Uscaţi-vă pielea ştergând sau tamponând uşor. Uscaţi cu atenţie zona dintre degete pentru a preveni infecţiile fungice. Folosiţi regulat o cremă hidratantă.

Purtaţi şosete curate, uscate

Purtaţi şosete care îndepărtează (absorb) umezeala din piele. Evitaţi şosetele care sunt atât de strâmte pentru a împiedica circulaţia sângelui sau care pot face pielea să transpire excesiv.

Tăiaţi-vă cum trebuie unghiile

Nu folosiţi forfecuţe sau unghiere rotunjite pentru a vă tăia unghiile deoarece pot leza unghiile sau pielea din jur. Tăiaţi-va unghiile drept şi nu prea scurt. Trebuie să nu depăşească vârful degetului. Piliţi marginile ascuţite astfel încât să nu taie pielea înconjurătoare.

Folosiţi cu atenţie produsele pentru picioare

Nu folosiţi pile sau forfecuţe pentru a îndepărta bătăturile sau zonele întărite şi nu folosiţi de unul singur substanţe chimice care îndepărtează verucile. Consultaţi-vă medicul curant sau un podolog pentru a obţine tratamentul corect al verucilor, zonelor de piele cornoasă sau al altor probleme.

Purtaţi întotdeauna încălţăminte

Purtaţi întotdeauna încălţăminte confortabilă, sigură, care să vă protejeze picioarele de răni. Purtaţi papuci în casă. Evitaţi pantofii prea strâmţi.

Faceţi sport cu atenţie

Sportul amelioreazâ circulaţia şi vă ajută să vă menţineţi picioarele sănătoase. Atunci când alegeţi tipul de efort fizic, totuşi, ţineţi cont de riscul de a vă răni picioarele şi evitaţi temperaturile extreme. Când simţiţi că v-au obosit picioarele, aşezaţi-vă şi ţineţi-le ridicate câteva minute.

Consultaţi medicul în cazul în care apar probleme

Consultaţi medicul imediat ce observaţi orice mică zonă de iritaţie sau dacă o rană nu se vindecă, pare să se mărească sau să se infecteze. Ar trebui ca medicul dumneavoastră să vă inspecteze picioarele la fiecare consult medical. V-ar putea recomanda să consultaţi un podolog (un medic care este specializat în îngrijirea picioarelor).

Cauzele hiperglicemiei mai pot fi infecţiile, bolile, stresul sau consumul unei cantităţi excesive de alcool.

Semne şi simptome

- Sete excesivă.
- Creşterea frecvenţei micţiunilor.
- Senzaţie de slăbiciune.
- Crampe în picioare.
- Confuzie.
- Puls rapid.
- Convulsii.
- Pierderea conştienţei.

Tratament

Dacă glicemia dumneavoastră este în mod persistent mai mare de 300 mg/dl, cereţi imediat ajutorul medicului. Este foarte probabil că veţi primi de urgenţă o cantitate de lichide administrate intravenos (iv), care să refacă apa din ţesuturi, şi insulină cu durată scurtă de acţiune care să vă ajute celulele să absoarbă zahărul. Fără un tratament rapid, afecţiunea poate fi fatală.

Creşterea acizilor din sânge

Creşterea acizilor din sânge (cetoacidoza diabetică) este o complicaţie acută a diabetului. Apare atunci când celulele musculare sunt atât de lipsite de energie încât organismul ia măsuri de urgenţă şi metabolizează grăsimi, un proces care duce la formarea corpilor cetonici care sunt acizi. Creşterea cantităţii de corpi cetonici în sânge face ca acesta să devină mai acid.

Cetoacidoza diabetică este mai frecventă la cei cu diabet de tip 1 şi, de obicei, apare datorită unei cantităţi insuficiente de insulină. Acest lucru poate apărea atunci când uitaţi sau omiteţi una sau mai multe injecţii de insulină, sau în cazul unui stres important sau al unei boli acute sau unui accident.

Semne şi simptome

Multe dintre semnele şi simptomele cetoacidozei diabetice pot fi confundate cu o răceală banală. Acestea cuprind:

- Creşterea frecvenţei micţiunilor şi o senzaţie excesivă de sete care apare pe parcursul a mai multor ore, dar poate apărea mai repede dacă e vorba de un copil.
- Pierderea poftei de mâncare.
- Respiraţia dumneavoastră poate avea un miros dulceag, fructat, care poate fi confundat cu mirosul de alcool.
- Senzaţie de slăbiciune.
- Ameţeală.
- Transpiraţii.
- Greaţă şi vomă.
- Dureri abdominale.
- Respiraţii profunde, rapide.
- Scădere în greutate.
- Confuzie.

În stadii avansate vă puteţi pierde conştienţa.

Tratament

Cetoacidoza diabetică necesită tratament medical de urgenţă, deoarece ea poate duce la deces. Dacă nu vă simţiţi bine, verificaţi dacă nu aveţi corpi cetonici în urină. De asemenea, verificaţi acest lucru dacă vă simţiţi foarte stresat sau dacă nivelul glicemiei dumneavoastră este persistent peste 240 mg/dl. Puteţi să cumparaţi benzile de testare pentru corpii cetonici direct din farmacie şi să faceţi singur testul acasa. Dacă rezultatul indică un nivel ridicat de corpi cetonici, anunţaţi medicul.

Cetoacidoza necesită tratament de urgenţă, care cuprinde administrarea de lichide pe cale intravenoasă (iv). Administrarea insulinei poate fi concomitentă cu administrarea lichidelor iv.

Treptat, nivelul zahărului din sânge revine la normal. Nivelul glicemiei şi nivelul lichidelor sangvine vor fi monitorizate cu atenţie. Dacă tratamentul este instituit precoce, vindecarea cetoacidozei este rapidă şi completă.

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Asociaţia Americană pentru Diabet recomandă tuturor persoanelor cu vârsta peste 30 ani care suferă de diabet să ia o aspirină în fiecare zi. Studiile arată că aspirina luată zilnic le reduce riscul de infarct miocardic cu 60%. Doza recomandată este de 1 tabletă pentru copii sau pentru adulţi (85–325 mg) pe zi.

Cel mai bine este să luaţi aspirină în timpul mesei sau să folosiţi aspirină tamponată. Aspirina obişnuită poate produce iritaţia mucoasei gastrice, sângerare sau chiar ulcer.



Complicaţiile pe termen lung

Efectele pe termen lung (cronice) ale diabetului apar încet şi, în general, au puţine simptome la început. Complicaţiile pe termen lung implică distrugerea vaselor de sânge mari şi mici, ceea ce are drept rezultat o mulţime de probleme de sănătate. Studiile arată că dacă glicemia este foarte atent controlată - ceea ce înseamnă menţinerea zahărului sangvin în limite normale sau apropiate de cele normale – poate reduce în mod substanţial riscul complicaţiilor pe termen lung.

Distrugerea nervilor

Distrugerea nervilor (neuropatia) este o complicaţie pe termen lung a diabetului. Corpul dumneavoastră este străbătut de o reţea împletită de nervi, care vă conectează creierul cu muşchii, pielea şi celelalte organe. Nivelurile ridicate ale glicemiei pot distruge aceşti nervi delicaţi, afectându-le capacitatea de a transmite mesaje.

Picioarele şi, uneori, chiar şi mâinile vă pot înţepa, arde sau pot părea amorţite, o afecţiune denumită neuropatie periferică. Cu timpul, vă puteţi pierde orice sensibilitate în zonele afectate, ceea ce vă face mult mai vulnerabil la răni şi infecţii.

Diabetul poate duce şi la scăderea fluxului de sânge care ajunge la picioare. Acest lucru, alături de distrugerea nervilor, poate duce la apariţia unor răni deschise (ulceraţii) şi posibil la gangrenă. Îngrijiţi-vă cu atenţie picioarele pentru a evita apariţia unei infecţii.

Distrugerea nervilor care vă controlează muşchii vă poate face mersul instabil. Distrugerea nervilor care controlează funcţiile autonome poate duce la creşterea frecvenţei cardiace şi accentuarea transpiraţiei. Acest tip de afecţiune poate duce la apariţia unor probleme de control al vezicii urinare şi la diaree. La bărbaţi poate duce la impotenţă.

O afecţiune nervoasă neobişnuită este piciorul lui Charcot. În

cazul acestei afecțiuni, oasele mici care realizează bolta piciorului se distrug treptat și piciorul dumneavoastră devine umflat, deformat și foarte plat. Deși această afecțiune este puțin dureroasă, ea poate fi totuși invalidantă.

Afectarea renală

Afectarea renală poate apărea la mai mult de 30% dintre cei cu diabet de tip 1 și la 10% dintre cei cu diabet tip 2. Oricare tip de diabet poate duce la afectarea capacității rinichiului de a filtra deșeurile rezultate din organism. Cu cât diabetul este mai vechi, cu atât crește riscul de a avea o afectare renală.

În stadiile precoce, afectarea rinichiului produce puține simptome. Unul dintre primele simptome poate fi creșterea tensiunii arteriale. În general, semnele și simptomele apar doar după ce afectarea rinichiului este importantă. Aceste simptome pot fi tumefacția gleznelor, picioarelor și mâinilor, respirație dificilă, confuzie sau dificultăți de concentrare, pierderea poftei de mâncare, greață, astenie și piele uscată și pruriginoasă.

Dacă aveți diabet, este foarte probabil că medicul dumneavoastră va cere periodic un examen de urină pentru a verifica dacă sunt prezente proteine, ceea ce înseamnă un grad de afectare renală. Menținerea nivelului glicemiei și controlul tensiunii arteriale pot preveni sau reduce gradul de afectare renală.

Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei (ECA) – medicamente folosite pentru tratamentul problemelor cardiovasculare – pot ajuta la încetinirea progresiei gradului de atingere renală dat de diabet.

Afectarea oculară

Afectarea oculară dată de diabet cuprinde retinopatia diabetică (vezi pag. 657). Vasele mici de sânge situate în partea din spate a ochiului (la nivelul retinei) pot fi afectate de nivelurile crescute de zahăr din sânge, ceea ce are drept rezultat o varietate de efecte, de la probleme minore de vedere până la orbire.

Aproape toți cei cu diabet de tip 1 și mai mult de 6 din 10 dintre cei cu diabet de tip 2 vor prezenta o formă de atingere oculară după 20 de ani de evoluție a bolii. În cazul în care aveți diabet, aveți un risc crescut de a face cataractă (vezi pag. 648) și glaucom (vezi pag. 644).

La început, afectarea oculară practic nu produce simptome până în momentul în care devine avansată. Din acest motiv, trebuie să programați vizite regulate la oftalmolog pentru a identifica și trata eventualele probleme înainte de apariția distrugerilor ireversibile.

Afectarea cardiovasculară

Diabetul crește în mod foarte important riscul de apariție a multor probleme cardiovasculare, care cuprind durerea în piept (angina), atacul de cord, accidentul vascular cerebral, hipertensiunea arterială și îngustarea arterelor (ateroscleroza). Diabetul vă poate afecta majoritatea arterelor, precum și toate vasele mici de sânge din corp. Acest tip de afectare facilitează formarea depozitelor de grăsime (plăci) la nivelul arterelor, o afecțiune denumită arteroscleroză. Arteroscleroza care apare la nivelul vaselor de sânge care aduc oxigenul și substanțele nutritive la nivelul inimii se numește cardiopatie ischemică.

Diabetul face și ca presiunea din artere să crească și reduce circulația sângelui. Hipertensiunea arterială poate afecta vasele de sânge, țesuturile și organele. Diabeticii au un risc particular de a face atacuri de cord silențioase, care nu prezintă simptomele tipice.

Vă puteți reduce riscul de a face o afecțiune a inimii și vaselor sangvine dacă nu fumați, vă controlați tensiunea arterială, limitați consumul de grăsimi și de calorii, faceți sport și scădeți în greutate în cazul în care sunteți supraponderal.

Pentru ca riscul de afectare a inimii, vaselor de sânge și rinichiului să scadă, diabeticii trebuie să-și mențină tensiunea arterială la valori care să nu depășească 130/80 mmHg. Medicul v-ar putea prescrie și medicamente care să vă ajute să controlați nivelul anormal de grăsimi din sânge.

Uneori, cei cu diabet suferă de dureri la nivelul gambelor (claudicație) atunci când merg sau urcă scările. Durerea se atenuează atunci când activitatea se întrerupe. Mergeți la doctor în cazul în care aveți asemenea simptome. Pot fi un semn de probleme circulatorii la nivelul vaselor care aduc sângele la picioare.

Creșterea riscului de infecții

Nivelul crescut al zahărului din sânge alterează capacitatea celulelor sistemului imun de a se apăra împotriva bacteriilor și germenilor care invadează organismul, crescându-vă astfel riscul de infecții. De asemenea, nivelurile crescute ale glicemiei pot altera și nervii care vă pot avertiza despre apariția unei infecții. Gura, gingiile, plămânii, pielea, picioarele, vezica urinară și zona genitală sunt locurile comune în care apar infecțiile.

Febra este un simptom care apare în cazul multor infecții. Alte semne și simptome variază în funcție de localizarea infecției. În cazul în care sunt infectate gingiile, ele pot deveni roșii și pot sângera. O infecție urinară determină în mod caracteristic creșterea frecvenței micțiunilor și o senzație de arsură atunci când urinați. Infecția vaginală determină apariția unor secreții anormale și a mâncărimilor.

Autoîngrijire

Dacă aveți diabet, puteți face foarte multe lucruri pentru a rămâne sănătos și pentru a vă reduce riscul de apariție a complicațiilor bolii. Pe lângă menținerea glicemiei sub control și vizitele regulate la medic pentru monitorizarea diabetului, luați următoarele măsuri de autoîngrijire:

- Faceți un examen fizic anual pe lângă controalele regulate pentru monitorizarea diabetului.
- Faceți un examen oftalmologic anual.
- Vizitați-vă regulat stomatologul.
- Faceți vaccinurile la zi, în special cele contra gripei și pneumoniei.
- Dacă sunteți fumător, lăsați-vă. Fumatul este periculos în mod special pentru cei cu diabet și se adaugă în mod semnificativ riscului de a face o boală de inimă sau un accident vascular cerebral.
- Îngrijiți-vă cu atenție picioarele.
- Verificați-vă tensiunea arterială și luați măsurile de control ale acesteia prin intermediul dietei, sportului și, dacă este nevoie, a tratamentului medical. Ținta dumneavoastră este maxim 130/80 mmHg.
- Luați măsuri de control al stresului. Stresul și depresia pot face și mai dificil modul în care vă

îngrijiți de dumneavoastră și de diabet. Stresul excesiv sau prelungit poate și să crească producția de hormoni care blochează efectele insulinei, făcând ca nivelul glicemiei să crească. Tehnicile de relaxare sau ajutorul specializat pot fi utile.

Tratamentul diabetului

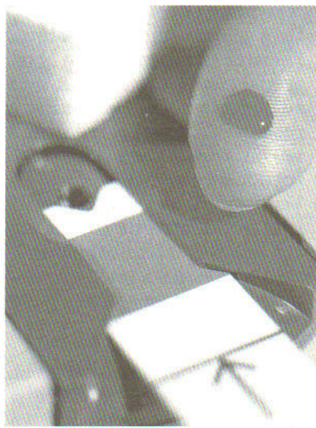
În ceea ce privește tratamentul diabetului, în mare măsură dețineți mijloacele de a vă controla sănătatea. Rolul dumneavoastră este crucial, chiar dacă în procesul de îngrijire medicală sunt implicate mai multe persoane.

Singurul lucru foarte important pe care trebuie să-l faceți pentru a vă simți bine și pentru a preveni apariția complicațiilor este controlul zilnic al glicemiei. Numai dumneavoastră puteți face acest lucru. Mijloacele de control ale diabetului sunt:

- Monitorizarea glicemiei.
- O dietă sănătoasă.
- Păstrarea unei vieți active.
- Menținerea unei greutăți sănătoase.
- Folosirea medicamentelor adecvate, așa cum au fost ele prescrise.
- Controalele medicale regulate.

Monitorizarea glicemiei

Pentru a controla nivelul glicemiei, trebuie să vă verificați zilnic zahărul din sânge. Acesta trebuie menținut între anumite limite, nici prea mari, nici prea mici. Medicul vă va ajuta să aflați nivelul țintă al glicemiei, în cazul dumneavoastră special.



Măsurarea regulată a zahărului din sânge este singura modalitate de a ști dacă vă puteți atinge scopul sau dacă tratamentul dumneavoastră este eficient. Dacă tratamentul dumneavoastră este insulina, testați-vă frecvent glicemia. Testele trebuie făcute în mod normal înainte de mese și la culcare, momente în care nivelul glicemiei trebuie să fie normal. Dacă nu faceți insulină, nu trebuie să vă testați așa de frecvent glicemia.

Măsurarea zahărului din sânge este un proces ușor și rapid, care de obicei durează doar aproximativ două minute. Ustensilele necesare sunt:

- *O lanțetă.* Este un ac mic folosit pentru a găuri pielea degetului pentru a obține o picătură de sânge. Există și lanțete automate care sunt mai puțin dureroase.
- *O bandeletă de glicemie.* Picătura de sânge trebuie pusă pe o bandeletă tratată cu o substanță chimică, ce trebuie introdusă în aparatul de măsurat glicemia.
- *Aparatul de măsurat glicemia.* Este un aparat mic care măsoară și afișează nivelul glicemiei. Aceste aparate pot avea forme diferite.

După măsurare, notați rezultatele obținute într-un carnet. Notați data și ora testului, rezultatul, tipul și doza medicamentelor luate, orice moment de hipoglicemie și orice circumstanță care ar putea influența valorile, cum ar fi stresul neobișnuit sau emoțiile, bolile, călătoriile sau o masă neobișnuit de abundentă. Aceste informații vă pot ajuta atât pe dumneavoastră, cât și pe medic să depisteze modul în care diferiți factori vă influențează glicemia.

Dieta

Mâncatul sănătos este o parte importantă a tratamentului diabetului. Totuși, acest lucru nu înseamnă că trebuie să cumpărați alimente speciale sau că trebuie să urmați o dietă foarte exactă și plictisitoare. Pentru majoritatea diabeticilor, o dietă sănătoasă se traduce pur și simplu prin varietate și moderație. Acest lucru înseamnă să mâncați cantități mai mari din anumite alimente, cum ar fi fructele, legumele și anumite cereale, care sunt bogate în substanțe nutritive și sărace în grăsimi și calorii - și mai puțin din altele, cum sunt produsele animale și dulciurile. Sunt exact aceleași recomandări ca pentru toată lumea.

? Întrebare și răspuns

Care este nivelul ideal al glicemiei?

În mod ideal, ținta tuturor ar trebui să fie o glicemie în limita normalului, adică 70 - 110 mg/dl. Totuși, acest lucru nu este foarte realist pentru majoritatea celor cu diabet. Totuși, scopul dumneavoastră trebuie să țintească niveluri cât mai apropiate de normal, deseori denumite niveluri țintă.

Nivelurile țintă diferă în funcție de factori variați, care cuprind vârsta și starea generală de sănătate. În cazul adulților tineri care nu prezintă complicații, valorile țintă tipice înainte de masă sunt de la 80 - 120 mg/dl și, după masă, sub 180 mg/dl. Alte persoane pot avea ținte diferite. Pentru adulții vârstnici, cu complicații, scopul înainte de mese ar putea fi de la 100 - 140 mg/dl și, după mese, mai puțin de 200 mg/dl.

Principiile de bază ale mâncatului sănătos

În funcție de nivelul glicemiei, de faptul dacă trebuie să pierdeți câteva kilograme sau dacă aveți și alte probleme de sănătate, trebuie să vă adaptați dieta la nevoile dumneavoastră speciale. Dar chiar dacă detaliile pot fi diferite, principiile de bază rămân aceleași. Trebuie să mâncați în fiecare zi alimente variate pentru a atinge echilibrul între cele trei nutrimente esențiale – carbohidrați, proteine și grăsimi.

- *Carbohidrații.* Aceștia cuprind derivatele de amidon (pâine, cereale, orez, paste, fasole uscată și alte câteva legume, cum ar fi porumbul și cartofii), fructele,

Carbohidraţii: zahăr şi amidon

Carbohidraţii sunt clasificaţi în carbohidraţi simpli (glucoză) şi complecşi (amidon). În timpul digestiei, organismul metabolizează hidraţii de carbon complecşi în zaharuri simple. Dulciurile, laptele, fructele şi unele legume conţin zaharuri simple. Cerealele şi anumite legume conţin carbohidraţi complecşi.

Cel mai bine este să mâncaţi o combinaţie de carbohidraţi simpli şi complecşi. Avantajul hidraţilor de carbon complecşi este că organismul are nevoie de mai mult timp pentru a-i metaboliza în zahăr. Acest lucru înseamnă că glucoza intră în sânge cu o viteză constantă. Includeţi în carbohidraţii pe care-i mâncaţi, alimente bogate în fibre. Cu cât un aliment conţine mai multe fibre, cu atât este digerat mai lent şi cu atât creşte mai lent nivelul zahărului (glucozei) din sânge.

De foarte mulţi ani, celor cu diabet li se spunea să evite bomboanele, prăjiturile şi alte dulciuri deoarece se estima că ele ar creşte glicemia mai repede şi mai mult decât carbohidraţii complecşi. Dar studiile au arătat că acest lucru nu este adevărat. Toţi hidraţii de carbon, inclusiv zahărul de masă, influenţează glicemia în acelaşi mod. Dulciurile nu cresc glicemia în mod exagerat dacă sunt mâncate la masă şi luate în considerare la calculul cantităţii de glucide.

Lucrul cel mai important care trebuie luat în considerare despre hidraţii de carbon nu este tipul ci cantitatea mâncată. Dacă mâncaţi mai mulţi hidraţi de carbon decât de obicei, s-ar putea să nu aveţi suficientă insulină care să transporte zahărul în exces în celule şi nivelul glicemiei va creşte. Una dintre modalităţile prin care puteţi controla nivelul zahărului din sânge este să mâncaţi aceeşi cantitate de carbohidraţi în momente similare ale zilei.

Deşi zahărul nu este interzis, este bine să limitaţi consumul de dulciuri. Bomboanele, sucurile, prăjiturile şi alte dulciuri au o valoare nutritivă mică. Ele aduc doar calorii care fac să creşteţi în greutate.

produsele lactate şi legumele care nu sunt pe bază de amidon. Carbohidraţii trebuie să vă asigure cam jumătate din cantitatea de calorii.

- *Proteinele.* Alimentele bogate în proteine cuprind carnea, ouăle, brânza, peştele, legumele şi untul de arahide. Majoritatea persoanelor trebuie să consume între 10 şi 20% din raţia zilnică de calorii sub formă de proteine sau aproximativ 2 - 3 porţii pe zi. Atunci când vă planificaţi mesele, alegeţi alimente sărace în grăsimi, cum sunt produsele din plante, peştele, carnea de pasăre fără piele, carnea slabă şi brânza degresată sau săracă în grăsimi. Limitaţi cantitatea sau evitaţi carnea grasă, ouăle şi brânzeturile grase.
- *Grăsimi.* Acestea se găsesc în carne, peşte, brânză, unt, margarină, uleiuri, sosuri pentru salate, lapte integral, multe deserturi şi gustări. Limitaţi consumul de grăsimi la maxim 30% din cantitatea zilnică de calorii, iar consumul de grăsimi saturate la mai puţin de 10% din consumul zilnic de calorii. Grăsimile saturate, care se găsesc în produse de origine animală, cum ar fi carnea, smântâna şi untul, cresc colesterolul din sânge, iar colesterolul crescut este un factor de risc pentru bolile de inimă. În cazul în care trebuie să scădeţi în greutate sau dacă aveţi colesterol crescut, este sănătos să consumaţi mai puţin de 7% din calorii sub formă de grăsimi saturate.

Planificarea meselor

Primul pas în planificarea meselor este stabilirea unor ore fixe pe parcursul zilei, la care să serviţi mesele principale şi gustările. Unele persoane îşi pot controla nivelul glicemiei doar mâncând 3 mese principale pe zi şi evitând dulciurile în cantitate prea mare. Alţii trebuie să respecte un plan mai exact, mâncând numai un număr recomandat de porţii din fiecare grup de alimente, în funcţie de necesarul lor specific de calorii.

V-ar putea fi util să vorbiţi cu un dietetician despre modul în care să vă planificaţi mesele. Acesta vă poate oferi instrumentele necesare pentru a vă ajuta să stabiliţi un plan de alimentaţie care să se potrivească scopurilor dumneavoastră de a vă menţine sănătos, gustului, familiei sau tradiţiilor culturale şi stilului de viaţă.

Fie că veţi consulta sau nu un dietetician, încercaţi să păstraţi o constanţă în obiceiurile dumneavoastră alimentare. În fiecare zi, încercaţi să mâncaţi cam aceleaşi cantităţi în acelaşi moment al zilei, păstrând aceleaşi proporţii de carbohidraţi, proteine şi grăsimi. Acest lucru vă poate ajuta să vă menţineţi nivelul glicemiei la valori constante.

Unele persoane folosesc pentru ajutor liste de echivalenţe de carbohidraţi. Aceste liste de echivalenţe sunt parte a unui sistem care grupează alimentele după grupe şi porţii. Calculul carbohidraţilor este o modalitate de a stabili dozele de insulină necesare pentru mese în funcţie de proporţia în aceste componente alimentare. Discutaţi cu medicul dumneavoastră sau cu dieteticianul în cazul în care sunteţi interesat să aflaţi mai multe despre această metodă.

Activitatea fizică

A face sport în mod regulat este un alt element cheie în tratamentul diabetului. E nevoie de un efort special de voinţă pentru a include sportul în viaţa de zi cu zi – dar activitatea fizică aduce o multitudine de elemente benefice pentru sănătate. Chiar şi un nivel moderat de efort fizic poate ameliora controlul diabetului.

Ameliorarea controlului glicemiei

Atunci când muşchii se contractă şi se relaxează pe durata efortului fizic, ei folosesc glucoza pentru a produce energie. Pentru a satisface această nevoie de energie, glucoza este îndepărtată din sânge în timpul şi după efortul fizic. Acest lucru diminuează glicemia. Suplimentar, efortul fizic reduce glicemia crescându-vă sensibilitatea la insulină: organismul dumneavoastră are nevoie de mai puţină insulină pentru a transporta glucoza în celule.

Împreună cu mâncatul sănătos, efortul fizic regulat vă poate reduce necesarul de medicamente care să vă reducă glicemia. Unele persoane reuşesc să-şi controleze diabetul doar prin intermediul dietei şi efortului fizic.

Reducerea riscului de boli de inimă

Exerciţiul fizic este bun atât pentru inimă cât şi pentru vasele dumneavoastră de sânge. El îmbunătăţeşte curgerea sângelui prin vasele mici de sânge şi performanţa de pompă a inimii dumneavoastră.

Alături de o dietă sănătoasă, efortul fizic vă poate ajuta să scădeţi presiunea arterială şi să amelioraţi nivelul de colesterol.

Controlaţi-vă greutatea

Activitatea fizică vă ajută să pierdeţi câteva kilograme şi să vă menţineţi o greutate sănătoasă. Sportul îndepărtează kilogramele arzând caloriile şi accentuând metabolismul. Efortul poate reduce şi rezistenţa la insulină care apare în mod obişnuit atunci când sunteţi supraponderal.

Medicul vă poate ajuta să stabiliţi cât de des şi cât de puternic trebuie să faceţi sport. Capitolul 4, „Cum să rămâneţi activ", ia în discuţie modalităţile de a realiza programul de exerciţii fizice care să vi se potrivească.

Deoarece activitatea fizică scade de obicei nivelul zahărului din sânge, trebuie să fiţi atent la simptomele care anunţă o hipoglicemie atunci când faceţi efort (vezi pag. 1024). Verificaţi ca nivelul glicemiei să nu fie prea mare sau prea mic atunci când începeţi. Dacă efortul va fi prelungit, în special dacă faceţi insulină, faceţi la un moment dat o pauză şi verificaţi-vă nivelul glicemiei.

Controlul greutăţii

A fi supraponderal este de departe cel mai mare factor de risc în cazul diabetului de tip 2 – apropape 90% dintre cei proaspăt diagnosticaţi cu diabet de tip 2 sunt supraponderali. Din contră, cei cu diabet de tip 1 sunt subponderali sau au greutatea ideală.

De ce este aşa de importantă greuatea? Grăsimea alterează modul în care celulele dumneavoastră răspund la insulină. Ea face celulele să devină rezistente la efectele insulinei, reducând cantitatea de glucoză pe care hormonul o poate transporta din sânge în celule.

Puteţi inversa acest proces dacă scădeţi în greutate. Dacă pierdeţi câteva kilograme, celulele dumneavoastră vor răspunde mai uşor la insulină. Pentru unii dintre cei cu diabet de tip 2, scăderea în greutate este tot ceea ce este necesar pentru controlul diabetului şi revenirea glicemiei la normal.

Numărul de kilograme pierdute nu trebuie să fie extrem pentru ca sănătatea să se amelioreze. O pierdere modestă, de 5-10 kilograme sau de 5-10% din greutatea dumneavoastră, poate reduce nivelul zahărului din sânge, precum şi nivelul tensiunii arteriale şi cel de colesterol.

Exerciţiul fizic şi diabetul

Pentru a evita problemele pe care le pot determina hipoglicemia sau hiperglicemia în timpul sau după efortul fizic, în special dacă faceţi tratament cu insulină, urmaţi aceste sfaturi:

- Verificaţi-vă nivelul glicemiei cu aproximativ 30 minute înainte de începerea efortului fizic şi apoi din nou, chiar înainte să începeţi. Acest lucru vă va ajuta să stabiliţi dacă nivelul zahărului din sânge rămâne constant, creşte sau scade. În cazul în care nivelul glicemiei este sub 100 mg/dl, mâncaţi o gustare bogată în carbohidraţi pentru a evita ca nivelul zahărului din sânge să scadă prea tare în timpul efortului fizic. Dacă nivelul glicemiei este peste 300 mg/dl, nu începeţi să faceţi sport. Efortul poate creşte şi mai tare nivelul glicemiei.
- În cazul în care aveţi diabet de tip 1 şi nivelul glicemiei înainte de a începe să faceţi sport este 250 mg/dl sau mai mare, analizaţi-vă urina pentru a depista prezenţa corpilor cetonici (vezi pag. 1026). În cazul în care analiza indică niveluri moderate sau crescute de corpi cetonici, nu începeţi să faceţi sport.
- Verificaţi-vă nivelul glicemiei în timpul şi după efortul fizic. Acest lucru este în mod special important în cazul în care încercaţi un sport sau o activitate nouă sau dacă creşteţi intensitatea sau durata efortului. Dacă efortul durează mai mult de o oră, în special dacă aveţi un diabet de tip 1, opriţi-vă şi măsuraţi-vă nivelul glicemiei la fiecare 30 minute. Dacă începe să scadă, luaţi o gustare. Până când vă veţi face o idee despre modul în care organismul reacţionează la efort, verificaţi-vă frecvent glicemia după ce aţi terminat activitatea. Hipoglicemia poate apărea şi la câteva ore după terminarea efortului.
- Dacă începeţi să resimţiţi simptome de hipoglicemie în timpul efortului, opriţi-vă imediat şi – dacă este posibil – testaţi-vă glicemia. În cazul în care simţiţi simptomele tipice, trataţi-vă chiar dacă nu aveţi cu dumneavoastră aparatul de testat. Dacă nivelul glicemiei este scăzut, mâncaţi ceva dulce.
- Dacă faceţi insulină, ajustaţi-vă doza înainte de un exerciţiu fizic programat. Evitaţi să faceţi efort în cele 3 ore care urmează injectării unei insuline cu durată scurtă de acţiune, datorită riscului de apariţie a unei hipoglicemii. Întrebaţi-vă medicul care este momentul cel mai bun în care să faceţi exerciţii fizice şi urmaţi precauţiile de mai sus.
- Cei cu diabet de tip 1 care fac sport pe o durată mai mare de o oră sau fac un efort intens, pot profita dacă iau o gustare înainte sau în timpul efortului. Pentru majoritatea celor cu diabet de tip 2, de obicei nu este necesară o gustare înainte.



După cum mulţi dintre cei care au încercat să slăbească ştiu, acest lucru poate fi foarte dificil. Dar cu o atitudine pozitivă şi cu sfaturile potrivite, este o încercare pe care o puteţi învinge. Pentru a determina dacă sunteţi supraponderal şi pentru a vă informa despre strategiile de control al greutăţii, vedeţi cap. 3, „Controlul greutăţii corporale".

Tratament

În funcţie de tipul şi severitatea diabetului, medicul vă poate prescrie un tratament oral sau insulină. Toţi cei cu diabet de tip 1 au nevoie de tratament cu insulină. Majoritatea celor cu diabet de tip 2 au, până la urmă, nevoie de un medicament care să le scadă nivelul glicemiei – fie insulină, fie un medicament pe cale orală.

Insulina

Insulina se administrează prin injectare cu o seringă, un stilou de insulină sau prin intermediul unei perfuzii constante sau al unei pompe de insulină. Insulina nu se găseşte sub formă de comprimate deoarece structura ei chimică este distrusă în timpul digestiei, făcând hormonul ineficient în momentul în care ajunge în circulaţia sangvină.

Există multe tipuri de insulină disponibile pentru tratament. Ele diferă doar în funcţie de timpul necesar pentru a intra în acţiune şi prin durată. Insulinele cu durată scurtă de acţiune intră în acţiune rapid şi durează puţin. Insulinele cu durată intermediară de acţiune intră în acţiune mai târziu dar durează mai mult. Insulinele cu durată lungă de acţiune au nevoie de mai multe ore pentru a acţiona, dar vârful de acţiune – momentul în care ajung la efectul maxim – durează mai mult decât în cazul celorlalte forme de insulină.

Tipul şi doza de insulină pe care o faceţi depind de nevoile dumneavoastră speciale. Unele persoane au nevoie de mai mult de un tip de insulină. De exemplu, unele persoane amestecă insulinele cu durată scurtă de acţiune cu cele cu acţiune intermediară.

Pentru mulţi oameni, cel mai bun control al glicemiei este atins prin administrarea unei doze de insulină cu durată lungă de acţiune şi a unor insuline cu durată scurtă de acţiune pentru fiecare masă. Medicul dumneavoastră vă va ajuta să decideţi ce tip se potriveşte cel mai bine nevoilor dumneavoastră specifice.

Injecţii

Modalitatea cea mai obişnuită de a face insulină este folosind o seringă sau un stilou de insulină. Aceste modalităţi depozitează insulina sub piele, de unde este absorbită în circulaţia sangvină.

Stilourile de insulină sunt o modalitate mai convenabilă, mai exactă şi mai discretă de administrare a insulinei. Aceste dispozitive arată ca un stilou cu cartuş, însă cartuşul este plin cu insulină în loc de cerneală. La vârful stiloului se găseşte un ac fin, asemănător cu cel de seringă. Dumneavoastră trebuie să răsuciţi un dispozitiv al stiloului pentru a selecta doza dorită, să băgaţi acul sub piele şi să apăsaţi un buton pentru a administra insulina sub piele.

Injectoarele de insulină sunt o altă modalitate de administrare a insulinei. Ele utilizează aerul sub presiune pentru a trimite un jet fin de insulină sub piele. Această metodă poate fi dureroasă şi nu este la fel de exactă ca celelalte. Injectoarele sunt o opţiune pentru cei care nu pot folosi acele.

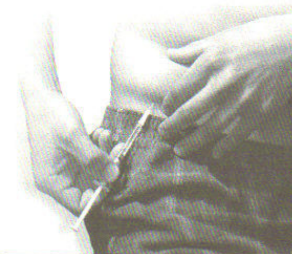
Pompele

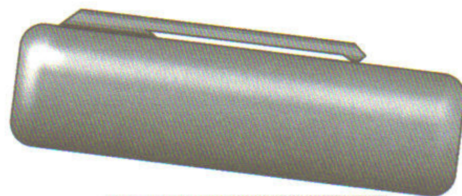
Pompa de insulină este un mic dispozitiv umplut cu insulină, pe care îl purtaţi în afara corpului. Un tub mic, flexibil, conectează rezervorul de insulină la un cateter inserat sub pielea abdomenului. Pompa furnizează cantitatea dorită

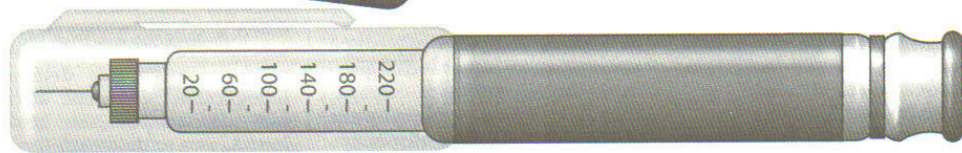
SFATURI PENTRU PREVENIRE

Uneori, mai ales atunci când faceţi pentru prima dată insulină, s-ar putea să observaţi o roşeaţă şi o tumefacţie uşoară la locul de injecţie. Dacă iritaţia pielii durează mai mult de 2-3 săptămâni sau dacă vă deranjează, anunţaţi-vă medicul. Pentru a reduce la minim durerea dată de injecţii:

- Verificaţi ca insulina să fie la temperatura camerei.
- Asiguraţi-vă că în seringa de insulină nu sunt bule de aer.
- Relaxaţi-vă muşchii în zona în care veţi face injecţia.
- Înţepaţi rapid pielea.
- Nu modificaţi direcţia acului în timp ce faceţi injecţia.







În cazul stiloului de insulină, trebuie să puneţi un ac subţire în vârf. Apoi, trebuie să răsuciţi un dispozitiv pentru a selecta doza dorită de insulină, să băgaţi acul sub piele şi să apăsaţi un buton situat la capătul stiloului pentru a administra insulina.

de insulină prin intermediul cateterului în organism, în funcţie de informaţiile programate în microprocesor.

Principalul avantaj al pompei de insulină este flexibilitatea şi o adaptare mai bună a dozelor de insulină administrate la nevoi. Cei care folosesc o pompă pot fi adeseori capabili să atingă niveluri normale sau aproape normale ale glicemiei şi spun că folosirea pompei le oferă un stil de viaţă mai flexibil. Înainte de a începe să folosiţi o pompă, trebuie să urmaţi un scurt program de pregătire despre modul în care trebuie să o folosiţi şi trebuie să vă angajaţi că veţi face mai multe controale ale glicemiei pe zi.

Este esenţial să înţelegeţi foarte exact relaţia dintre insulină, alimentaţie şi activitatea fizică, astfel încât să vă puteţi programa pompa să se adapteze situaţiilor care se modifică. Rezultatele depind de persoana care controlează pompa.





Pompele de insulină au devenit din ce în ce mai mici pe măsura răspândirii folosirii lor. Pompele actuale sunt mai mici decât un pachet de cărţi şi pot fi agăţate la curea.

Medicamentele orale

Pentru tratamentul diabetului de tip 2 sunt disponibile o varietate de medicamente care se pot administra pe cale orală. Pe lângă insulină, există 5 tipuri de medicamente orale. Fiecare are propria metodă de scădere a glicemiei.

Pentru controlul eficient al glicemiei, s-ar putea să aveţi nevoie de o combinaţie de mai multe medicamente sau de asocierea unui medicament oral cu insulina. Medicul dumneavoastră este cel care poate determina dacă aveţi nevoie de medicamente şi de care tip anume. Anunţaţi-vă medicul dacă luaţi alte medicamente sau dacă beţi alcool atunci când luaţi medicamente pentru ca acesta să fie avertizat asupra interacţiunilor posibile.

Sulfonilureicele

Sulfonilureicele sunt folosite de zeci de ani. Ele acţionează stimulând pancreasul să producă mai multă insulină. Pentru a beneficia de pe urma acestui tip de medicamente, trebuie ca pancreasul dumneavoastră să fie încă în stare să producă insulină de unul singur.

Sulfonilureicele cuprind:

- Clorpropamid (Diabinese)
- Glimepirid (Amaryl)
- Glipizid (Glucotrol)
- Gliburid (DiaBeta, Glynase PresTab, Micronase)
- Tolazamid (Ronase, Tolinase)
- Tolbutamid (Orinase)

Efectele adverse posibile ale acestor medicamente cuprind hipoglicemia, în special în timpul primelor 4 luni de tratament. Dacă funcţia dumneavoastră hepatică sau renală sunt alterate, s-ar putea ca medicul să nu vă prescrie un medicament sulfonilureic. Variantele mai noi ale sulfonilureicelor pot fi folosite în siguranţă la cei cu funcţia renală afectată.

Metiglinidele

Metiglinidele determină o eliminare pancreatică de insulină rapidă, dar de durată scurtă. Aceste medicamente sunt administrate în timpul meselor şi intră în acţiune la scurt timp după aceasta, atunci când nivelul glicemiei este cel mai mare. Repaglinida (NovoNorm) este actualmente singurul medicament disponibil. Hipoglicemia rămâne un efect advers posibil.

Biguanidele

Biguanidele îmbunătăţesc răspunsul organismului la insulină prin scăderea rezistenţei la insulină. Ele cresc capacitatea ţesuturilor de a capta glucoza şi reduc cantitatea de glucoză eliberată de ficat.

Biguanidele sunt asociate cu o creştere mai mică în greutate decât alte medicamente orale şi, în general, sunt prescrise celor care au un diabet de tip 2 şi sunt supraponderali. Metformina (Siofor) este singurul medicament disponibil din această clasă.

Posibilele efecte adverse includ: un gust metalic în gură, pierderea apetitului, greaţă sau vomă, balonare, senzaţie neplăcută de disconfort sau durere, gaze sau diaree şi erupţii. Atunci când este asociată cu alte medicamente, metformina poate determina hipoglicemie. O reacţie adversă rară, dar posibilă, este acidoza lactică, care se datorează formării

în organism de acid lactic. Acest lucru este mai probabil în cazul în care aveţi o afecţiune renală sau o boală severă de inimă, dacă beţi zilnic sau excesiv alcool sau dacă luaţi medicamentul denumit cimetidină (Tagamet). Cei a căror funcţie renală este alterată, nu ar trebui să ia metformin.

Inhibitorii de alfa-glucozidază

Inhibitorii de alfa-glucozidază întârzie digestia carbohidraţilor, încetinind viteza cu care urcă nivelul glicemiei după masă. Aceste medicamente trebuie luate la fiecare masă şi, în mod tipic, sunt prescrise în cazul în care nivelul glicemiei este maxim după mese. Inhibitorii de alfa-glucozidază cuprind medicamentele acarboză (Precose) şi miglitol (Glyset).

Efectele adverse posibile cuprind senzaţie de disconfort sau balonare abdominală, gaze şi diaree. Atunci când sunt asociate altor medicamente, riscul de hipoglicemie este crescut.

Cei care au anumite afecţiuni – inclusiv sindromul intestinului iritabil, colită ulcerativă sau boală Crohn – sau o afecţiune cronică ce se caracterizează prin malabsorbţie, cum este boala celiacă, nu ar trebui să ia aceste medicamente.

Tiazolidindionele

Tiazolidindionele reduc rezistenţa la insulină. În general, sunt mai bine absorbite dacă sunt luate în timpul mesei. Ele cuprind medicamentele pioglitazonă (Actos) şi rosiglitazonă (Avandia).

Efectele adverse posibile cuprind tumefacţii, creştere în greutate şi astenie. Un efect advers rar, dar grav este afectarea hepatică. De aceea, este important să vă verificaţi ficatul prin intermediul analizelor de sânge la fiecare 2 luni în cursul primului an de tratament şi să fiţi avertizat de semnele şi simptomele unei eventuale afectări hepatice.

În cazul în care luaţi pilulele anticoncepţionale, tiazolidindionele le pot scădea eficienţa. În plus, nu ar trebui să luaţi tiazolidindione în cazul în care suferiţi de insuficienţă cardiacă congestivă.

Controalele regulate

O altă parte importantă a tratamentului diabetului este păstrarea unui contact constant cu echipa care vă îngrijeşte şi faptul de a vă asigura că faceţi toate testele potrivite pentru a evalua cât de bine vă controlaţi nivelul glicemiei. Controalele medicale regulate îi oferă medicului dumneavoastră ocazia să caute dovezi precoce pentru complicaţiile diabetului.

Multe dintre complicaţiile posibile pot fi depistate doar prin simpla analiză a sângelui sau urinei şi prin examinarea făcută în cabinetul medicului. Controalele vă oferă şi ocazia să revedeţi succesele avute şi dificultăţile întâlnite în încercarea de menţinere sub control a glicemiei.

Transplantul

Medicamentele şi modificarea stilului de viaţă pot controla diabetul, dar rămâne întrebarea: Nu există vindecare?

În prezent, nu există un tratament care să vindece diabetul. Cercetătorii continuă să exploreze modalităţi terapeutice despre care speră că vor duce la un moment dat la vindecarea acestei boli. Una dintre posibilităţile studiate, care primeşte multă atenţie, este transplantul. Încă de la sfârşitul anilor '70, medicii au realizat transplante de pancreas pentru a opri sau stopa complicaţiile diabetului, iar procedura a avut un oarecare succes. Cercetătorii încearcă şi transplantarea celulelor insulare – celulele pancreatice care produc insulina.

Transplantul de pancreas

În SUA, în fiecare an se fac mai mult de 900 de transplante de pancreas, de obicei în acelaşi moment cu, sau urmând unui transplant renal. Insuficienţa renală este una dintre cele mai obişnuite complicaţii ale diabetului. Transplantul renal poate duce la reluarea multor funcţii cruciale. Faptul de a transplanta în acelaşi moment un pancreas nu pune în pericol – ci chiar poate ameliora – durata de supravieţuire a rinichiului. Spre deosebire de transplantul renal, în cadrul căruia rinichiul este donat de o persoană aflată în viaţă, pancreasul folosit pentru transplant provine de la o persoană care tocmai a murit.

După un transplant pancreatic încununat de succes, mulţi dintre cei cu diabet nu mai au nevoie de tratament cu insulină şi nu mai trebuie să-şi măsoare atât de des glicemia.

Totuşi, transplantele nu sunt întotdeauna încununate de succes. Pe lângă riscurile asociate oricărei intervenţii chirurgicale importante, corpul poate respinge noul organ după câteva zile sau câţiva ani de la transplant.

Deoarece sistemul imun tratează noul organ ca pe un invadator străin şi încearcă să-l distrugă, cei care au suferit un transplant trebuie, de obicei, să ia medicamente imunosupresoare toată viaţa pentru a preveni rejetul organului. Acest tip de medicamente au riscuri importante pentru sănătate.

Transplantul de celule pancreatice

Pancreasul uman conţine aproximativ 1 milion de insule, care alcătuiesc aproape 2% din glandă. Celulele beta din interiorul acestor mici celule produc insulina. În cazul celor cu diabet de tip 1, propriul sistem imun a atacat şi distrus celulele insulare, astfel încât pancreasul nu mai poate produce insulină.

Cercetătorii au studiat diferite metode de transplant al celulelor insulare. Deşi aceste proceduri sunt îngreunate de multe probleme, studiile recente se arată promiţătoare. Îmbunătăţirea tehnicilor şi noile medicamente imunosupresoare au dus la creşterea numărului rezultatelor pozitive.

Unul dintre principalele avantaje ale transplantului de celule pancreatice este că este mai puţin riscant decât transplantul de pancreas. Totuşi, deoarece este considerată încă experimentală, procedura nu este acoperită de asigurările medicale (în SUA). Sunt în curs studii suplimentare care să ilustreze mai multe date despre efectele pe termen lung ale transplantului de celule pancreatice şi despre complicaţiile datorate medicamentelor imunosupresoare.

Frecvenţa cu care vă vedeţi medicul şi pe ceilalţi membri ai echipei medicale depinde de modul în care evoluează starea dumneavoastră de sănătate. În general, dacă vă simţiţi bine şi vă menţineţi nivelul glicemiei în limitele stabilite împreună cu medicul dumneavoastră, probabil că va trebui să-l vedeţi cel puţin o dată la 3 luni.

Dacă aveţi probleme cu menţinerea nivelului glicemiei în limitele dorite sau dacă schimbaţi medicamentul, ar trebui să revedeţi un membru al echipei care vă îngrijeşte săptămânal sau chiar mai des.

În timpul unui control este posibil să vi se facă una dintre următoarele analize:

Hemoglobina glicată

Hemoglobina glicată măsoară hemoglobina A-1C, care indică modul în care v-aţi controlat glicemia în ultimele 2-3 luni. Vă poate şi avertiza despre posibilele probleme. Dacă faceţi insulină, probabil că veţi face acest test de 3-4 ori pe an. Dacă aveţi un diabet tip 2 şi nivelul glicemiei dumneavoastră este sub control, s-ar putea să nu aveţi nevoie aşa de des de această analiză.

Bilanţul lipidic

Bilanţul lipidic măsoară nivelul grăsimilor (lipidelor) din sânge. După masă, corpul dumneavoastră digeră grăsimile din alimentele pe care le-aţi mâncat şi le eliberează în sânge sub două forme: colesterol şi trigliceride.

Diabeticii ar trebui să facă această analiză cel puţin o dată pe an. Un nivel crescut al anumitor grăsimi în sânge poate avertiza medicul că aveţi un risc crescut de afectare a vaselor de sânge. S-ar putea să aveţi nevoie de medicamente care să vă scadă nivelul colesterolului şi trigliceridelor.

Determinarea creatininei serice

Determinarea creatininei este un test sangvin care poate avertiza despre apariţia unei probleme renale. El măsoară nivelul creatininei din sânge. Creatinina este un deşeu chimic care se produce atunci când vă folosiţi muşchii.

Dacă rinichii dumneavoastră nu funcţionează cum trebuie, ei nu sunt capabili să îndepărteze suficientă creatinină din sânge. Diabeticii ar trebui să facă această analiză cel puţin o dată pe an.

Determinarea microalbuminuriei

Testul de măsurare a microalbuminuriei urinare evaluează starea de sănătate a rinichiului. Atunci când rinichii funcţionează normal, ei elimină prin filtrare produşii de metabolizare care ajung la ei. Deşeurile sunt eliminate prin urină, iar proteinele şi alte substanţe utile rămân în circulaţia sangvină.

Atunci când rinichii sunt afectaţi, produşii de metabolizare rămân în sânge şi proteinele (albumina) se scurg în urină. Determinarea microalbuminuriei depistează scurgerea de proteine în urină. Ar trebui să faceţi acest test în fiecare an dacă aveţi un diabet de tip 2 sau dacă aveţi un diabet de tip 1 de mai mult de 5 ani şi aţi depăşit vârsta pubertăţii.

Alte afecţiuni pancreatice

Diabetul este cea mai obişnuită afecţiune a pancreasului. Mai rar, organul se poate inflama (pancreatită) sau poate fi locul apariţiei unei tumori care poate fi necanceroasă (benignă) sau canceroasă (malignă). Deoarece pancreasul produce şi enzime digestive alături de hormoni, afecţiunile digestive pot fi cauza atât unor simptome digestive cât şi metabolice.

Tumorile celulelor insulare

Rareori, de la nivelul celulelor pancreatice pot lua naştere tumori care să secrete hormonii insulină şi glucagon. Aceste tumori eliberează adeseori cantităţi excesive de hormoni, care duc laa apariţia unor efecte metabolice grave.

Tipuri

Există diferite tipuri de tumori ale celulelor insulare, fiecare denumit după tipul hormonului produs.

Insulinomul

Tumora celulelor insulare care produce insulina se numeşte insulinom. Este cauza unor momente de scădere a zahărului din sânge (hipoglicemie). Semnele şi simptomele pot cuprinde episoade de slăbiciune, transpiraţii, creşterea frecvenţei cardiace şi confuzie. Ele sunt atenuate dacă mâncaţi.

Simptomele tind să apară gradat pe parcursul mai multor luni, până la un an. Diagnosticul se pune de obicei atunci când analiza sângelui, făcută în timpul unui post alimentar, arată niveluri foarte scăzute ale glicemiei şi foarte mari ale nivelului insulinei. Aceste analize în timpul postului se fac, de obicei, în cadrul spitalului. Dacă rezultatele sunt pozitive, insulinomul este localizat prin metode de imaginerie medicală şi apoi îndepărtat chirurgical.

Gastrinomul

Un al doilea tip de tumoră care produce hormoni este gastrinomul. Deşi majoritatea gastrinoamelor apar în porţiunea superioară a intestinului subţire (duoden), ele pot apărea şi la nivelul pancreasului. Gastrina este un hormon care stimulează stomacul să secrete acid şi sucuri digestive. Tumora care produce cantităţi excesive de gastrină va determina apariţia simptomelor unui ulcer sever, care răspunde prost la tratamentul standard al ulcerului.

Semnele şi simptomele asociate gastrinomului cuprind diaree apoasă şi durerile de stomac ce sunt atenuate temporar de alimente sau antiacide, dar sunt din ce în ce mai severe pe măsură ce trec săptămânile şi lunile. În general, gastrinomul este diagnosticat atunci când testele de sânge arată cantităţi excesive de gastrină. Afecţiunea asociată acestui tip de tumoră este denumită sindrom Zollinger-Ellison.

Glucagonomul

Al treilea tip de tumoră care poate lua naştere de la nivelul pancreasului secretă glucagon şi este denumită glucagonom. Semnele şi simptomele asociate glucagonomului cuprind o erupţie în diferite zone ale corpului, ulceraţii linguale, scădere în greutate şi niveluri crescute ale zahărului în sânge.

Erupţia este importantă pentru diagnosticarea glucagonomului.

Medicul dumneavoastră poate cere să faceți analize care să determine dacă nivelul zahărului (glucozei) este anormal de mare.

Altele

Alte tumori producătoare de hormoni sunt extrem de rare. Ele au o plajă variată de manifestări, care pot cuprinde diaree apoasă - chiar dacă nu mâncați nimic – scădere în greutate și scăderea nivelului potasiului din sânge. Dacă aveți o diaree apoasă însoțită de astenie și scădere în greutate care durează de mai multe săptămâni, s-ar putea ca medicul dumneavoastră să vrea să facă analize ale materiilor fecale, de sânge și radiologice pentru a exclude aceste afecțiuni rare.

Tratament

Ca și în cazul altor tumori, cele pancreatice pot fi tratate cu succes dacă sunt diagnosticate precoce. Îndepărtarea chirurgicală a țesuturilor afectate este, de obicei, componenta cheie a tratamentului. Unele dintre aceste tumori pot fi canceroase (maligne).

Cancerul pancreatic

Deși cancerul de pancreas este responsabil de aproximativ 2% dintre toate cancerele întâlnite în SUA, el este a patra cauză principală de decese determinate de cancer. Motivul pentru care este o afecțiune atât de mortală este că, în mod tipic, nu produce simptome decât când este avansat și incurabil. Deoarece pancreasul este localizat profund în abdomen, în spatele altor organe, medicul dumneavoastră nu poate simți un nodul doar prin palparea zonei.

Cancerul poate crește nedetectat timp de ani de zile, iar în stadiile tardive poate afecta metabolismul normal. Pentru mai multe informații despre cancerul pancreatic, inclusiv despre factorii de risc și tratament, vezi pag. 902.

Pancreatita

Inflamația pancreasului (pancreatita) afectează funcțiile normale ale organului. Pancreatita poate avea ca rezultat o varietate de semne și simptome care cuprind dureri abdominale, greață, balonare și scădere în greutate.

Afecțiunea poate apărea din motive variate și în unele cazuri cauza rămâne necunoscută. Două dintre cele mai frecvente cauze ale bolii sunt calculii în vezica biliară și consumul excesiv de alcool. Pentru mai multe informații despre pancreatită, vezi pag. 900.

Afecțiunile glandei hipofize

Localizată la baza creierului, în spatele nasului, glanda hipofiză este, în mare, de dimensiunea și forma unei alune. În ciuda dimensiunilor minuscule, este cea mai importantă glandă endocrină. Ea are rol de centru de control pentru procesul de creștere al organismului, funcțiile de zi cu zi și capacitatea reproductivă.

Glanda hipofiză este alcătuită din 2 părți, lobul frontal (anterior) și lobul posterior. Lobul anterior produce 6 hormoni diferiți, care cuprind și prolactina care stimulează producția de lapte din sân și hormonul de creștere care controlează creșterea corpului și folosirea energiei.

Ceilalți 4 hormoni influențează celelalte glande ale sistemului endocrin, stimulând activitatea glandei tiroide, ovarelor, testiculelor și glandelor suprarenale.

Lobul posterior este responsabil de eliberarea a 2 hormoni, ocitocina și hormonul antidiuretic. Ocitocina stimulează prompt contracția uterului în timpul nașterii și stimulează sânii să elibereze laptele în timpul alăptării. Hormonul antidiuretic acționează la nivelul rinichiului pentru a controla debitul urinar.

Majoritatea problemelor determinate de glanda hipofiză sunt datorate tumorilor, care pot fi clasificate ca fiind funcționale sau nefuncționale. Tumorile funcționale eliberează cantități excesive de hormon hipofizar, altfel normal. În contrast, tumorile nefuncționale nu produc cantități excesive de hormoni.

Amândouă tipurile de tumori pot fi cauza unor probleme doar pentru că, prin creșterea lor în dimensiune, creează o presiune pe țesuturile vitale din vecinătate. De exemplu, nervii care controlează mișcarea ochilor și vederea trec foarte aproape de glanda hipofiză și pot fi afectați de tumoră. Deși marea majoritate a tumorilor hipofizare nu sunt canceroase și nu se întind la distanță, pot duce la apariția unor probleme importante.

Acromegalia

Semne și simptome

- Mărirea gradată a mâinilor, picioarelor, bărbiei și frunții.
- Lărgirea spațiilor dintre dinți.
- Mărirea limbii.
- Transpirație excesivă.
- Apnee în somn.
- Sindrom de canal carpian.
- Presiune pe structurile înconjurătoare, ceea ce duce la apariția unor simptome cum sunt durerile de cap și problemele de vedere.
- Insuficiență hipofizară.

Acromegalia este o afecțiune care implică creșterea excesivă a frunții, mandibulei, mâinilor și picioarelor. De obicei, este rezulatul unei supraproducții de hormon de creștere de la nivelul glandei hipofize, care apare la adult. Cel mai frecvent, boala afectează adulții de vârstă medie. La copii, o tumoră care produce un exces de hormon de creștere determină apariția unei afecțiuni denumită gigantism, caracterizată prin creștere semnificativ accelerată și înălțime excesivă.

Excesul de hormon de creștere poate determina creșterea oaselor și organelor interne. Alte efecte posibile sunt creșterea tensiunii arteriale, diabetul, polipii colonici, artrita și pierderea vederii. Dacă acromegalia nu este tratată, și inima se poate mări, ceea ce duce la insuficiență cardiacă. Aceste modificări apar gradat, de obicei pe parcursul mai multor ani și de obicei nu par evidente celui afectat sau membrilor familiei.

Diagnostic

Prezența unor anumite caracteristici fizice poate sugera acromegalia. Medicul vă poate întreba dacă v-a crescut măsura la mănuși, pantofi sau pălărie sau dacă inelele vechi vi se mai potrivesc încă. Suplimentar, în acromegalie, testele de

sânge vor arăta cantități excesive de hormon de creștere și insulin-like growth factor-I (IGF-I).

Pentru a confirma diagnosticul, se poate face examinarea vederii deoarece hipofiza mărită de volum poate comprima nervii care controlează vederea, determinând un defect al câmpului vizual.

Tomografia computerizată (TC) sau rezonanța magnetică nucleară (RMN) efectuate la nivelul capului, sunt deseori folosite pentru a detecta tumora de la nivelul glandei hipofize. Foarte rar, o tumoră localizată în afara hipofizei poate fi cauza acestor simptome.

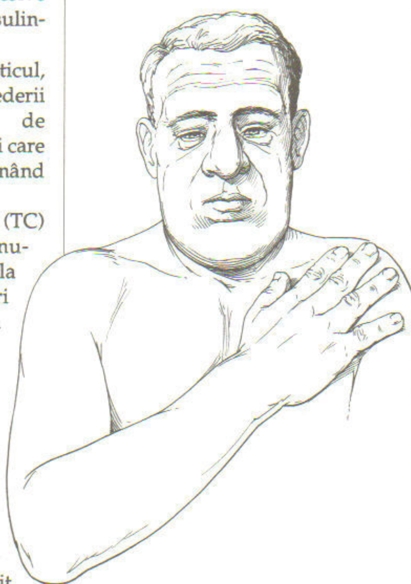
Tratament

Intervenția chirurgicală pentru îndepărtatea tumorii este tratamentul cel mai obișnuit pentru acromegalie. De multe ori nu este posibilă îndepărtarea întregii tumori. În aceste situații, se pot folosi radioterapia sau medicamente. Radioterapia distruge tumora și oprește producția excesivă de hormon de creștere. Medicamentele scad producția de hormoni de creștere, dar nu distrug tumora.

Radiațiile centrate – gamma knife sau radiochirugia stereotaxică – sunt adeseori folosite. Aceste proceduri eliberează la nivelul tumorii o doză mare de radiații, eliberând doar o cantitate mică la nivelul țesuturilor normale învecinate.

Poate fi folosit și un medicament care se poate administra injectabil și scade producția de hormon. Un mic număr dintre cei cu acromegalie răspund la medicamente administrate pe cale orală. Este testat acum un medicament promițător care blochează efectele hormonului de creștere.

În cazul în care glanda hipofiză este distrusă de tumoră sau în timpul tratamentului, este necesară terapia de substituție. Acest lucru înseamnă că trebuie să luați medicamente care au acțiuni similare acelor hormoni pe care glanda hipofiză nu-i mai poate produce.



Acromegalia este determinată de un exces al hormonului de creștere care apare la adult. Afecțiunea poate duce la creșterea în dimensiune a mâinilor, picioarelor, bărbiei și frunții.

Diabetul insipid

Semne și simptome

- Sete excesivă.
- Creșterea cantității de urină.

Semne și simptome de urgență

- Deshidratare, colaps și scăderea excesivă a tensiunii arteriale.

În ciuda asemănărilor între simptome și nume, diabetul insipid nu trebuie confundat cu diabetul zaharat. Diabetul zaharat, în mod obișnuit denumit doar diabet, este rezultatul deficitului sau rezistenței la acțiunea insulinei. Diabetul insipid este rezultatul deficitului sau rezistenței la acțiunea hormonului antidiuretic (ADH).

Când afecțiunea este rezultatul deficitului de ADH, este denumită diabet insipid central. Când este rezultatul rezistenței la ADH, este denumită diabet insipid nefrogen. Eliberarea de ADH este controlată de către glanda hipofiză.

Diminuarea cantității sau acțiunii hormonului antidiuretic poate altera echilibrul apei în organism. În loc să reabsoarbă suficientă apă pentru a menține nivelurile adecvate de lichide, rinichii dumneavoastră pur și simplu lasă apa să treacă.

Cauza diabetului insipid rămâne necunoscută la aproape 50% dintre cei care au afecțiunea, deși afecțiunile glandei hipofize pot deveni evidente la mulți ani după ce simptomele au apărut.

Cauzele identificabile ale diabetului insipid central cuprind distrugerea glandei hipofize din cauza unei lovituri la cap, intervențiile chirurgicale pentru tumori ale hipofizei și unele afecțiuni inflamatorii. Cauzele identificabile ale diabetului insipid nefrogen cuprind unele medicamente și unele tipuri de afecțiuni renale.

Diagnostic

Simptomul cheie al diabetului insipid este un volum mare de urină eliminat – nu este neobișnuit un volum de 5-20 litri pe 24 de ore. Deshidratarea care rezultă prin creșterea cantității de urină eliminată, determină o sete insațiabilă și, uneori, piele uscată.

În cazul în care medicul dumneavoastră presupune că aveți diabet insipid, vă poate propune un test de deshidratare, pe parcursul căruia nu beți lichide timp de mai multe ore. Urina produsă în acest timp este analizată. Dacă aveți cantități normale de hormon antidiuretic, volumul de urină va scădea. Dacă aveți diabet insipid, veți elimina cantități substanțiale de apă. Este posibil ca medicul să ceară și teste de sânge care să investigheze echilibrul apei și al sării.

Tratament

Tratamentul este centrat pe determinarea cauzei diabetului insipid, eliminarea ei și, dacă este posibil, controlarea simptomelor.

Dieta

În cazul în care aveți diabet insipid nefrogen, medicul vă poate sfătui să limitați consumul de sare, deoarece reducerea consumului de sare poate atenua simptomele.

Tratament medicamentos

În cazul diabetului insipid central, puteți primi hormon antidiuretic, care se poate cumpăra cu rețetă.

El poate fi luat sub formă de pilule, spray nazal sau sub formă de injecţii. De obicei, terapia hormonală durează toată viaţa. Totuşi, dacă afecţiunea se datorează unui traumatism cranian sau unei intervenţii chirurgicale, glanda hipofiză poate reveni la normal în câteva luni până la un an. În aceste cazuri, terapia hormonală poate fi întreruptă.

În cazul diabetului insipid nefrogen, poate fi prescris un diuretic tiazidic. Deşi în mod obişnuit diureticele sunt prescrise pentru a creşte cantitatea de urină eliminată, tiazidicele sunt eficiente pentru tratarea diabetului insipid nefrogen.

Tratament chirurgical

În cazul în care cauza afecţiunii este o tumoră la nivelul glandei hipofize, tratamentul adecvat poate fi operaţia sau radioterapia.

Insuficienţa hipofizară

Semne şi simptome

- Confuzie.
- Intoleranţă la căldură.
- Constipaţie.
- Sete excesivă.
- Riduri fine ale pielii din jurul ochilor şi gurii.
- Astenie şi lipsa iniţiativei.
- Diminuarea apetitului şi, uneori, scădere în greutate.

La copii

- Întârzierea creşterii şi a dezvoltării sexuale.
- Scăderea nivelului zahărului din sânge (hipoglicemie).

La femei

- Cicluri menstruale neregulate sau absente.
- Infertilitate.
- Incapacitatea de a alăpta după naştere.

La bărbaţi

- Scăderea interesului sexual.
- Disfuncţie erectilă.
- Pierderea părului facial sau de pe corp.

Semne şi simptome de urgenţă

- Febră.
- Scăderea tensiunii arteriale.

Insuficienţa hipofizară (hipopituitarismul) este o afecţiune în care glanda hipofiză nu mai produce cantităţi suficiente din unul sau mai mulţi hormoni. Numele este derivat în parte din grecescul *hypo* care înseamnă inferior. Unele persoane moştenesc o tendinţă spre hipopituitarism. Altele capătă afecţiunea din motive necunoscute. În multe cazuri, cauza este identificabilă.

Boala se poate datora unei tumori sau unei inflamaţii a glandei hipofize sau poate apărea după un traumatism important al capului. Unele femei fac insuficienţă hipofizară după naştere deoarece glanda, care în mod normal creşte în cursul sarcinii, devine atât de mare încât corpul nu-i mai poate furniza tot oxigenul şi substanţele nutritive de care are nevoie. Ca rezultat, o parte sau întregul ţesut hipofizar moare. Această formă de insuficienţă hipofizară se numeşte sindrom Sheehan.

Deoarece hipofiza produce şi hormoni care activează alte glande endocrine, scăderea producţiei acestora poate avea drept rezultat apariţia unor simptome din partea altor glande endocrine.

Dacă sunt afectaţi hormonii care controlează funcţia glandei suprarenale, organismul dumneavoastră nu va mai fi capabil să facă faţă normal stresului fizic, cum ar fi traumatismele sau infecţiile. Acest lucru vă poate ameninţa viaţa. Poate apărea şi insuficienţa hipofizară (hipotiroidismul). Cei cu insuficienţă hipofizară pot prezenta un risc mai mare de apariţie a afecţiunilor respiratorii şi cardiovasculare.

Diagnostic

Apariţia hipopituitarismului la copii are drept rezultat nanismul. Semnul cheie este o creştere anormal de lentă. Această afecţiune este rară - foarte puţini copii care sunt mai scunzi decât media au o astfel de insuficienţă hormonală.

În cazul în care se suspectează o insuficienţă hipofizară, medicul poate cere analize care să măsoare concentraţiile hormonilor în sânge şi urină. Testele ulterioare pot implica administrarea altor hormoni sau medicamente care să stimuleze glanda hipofiză să producă hormonii specifici, care sunt apoi măsuraţi.

În cazul în care testele indică o diminuare a hormonilor hipofizari, pot fi efectuate teste suplimentare care să încerce să determine cauza subiacentă.

Tratament

În cazul în care se reuşeşte identificarea cauzei hipopituitarismului, administrarea tratamentului specific poate îmbunătăţi nivelurile hormonale. Dacă nu, vor fi necesare tratamente variate de substituţie hormonală, în funcţie de gradul de deficit al fiecărui hormon. La copii, creşterea poate fi stimulată prin administrarea injectabilă a hormonului de creştere sintetic. Înlocuirea hormonului de creştere reface proporţiile normale ale organismului în grăsimi şi muşchi şi poate ameliora astenia care însoţeşte insuficienţa hipofizară.

Înlocuirea estrogenilor la fete şi a testosteronului la băieţi poate fi necesară pentru dezvoltarea sexuală. Şi adulţii pot avea nevoie de terapie de substituţie a hormonilor sexuali sau de tratamente specifice pentru fertilitate. Hormonii corticosuprarenali, cum sunt prednisonul sau hidrocortizonul, trebuie luaţi zilnic, dozele trebuind mărite în timpul bolilor.

Cei care au nevoie de terapie de substituţie hormonală ar trebui să poarte o brăţară sau un colier medical de avertizare pe care să fie notată afecţiunea de care suferă.

Tumorile hipofizare nesecretante

Semne şi simptome

- Pierderea vederii laterale (periferice).
- Vedere dublă.
- Ptoză palpebrală.
- Dureri de cap.
- Sete excesivă şi creşterea cantităţii de urină.
- Astenie şi confuzie.
- Intoleranţă la frig.
- Constipaţie.

La femei

- Cicluri menstruale neregulate sau absente.
- Infertilitate.
- Secreţii de la nivelul sânilor.

La bărbaţi

- Scăderea interesului sexual.
- Disfuncţie erectilă.
- Căderea părului de pe corp.

La copii

- Întârzierea creşterii şi dezvoltării.

La nivelul glandei hipofize pot apărea mai multe tipuri de tumori nefuncţionale – din acelea care nu

produc cantități excesive dintr-un anumit hormon. Două dintre cele mai frecvente sunt adenomul hipofizar și craniofaringiomul.

Modalitatea prin care tumorile nefuncționale determină simptome este prin presiunea pe care o realizează pe țesuturile înconjurătoare și nu prin producerea unui exces de hormoni. Poate fi afectată și funcția glandei hipofize însăși, ceea ce duce la deficite ale tiroidei, glandei suprarenale, ale creșterii, balanței hidrice sau hormonilor sexuali.

În unele cazuri, aceste tumori determină simptome puține sau deloc. În alte cazuri, determină deficite hormonale sau apariția unei presiuni importante și periculoase la nivelul creierului. În general, simptomele apar gradat, dar se poate întâmpla ca ele să apară brusc.

Diagnostic

Tomografia computerizată (TC) sau rezonanța magnetică nucleară (RMN) pot confirma prezența unei tumori nefuncționale. Multe astfel de tumori sunt descoperite în cazul investigațiilor făcute pentru afecțiuni care nu au nici o legătură. Se pot face teste de sânge sau urină pentru determinarea excesului sau deficitului anumitor hormoni.

Tratament

În cazul în care este necesar un tratament, de obicei tumora este îndepărtată pe cale chirurgicală. În cazul în care tumora nu poate fi îndepărtată în totalitate, poate fi

Substituția hormonală și vârsta

Deoarece nivelurile hormonale scad în general cu vârsta, unii oameni de știință speculează rolul pe care hormonii îl au în procesul de îmbătrânire. Acest lucru i-a făcut pe unii entuziaști ai antiîmbătrânirii și pe unii producători să propună folosirea suplimentelor hormonale ca o cale de a da înapoi ceasul biologic al organismului.

De ar fi așa de simplu! Vârsta este un proces intricat, complex, care implică multe dintre funcțiile și țesuturile corpului. Atunci când sunt evaluate pretențiile în ceea ce privește efectele substituției hormonale, probabil că vorbele din bătrâni rămân înțelepte - dacă sună prea bine ca să fie adevărat, atunci probabil că nu e. În ciuda pretențiilor tentante, nici un produs hormonal nu s-a dovedit că previne sau inversează procesul de îmbătrânire. În plus, unele pot avea efecte adverse de-a dreptul periculoase.

Iată o scurtă privire aruncată asupra suplimentelor hormonale care sunt folosite ca tratamente antiîmbătrânire:

Hormonul de creștere

Hormonul de creștere, produs la nivelul glandei hipofize, stimulează creșterea și dezvoltarea în timpul copilăriei și adolescenței. În cazul tinerior și adulților care au un deficit dovedit în hormon de creștere, administrarea lui injectabilă este benefică.

Cei care propun admnistrarea de suplimente de hormon de creștere (HGH) în cazul adulților sănătoși, spun că hormonul arde grăsimi, construiește mușchi și înnoiește energia. Totuși, nu există nici o dovadă care să arate că administrarea HGH poate ameliora sănătatea sau stilul de viață în cazul adulților normali, care îmbătrânesc. Mai mult, pot exista efecte adverse posibile, cum sunt retenția de lichide, durerile articulare, diabetul, hipertensiunea arterială și polipii colonici.

DHEA

Dehidroepiandrosteronul (DHEA) este un precursor hormonal care este convertit în organism în alți hormoni, inclusiv în hormonii sexuali estrogeni și testosteron. În mod normal, nivelurile de DHEA ating valoarea maximă la începutul vârstei adulte și apoi scad gradat. Valorile sunt destul de scăzute la vârstnici.

DHEA se poate cumpăra fără rețetă, ca supliment alimentar și i se face reclamă ca fiind un produs care încetinește procesul de îmbătrânire, crește forța musculară și osoasă, arde grăsimi, ameliorează funcțiile cognitive, întărește sistemul imun și protejează împotriva multor boli cronice. Nici una dintre acestea nu s-a demonstrat a fi adevărată. Mai îngrijorător este că DHEA poate avea efecte adverse dăunătoare. Chiar și atunci când este luat pe o perioadă scurtă de timp, poate duce la afectarea ficatului. Alte probleme potențiale sunt tulburările menstruale și apariția nedorită de păr facial în cazul femeilor, declanșarea cancerului de prostată la bărbați și creșterea riscului de boli de inimă.

Melatonina

Melatonina este un hormon care vă ajută organismul să-și regleze programul de veghe și somn. Pretențiile conform cărora melatonina poate încetini sau inversa procesul de îmbătrânire, poate lupta împotriva cancerului și ameliora sexualitatea, rămân nedovedite. Suplimentele disponibile pe piață conțin, în mod tipic, cantități de câteva ori mai mari de melatonină decât cele produse de organism. Dacă este administrată inadecvat, melatonina poate chiar altera cicul somnului.

Testosteronul

În general, nivelurile hormonului sexual masculin testosteron scad cu timpul, deși rata scăderii variază foarte tare de la bărbat la bărbat. Avocații antiîmbătrânirii spun că prin creșterea nivelului de testosteron luând suplimente eliberate cu rețetă, vă ameliorați energia, starea de bine, autorespectul și comportamentul sexual.

În doze mari, testosteronul poate determina probleme de prostată, poate agrava sindromul de apnee în somn, poate stimula excesiv producția de sânge și poate crește nivelul de colesterol. Totuși, în cazul bărbaților al căror nivel de testosteron este scăzut datorită unor afecțiuni testiculare sau hipofizare, administrarea lui terapeutică poate fi benefică.

Estrogenii

Un tip de terapie hormonală care s-a dovedit a fi benefică în cazul femeilor normale, care îmbătrânesc este terapia de substituție hormonală (HRT). Ea poate ajuta la prevenirea osteoporozei, poate îmbunătăți lubrifierea vaginală și menține sau ameliora elasticitatea pielii. Totuși, există date care indică și riscuri posibile, care cuprind creșterea riscului de cancer de sân. Totuși, este important să cântăriți riscurile și beneficiile terapiei împreună cu medicul dumneavoastră. Pentru mai multe informații, vezi pag. 1082.

necesară radioterapia. Deficitele hormonale sunt înlocuite prin terapie de substituţie adecvată.

Prolactinomul

Semne şi simptome

La femei

- Cicluri menstruale neregulate sau absente.
- Secreţie lactată de la nivelul sânilor.

La bărbaţi

- Disfuncţie erectilă, scăderea interesului sexual şi diminuarea părului de pe corp.
- Creşterea în volum a sânilor.

La ambele sexe

- Insuficienţă hipofizară.
- Presiune pe ţesuturile şi structurile învecinate.
- Infertilitate.

Prolactinomul este o afecţiune în care tumora hipofizară produce o cantitate excesivă de prolactină. Tumora poate avea dimensiuni variate, de la dimensiuni microscopice la mai mulţi centimetri în diametru. Efectul principal al creşterii prolactinei este scăderea nivelurilor normale ale hormonilor sexuali: estrogeni la femeie şi testosteron la bărbat. Deşi aceste deficite nu ameninţă viaţa, pot duce la apariţia unor complicaţii pe termen lung, cum ar fi osteoporoza şi pot fi cauza infertilităţii şi disfuncţiei sexuale.

Creşterea nivelurilor de prolactină se poate datora şi altor cauze în afara prolactinomului, inclusiv multor medicamente.

Diagnostic

Medicul va face o anamneză atentă şi un examen clinic amănunţit pentru a exclude alte cauze ale unui exces de prolactină. Vor fi făcute teste de sânge care să măsoare nivelul prolactinei şi al altor hormoni. Tumora poate fi adeseori identificată prin efectuarea unei tomografii computerizate (TC) sau a unei rezonanţe magnetice (RMN).

Tratament

Există medicamente administrate pe cale orală care pot deseori scădea producţia de prolactină şi elimina simptomele. Aceste medicamente pot face şi ca tumora să scadă în dimensiuni. Totuşi, este necesar un tratament îndelungat. Intervenţia chirurgicală poate fi necesară pentru a vindeca tumorile mici, dar şi pentru a diminua presiunea pe nervii care controlează vederea.

Afecţiunile tiroidei

În forma unui nod de cravată sau a unui fluture, glanda tiroidă este localizată la baza gâtului, chiar sub mărul lui Adam. Glanda îmbracă partea anterioară a traheei. O bandă transversală de ţesut uneşte cei doi lobi.

Deşi glanda tiroidă cântăreşte mai puţin de 30 g, ea are un impact enorm pentru sănătate. Ajută la stabilirea ratei cu care vă funcţionează corpul, reglează toate aspectele metabolismului, de la cât de repede vă bate inima la cât de repede ardeţi caloriile. Ca răspuns la influenţele date de hipofiză, glanda tiroidă secretă hormonul denumit tiroxină. Cu cât este mai mare cantitatea de tiroxină care vă circulă în sânge, cu atât mai mare este viteza activităţilor chimice care au loc în organism. Glanda tiroidă produce şi calcitonină, un hormon care ajută la controlul nivelului calciului din sânge.

Atât timp cât tiroida dumneavoastră produce o cantitate adecvată de tiroxină, metabolismul vă funcţionează normal. Dar, uneori, glanda produce şi eliberează o cantitate prea mare sau prea mică de hormoni, dezechilibrând balanţa delicată a reacţiilor chimice care au loc în organism. Afecţiunile glandei tiroide se împart în general în 2 categorii, una care implică funcţia şi alta care implică structura. Tiroida poate prezenta atât modificări ale funcţiei cât şi ale structurii, care pot sau nu să fie legate una de alta.

Producţia excesivă de tiroxină determină hipertiroidie (boală tiroidiană caracterizată prin creşterea activităţii glandei). Afecţiunea opusă - subproducţia de hormoni tiroidieni – determină hipotiroidie (boală tiroidiană caracterizată prin scăderea activităţii glandei). Hipertiroidia şi hipotiroidia sunt afecţiuni funcţionale deoarece implică probleme ale funcţionării glandei. Ambele boli au numeroase cauze. Guşa, mărirea de volum a tiroidei, este un exemplu de anomalie structurală.

Hipertiroidia

Semne şi simptome

- Scădere în greutate în ciuda apetitului crescut.
- Bătăi rapide sau neregulate ale inimii sau palpitaţii.
- Transpiraţii.
- Tumefacţie situată la baza gâtului (guşa).
- Scaune mai frecvente, uneori diaree.
- Astenie şi slăbiciune musculară.
- Creşterea sensibilităţii la căldură.
- La femei, modificări ale ciclului menstrual.
- Perturbarea somnului.

Semne şi simptome de urgenţă

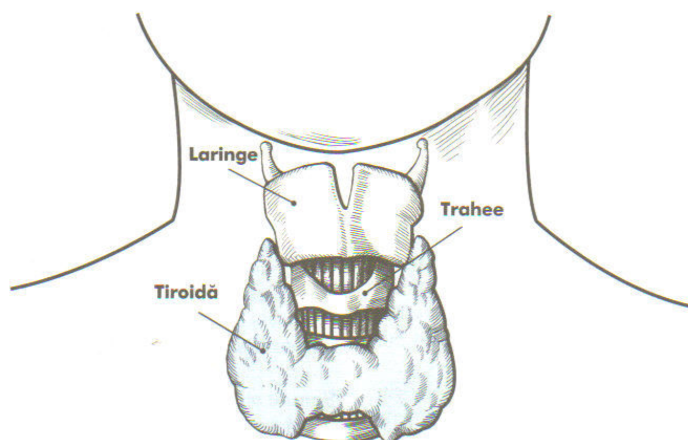
- Febră.
- Puls foarte rapid.
- Agitaţie şi delir.

Hipertiroidia (hiperactivitatea glandei tiroide) apare atunci când glanda tiroidă produce sau eliberează cantităţi prea mari de tiroxină. Tiroxina în exces accelerează metabolismul organismului.

Femeile este mai probabil să facă hipertiroidie decât bărbaţii. Deşi poate apărea la orice vârstă, este mai frecventă la adulţii tineri şi de vârstă mijlocie.

Există mai multe afecţiuni care pot face tiroida să elibereze o cantitate prea mare de hormoni. Cea mai frecventă cauză este o afecţiune autoimună, denumită boala Basedow-Graves. Alte cauze mai pot fi inflamaţia glandei (tiroidita) şi apariţia unor noduli (umflături) la nivelul tiroidei.

Hipertiroidia poate avea consecinţe grave în cazul în care nu este tratată.



Glanda tiroidă are 2 lobi. Este localizată la baza gâtului.

Complicaţiile cuprind probleme cardiace, cum ar fi o frecvenţă cardiacă foarte mare, bătăi cardiace neregulate (fibrilaţie atrială) sau insuficienţă cardiacă. Hipertiroidia netratată poate fi cauza pierderii de masă osoasă (osteoporoză). Dacă aveţi o afecţiune caracterizată prin hiperactivitatea glandei tiroide, prezentaţi şi riscul de a face o criză tireotoxică. Aceasta este o intensificare bruscă a semnelor şi simptomelor, care duce la febră şi chiar la delir. Necesită asistenţă medicală imediată.

Manifestările obişnuite ale accelerării metabolismului datorită hipertiroidiei cuprind creştere apetitului, senzaţie de căldură atunci când celorlalţi le este frig sau se simt confortabil şi tremurături ale mâinilor. Inima dumneavoastră poate bate supărător, la o frecvenţă mare şi, uneori, poate prezenta un ritm neregulat. Sunt frecvente tulburările de somn. Tiroida dumneavoastră poate fi mărită de volum, dar uneori atât de puţin încât nu este observabil. Dacă hipertiroidia se datorează bolii Basedow, globii oculari pot proemina şi deveni uscaţi, iar pielea poate fi umedă şi transpirată.

Diagnostic

Hipertiroidia este, în general, diagnosticată pe baza istoricului medical, examenului fizic şi analizelor de sânge. În timpul examinării, medicul poate încerca să detecteze un uşor tremor al degetelor, atunci când le ţineţi întinse. Este posibil să fiţi întrebat despre modificări apărute în freventa scaunelor sau despre sensibilitatea la temperatură. Medicul vă poate ruga să înghiţiţi în timp ce vă examinează tiroida, procedură care o face mai uşor de palpat.

Analizele de sânge pot detecta o creştere a concentraţiei tiroxinei. Ele pot demonstra şi nivelul scăzut sau inexistent al hormonului stimulator al tiroidei (TSH), care este produs de glanda hipofiză şi este supresat atunci când în circulaţie se află cantităţi prea mari de hormoni tiroidieni. Aceste rezultate pot pune diagnosticul de hipertiroidie. Totuşi, testele pot doar indica hiperfuncţia tiroidei – ele nu identifică şi cauza.

Medicul poate utiliza o metodă de captare a iodului radioactiv pentru a ajuta la stabilirea diagnosticului şi a facilita planificarea tratamentului. În cadrul acestui test, vi se administrează pe cale orală o cantitate mică de iod radioactiv. În timp, iodul se acumulează la nivelul tiroidei, unde este absorbit şi folosit pentru fabricarea tiroxinei. Vi se vor face determinări după 2, 6 sau 24 de ore – sau uneori în toate aceste 3 momente – pentru a determina cât de mult iod a absorbit tiroida dumneavoastră.

O captare crescută a iodului indică faptul că tiroida dumneavoastră produce prea multă tiroxină, lucru care se întâmplă în boala Basedow şi în cazul nodulilor tiroidieni hiperfuncţionali. În cazul în care captarea este scăzută, cea mai probabilă cauză este tiroidita. În această afecţiune inflamatorie a tiroidei, iodul captat este blocat, dar hormonii tiroidieni de la nivelul glandei sunt eliberaţi în exces. Medicul dumneavoastră poate, de asemenea, obţine o poză a glandei tiroide (tomografie tiroidiană) care să ajute la determinarea cauzei şi la instituirea tratamentului posibil.

Tratament

Tratamentul hipertiroidiei depinde de cauza care îi stă la bază, starea dumneavoastră fizică, vârsta şi severitatea afecţiunii. Tratamentul cuprinde:

Iod radioactiv

Iodul radioactiv este tratamentul cel mai obişnuit al hipertiroidiei. Luat sub forma unei singure doze, în formă lichidă sau sub formă de capsule, iodul radioactiv este absorbit de glanda tiroidă. Iradiaţia distruge ţesutul tiroidian în mod inofensiv şi fără a da dureri, ceea ce face ca tiroida să se micşoreze şi să scadă producţia de hormoni.

Doza de iod radioactiv depinde de dimensiunea glandei şi de rezultatele testului de captare. Nivelurile ridicate ale tiroxinei scad gradat, pe parcursul a 2-3 luni. În unele cazuri poate fi necesară o a doua doză de iod radioactiv.

Mai mult de 80% dintre cei care iau iod radioactiv pentru hipertiroidie se vindecă. Totuşi, deoarece acest tip de tratament face ca acvtivitatea tiroidei să scadă considerabil, poate duce la apariţia afecţiunii opuse – o producţie prea mică de tiroxină. Multe persoane trebuie să ia apoi zilnic tiroxină pe cale orală pentru a o înlocui pe cea care nu se mai produce.

Medicamente antitiroidiene

Un alt tip de tratament implică administrarea medicamentelor antitiroidiene – metimazol (Tapazol) şi propiltiouracil – sub formă de comprimate. Aceste medicamente reduc în mod gradat simptomele

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Hipertiroidia (boala tiroidiană caracterizată prin supraproducție hormonală) în timpul sarcinii crește riscul de avort, așa că cel mai bine este să evitați să rămâneți însărcinată pe parcursul tratamentului bolii. În cazul în care sunteți tratată cu iod radioactiv, evitați să rămâneți însărcinată 6 luni după aceea. Dacă hipertiroidismul apare sau recidivează în cursul sarcinii, veți primi cea mai mică doză posibilă de medicamente antitiroidiene. Nu se folosește iodul radioactiv în cazul în care sunteți însărcinată sau alăptați.

de hipertiroidie, prin împiedicarea glandei de a produce cantități excesive de hormoni.

În decurs de 6-8 săptămâni de la începutul tratamentului, simptomele de hipertiroidie dispar. Totuși, tratamentul este îndelungat și poate determina efecte adverse hepatice și la nivelul măduvei osoase. În cazul unor persoane, administrarea timp de 1-2 ani a medicamentelor antitiroidiene rezolvă problema pentru totdeauna, însă mulți pot prezenta recăderi.

Betablocante

O clasă de medicamente denumite blocante beta-adrenergice sau betablocante, folosite în mod obișnuit pentru tratamentul bolii arterelor coronare și a hipertensiunii arteriale, blochează, de asemenea, și acțiunea în organism a hormonilor tiroidieni. Betablocantele pot diminua tremorul mâinilor și frecvența cardiacă, și vă pot face să vă simțiți mai bine în decurs de câteva ore, dar ele nu modifică nivelul mare de hormoni tiroidieni prezenți în organism.

Betablocante cum sunt propranololul (Inderal), atenololul (Tenormin), metoprololul (Lopressor, Toprol) sau nadololul (Corgard) vă pot fi prescrise pentru a atenua simptomele de hipertiroidism până când alte mijloace terapeutice intră în acțiune sau pot fi folosite în asociere cu alte metode terapeutice.

Tratament chirurgical

Dacă medicamentele nu reușesc să trateze problema, puteți deveni candidat la o intervenție chirurgicală pe tiroidă. În timpul procedurii, denumită tiroidectomie, medicul scoate o parte sau aproape toată tiroida, reducând sau oprind producția de hormoni. Dacă este scoasă toată glanda, veți avea zilnic nevoie de medicamente care să înlocuiască hormonii produși în mod normal de glandă.

Autoîngrijire

Dacă ați pierdut un număr mare de kilograme sau dacă aveți o adevărată slăbiciune musculară, colaborați cu medicul dumneavoastră sau cu un dietetician pentru a elabora un plan adecvat de dietă. În cazul reușitei tratamentului, aproape toată lumea își recapătă greutatea. De asemenea, este important să primiți zilnic suficient calciu pentru a vă ajuta să preveniți osteoporoza. Ținta dumneavoastră trebuie să fie 1500 miligrame de calciu pe zi, fie din alimente, fie prin intermediul suplimentelor, fie din amândouă.

Hipotiroidia

Semne și simptome

- Astenie și lentoare.
- Frecvență cardiacă scăzută.
- Creșterea sensibilității la frig.
- Creștere inexplicabilă în greutate.
- Constipație.
- Piele și păr uscate.
- Cicluri menstruale abundente.
- Depresie.
- Voce răgușită.
- Față infiltrată.
- Un nivel crescut al colesterolului.

Hipotiroidia (boală tiroidiană caracterizată prin funcționarea diminuată a glandei) este o afecțiune în care glanda tiroidă nu reușește să producă și să elibereze cantități adecvate de tiroxină. Această afecțiune încetinește activitățile metabolice ale organismului.

Deoarece hormonii tiroidieni au un efect așa de semnificativ asupra creșterii, dezvoltării și funcțiilor de zi cu zi, deficitul poate duce la o mare varietate de probleme de sănătate. Copiii cu această afecțiune pot avea dificultăți de dezvoltare. Adulții pot suferi o încetinire a funcților fizice și mentale, și chiar boli de inimă. Suplimentar, hipofuncția tiroidiană poate duce la creșterea nivelului de colesterol și a tensiunii arteriale.

Semnele și simptomele hipotiroidiei variază foarte mult în funcție de severitatea deficitului hormonal. La adulți, această afecțiune apare gradat, pe parcursul mai multor luni sau ani. Pe măsură ce metabolismul continuă să scadă, simptomele devin din ce în ce mai evidente.

Adeseori, primele simptome sunt o oboseală constantă, cu crampe musculare și senzație permanentă de frig atunci când temperatura este rece sau moderată. Puteți prezenta constipație, iar pielea vă poate deveni uscată și își poate pierde luciul. Vocea vă poate deveni răgușită. Unele persoane cresc și în greutate, de obicei între 5 și 10 kilograme.

Hipotiroidia avansată se numește mixedem. Acesta poate apărea în cazul în care hipotiroidia nu este recunoscută timp de mai mulți ani. Simptomele mixedemului pot cuprinde amețeli, intoleranță intensă la frig și scăderea temperaturii corpului, urmate de letargie profundă și, în final, pierderea conștienței. Coma mixedematoasă poate fi declanșată de infecții, administrarea de sedative, intervenții chirurgicale sau alte situații care pun organismul în situație de stres.

Hipotiroidia poate apărea la oricare dintre sexe și la orice vârstă. În mod obișnuit sunt afectate femeile de vârstă mijlocie, iar adulții vârstnici trec cel mai adesea nediagnosticați. Afecțiunea poate avea cauze variate.

Tiroida poate fi distrusă de o afecțiune autoimună, în care propriul dumneavoastră sistem imun atacă glanda. Hipotiroidia poate apărea și ca rezultat al inflamației glandei sau datorită insuficienței hipofizare, în care hipofiza nu mai produce hormonul stimulator al tiroidei (TSH). Acest hormon transmite tiroidei mesajul de a produce tiroxină.

Prezentaţi risc crescut?

Hipotiroidia apara în special la femeile de peste 40 de ani, iar riscul de apariţie a bolii creşte cu vârsta. Totuşi, boala poate afecta oricare dintre sexe, de la copii până la adulţii vârstnici.

Prezentaţi un risc crescut de a face hipotiroidie în cazul în care:

- Aveţi o rudă apropiată, cum ar fi un părinte sau un bunic, care are o boală autoimună.
- Aveţi diabet sau o boală autoimună şi sunteţi sau aţi fost însărcinată.
- Aţi fost tratat cu iod radioactiv sau medicamente antitiroidiene.
- Aţi suferit o intervenţie chirurgicală pe tiroidă.
- Aţi fost tratat prin radioterapie pentru un cancer localizat la nivelul capului sau gâtului.

În plus, tratamentul realizat în cazul unei producţii excesive de hormoni tiroidieni (hipertiroidie) poate duce la apariţia hipotiroidiei. Unele femei dezvoltă o hipotiroidie înainte sau după sarcină. În cazuri rare, copiii se pot naşte cu glande tiroide cu defecte sau inexistente.

Diagnostic

Deoarece hipotiroidia este mai frecventă la femeile vârstnice, unii medici recomandă ca toate femeile cu vârstă de minim 60 de ani să fie investigate în căutarea acestei afecţiuni în cursul unei investigaţii clinice de rutină. Unii medici testează femeile însărcinate în căutarea hipotiroidiei.

Doctorul poate face teste pentru a depista o tiroidă care funcţionează ineficient, dacă vă simţiţi din ce în ce mai obosit sau mai lent, dacă aveţi pielea uscată, sunteţi constipat sau vocea vi se îngroaşă sau în cazul în care aţi mai avut probleme cu tiroida.

Cea mai eficientă modalitate de a diagnostica hipotiroidia este prin intermediul analizelor de sânge care măsoară nivelul hormonului stimulator al tiroidei (TSH) şi al tiroxinei. Nivelurile scăzute de tiroxină şi ridicate de TSH sugerează diagnosticul de hipotiroidie.

Tratament

Tratamentul hipotiroidismului prin funcţionarea deficitară a tiroidei este administrarea hormonului tiroidian sintetic levotiroxină (Levothroid, Levoxyl). Trebuie să luaţi hormonul zilnic. Acest medicament oral restaurează cantităţile adecvate de hormoni.

După ce începeţi tratamentul, simptome de genul asteniei ar trebui să înceapă să cedeze, deşi s-ar putea ca nu toate simptomele să se amelioreze timp de mai multe luni. În mod gradat, medicamentele pot scădea nivelul de colesterol şi pot face să retrocedeze orice creştere în greutate determinată de boală.

Tratamentul cu levotiroxină este de obicei pe viaţă şi poate fi urmat de teste periodice de sânge, deoarece necesarul organismului în hormoni tiroidieni se poate uşor modifica pe parcursul timpului.

Alte afecţiuni ale tiroidei

Următoarele afecţiuni ale tiroidei pot duce la hipertiroidie sau hipotiroidie, sau pot determina semne şi simptome similare. Efectuarea testelor adecvate poate determina cauza problemei şi poate indica cea mai bună formă de tratament.

Boala Basedow-Graves

Boala Basedow-Graves este o afecţiune autoimună care poartă numele celor doi medici care au descris-o iniţial. Procesul care declanşează boala implică participarea sistemului imun al organismului. Sistemul imun produce proteine denumite anticorpi, care inactivează şi distrug invadatorii străini cum sunt virusurile şi bacteriile. În cazul bolii Basedow, ceva anume face ca sistemul imun să producă anticorpi care imită acţiunea hormonului stimulator al tiroidei (TSH) şi stimulează glanda.

Femeile prezintă un risc de 7 ori mai mare decât bărbaţii de a face boala Basedow. Cercetătorii suspectează că, pentru unele persoane, un eveniment stresant din viaţă, cum ar fi un divorţ sau decesul unei persoane iubite, poate declanşa boala prin afectarea producţiei de anticorpi realizată de sistemul imun. Dar în cazul multora dintre persoanele care fac această afecţiune nu se reuşeşte identificarea unui factor stresant.

Boala Basedow este cea mai frecventă cauză de hipertiroidie. Aceleaşi anomalii ale sistemului imun care stimulează producţia excesivă de hormoni tiroidieni pot, de asemenea, determina o afecţiune mai puţin frecventă denumită oftalmopatia Basedow. În această afecţiune, globii oculari proemină din orbitele protectoare deoarece ţesuturile şi muşchii din spatele ochilor se umflă şi fac ca ochii să protuzioneze (vezi pag. 659). Ochii dumneavoastră pot deveni roşii şi iritaţi. Unele persoane pot avea vedere dublă. O mică parte dintre cei cu boală Basedow prezintă înroşirea şi tumefacţia pielii de pe faţa anterioară a gambelor şi picioarelor.

Tratament

Nu există un tratament care să oprească sistemul imun să producă anticorpii care determină boala Basedow, dar există medicamente care pot controla simptomele prin scăderea producţiei de tiroxină. Tratamentul oftalmopatiei Basedow este discutat la pag. 660.

Depistarea nou-născuţilor

Toate statele din SUA cer să se facă depistarea hipotiroidiei la nou-născuţi prin teste de sânge. Acest lucru se face deoarece, în cazul unui copil, hipotiroidia netratată poate avea consecinţe medicale grave în ce priveşte dezvoltarea fizică şi mentală. Dacă afecţiunea este diagnosticată în primele luni de viaţă, şansele de a avea o dezvoltare normală sunt excelente.



Guşa

Guşa este termenul general care desemnează creşterea de volum a glandei tiroide. Cuvântul vine din latinescul „gât". Modificarea de volum poate fi mică, un nodul localizat sau mărirea ambilor lobi ai glandei tiroide. De obicei, este nedureroasă.

O glandă tiroidă mărită de volum poate produce o cantitate de hormoni normală, mică sau excesivă. În cazuri rare, în care glanda creşte în jurul traheei, această modificare de volum poate jena respiraţia sau înghiţirea.

Mărirea de volum a tiroidei poate avea mai multe cauze. În trecut, cauza cea mai frecventă era scăderea cantităţii de iod din dietă. Acum, guşa este rară în SUA deoarece sarea de masă conţine suplimente de iod, iar alimentele sunt în general bogate în acest element. În unele părţi ale lumii în care iodul lipseşte în dietă, guşa este încă o afecţiune frecventă.

Alte cauze ale afecţiunii sunt:

Creşterea simplă de volum

Creşterea de volum egal răspândită pe suprafaţa glandei, de consistenţă moale, este denumită guşa simplă. Deşi nu este frecventă, ea apare mai frecvent în cursul sarcinii sau în adolescenţă. Alteori, cauza este necunoscută, deşi în unele cazuri poate exista o componentă genetică.

Tiroidita

Tiroidita reprezintă inflamaţia glandei tiroide, care o face să crească în dimensiuni. Glanda poate deveni mai dură la palpare sau poate deveni sensibilă şi dureroasă atunci când înghiţiţi. Tiroidita cronică limfocitară, denumită de asemenea şi tiroidită Hashimoto, este cea mai frecventă cauză de creştere în volum a tiroidei întâlnită în SUA. Ea este rezultatul unei afecţiuni autoimune.

Boala Basedow

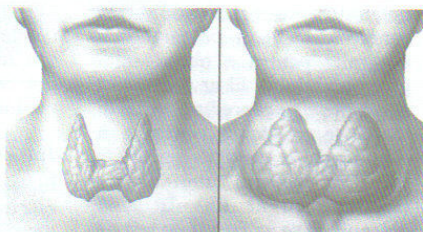
Boala Basedow determină funcţionarea în exces a tiroidei. De obicei, ea duce la o creştere mică de volum, dar generalizată a glandei, dar alteori glanda poate deveni chiar mare.

Nodulii tiroidieni

Nodulii apăruţi la nivelul tiroidei pot fi cauza măririi unuia sau ambilor lobi. Orice nodul trebuie evaluat pentru a vedea dacă este canceros. Rareori, un nodul poate bloca traheea, determinând dificultăţi de respiraţie care se pot asemăna astmului.

În cazul în care guşa nu vă face probleme, probabil că tratamentul nu este necesar. În cazul în care glanda devine suficient de mare pentru a deveni o problemă estetică, există medicamente care o pot face să scadă în dimensiuni. În cazul în care creşterea de volum afectează procesul de alimentare sau respiraţia, pot fi prescrise medicamente sau se poate face o intervenţie chirurgicală care să îndepărteze o parte sau glanda în totalitate.

În cazul în care glanda conţine noduli sau chisturi, este foarte probabil că trebuie făcute teste diagnostice care să asigure că nodulii nu sunt canceroşi (maligni). În cazul în care este vorba de un cancer, poate fi necesară îndepărtarea unei porţiuni sau a glandei în totalitate.



Tiroidă normală Tiroidă mărită de volum

Tiroidita

Tiroidita, inflamaţia glandei tiroide, poate determina creşterea de volum a glandei. Există mai multe tipuri de tiroidită.

Cea mai frecventă formă este tiroidita cronică limfocitară, numită şi tiroidită Hashimoto. Este o boală autoimună, în care sistemul imun produce anticorpi care distrug glanda tiroidă, ceea ce duce la scăderea producţiei de hormoni. Afecţiunea este mai frecventă la femeile vârstnice şi tinde să apară în cadrul aceleiaşi familii.

Tiroidita care apare după sarcină este denumită tiroidită postpartum. Ea este o inflamaţie nedureroasă a glandei, care apare la aproximativ 6% dintre femei, la aproximativ 4-12 luni după naştere.

Pentru o scurtă perioadă de timp, pot apărea fenomene de hipertiroidie, dar funcţia tiroidei revine de obicei la normal după câteva luni. În cazul unora dintre femeile afectate totuşi, poate persista o hipotiroidie pe termen lung. Ele vor avea nevoie, în general, de tratament de substituţie cu hormoni tiroidieni.

O altă afecţiune, mai puţin frecventă, este tiroidita subacută granulomatoasă. Boala, care este probabil determinată de un virus, începe mai brusc decât tiroidita Hashimoto şi face ca glanda tiroidă să devină dureroasă şi să crească de volum. Temporar, pot apărea fie fenomene de hipotiroidism, fie de hipertiroidism. Acest tip de tiroidită trece, în general spontan, în decurs de câteva luni.

Tratament

În cazul în care zona din jurul tiroidei se umflă şi vă deranjează sau dacă apar simptome de hipertiroidie sau hipotiroidie, medicul vă poate examina şi poate cere analize de sânge care să măsoare nivelurile de hormoni şi de anticorpi.

Majoritatea celor cu tiroidită Hashimoto trebuie să facă tratament de substituţie cu hormoni tiroidieni toată viaţa. În cazul altor forme de tiroidită, glanda îşi revine la normal în câteva luni.

Aspirina sau alte medicamente antiinflamatoare nesteroidiene pot atenua durerea şi inflamaţia din tiroidita subacută. În cazurile mai severe, medicul poate prescrie medicamente corticosteroidiene.

Nodulii tiroidieni

Nodulul tiroidian este o proeminenţă care apare la nivelul glandei tiroide. Aţi putea avea unul singur sau mai mulţi. Nodulii tiroidieni sunt relativ frecvenţi şi rareori canceroşi (maligni).

Un tip de nodul necanceros (benign) este adenomul, în cazul căruia o porţiune a tiroidei însăşi se izolează de restul glandei. Ea formează un nodul, adeseori de 1 cm sau mai mare, pe care îl puteţi simţi şi uneori vedea.

Majoritatea adenoamelor tiroidiene produc hormoni tiroidieni puţini sau deloc, dar uneori pot produce cantităţi excesive, o afecţiune denumită nodul tiroidian hiperfuncţional care determină hipertiroidie.

Tratament

Majoritatea nodulilor tiroidieni sunt descoperiţi în cursul unui examen fizic de rutină. Pentru a determina care tip de nodul este canceros, medicul poate face o ecografie pentru a obţine imaginea nodulului. El ar putea face şi o biopsie, o procedură în cazul căreia se recoltează pentru a fi examinată, o cantitate mică de ţesut cu ajutorul unui ac fin (aspiraţie cu ac fin). În mod obişnuit, vi se va face şi un test de sânge pentru a verifica nivelul hormonilor tiroidieni.

Adeseori, prezenţa nodulului nu implică instituirea unui tratament special, deoarece majoritatea nu produc simptome. Adenoamele care produc cantităţi excesive de hormoni tiroidieni sunt tratate cu iod radioactiv, care distruge nodulul, sau prin intermediul intervenţiei chirurgicale.

Nodulii canceroşi impun îndepărtarea chirurgicală a glandei tiroide. În cazul în care vi se scoate tiroida, trebuie să luaţi tratament de substituţie tiroidiană tot restul vieţii.

Cancerul tiroidian

Cancerul tiroidian este rar, reprezentând mai puţin de 1% din totalitatea cancerelor. Există 4 tipuri principale de cancer ale tiroidei, în funcţie de aspectul microscopic al celulelor canceroase. Formele cele mai obişnuite sunt papilar şi folicular. Tipul papilar tinde să se întindă la nodulii limfatici de la nivelul gâtului. Tipul folicular se poate întinde la plămâni şi spre alte zone mai îndepărtate ale corpului. Majoritatea cancerelor tiroidiene cresc lent.

Există o formă rară de cancer tiroidian, denumită cancer medular, în cazul căreia celulele canceroase secretă hormonul denumit calcitonină. Progresia acestui tip de cancer poate fi urmărită prin măsurarea calcitoninei în sânge. Cancerul medular apare frecvent la membrii aceleiaşi familii. Cancerul medular tiroidian poate fi asociat cu o afecţiune ereditară rară, denumită neoplazie endocrină multiplă (MEN) tip 2 (vezi pag. 1054).

Cancerul tiroidian este mai frecvent la femei decât la bărbaţi. Aveţi un risc crescut de a face un cancer de tiroidă dacă aţi fost expus unei cantităţi mari de radiaţii, dacă aţi făcut un tratament radioterapic la nivelul capului sau gâtului, sau dacă aţi avut pe cineva în familie cu cancer medular tiroidian sau feocromocitom, tumori rare, care iau naştere din centrul (zona medulară) a glandei suprarenale.

Tratament

În cazul în care nodulul tiroidian este malign, tumora şi toată glanda tiroidă sau doar o parte a ei sunt îndepărate prin intervenţie chirurgicală. Deoarece cancerul tiroidian se poate răspândi la nodulii limfatici din vecinătate şi aceştia ar putea fi îndepărtaţi chirurgical.

În anumite circumstanţe, se poate administra suplimentar tratamentului chirurgical, iod radioactiv. El distruge ţesutul tiroidian care nu a putut fi îndepărtat chirurgical. Glanda tiroidă şi tumora absorb iodul radioactiv, care poate distruge ţesutul tiroidian şi cancerul fără a afecta restul corpului.

În cazul în care vi se scoate tiroida, corpul dumneavoatră nu mai poate produce hormoni tiroidieni, aşa că va trebuie să luaţi zilnic tablete de hormoni tiroidieni care să înlocuiască ceea ce vă lipseşte. Hormonii tiroidieni pot opri dezvoltarea oricărei celule canceroase care este posibil să fi rămas. Acest lucru se produce prin inhibarea eliberării hormonului stimulator al glandei tiroide.

În cazul în care aveţi un cancer medular tiroidian, întrebaţi medicul despre sfatul genetic şi ce analize ar trebui făcute rudelor de sânge. Membrii familiei ar putea fi testaţi pentru a vedea dacă sunt purtătorii defectului genetic care determină această formă dobândită de cancer. Îndepărtarea chirurgicală a tiroidei poate preveni apariţia cancerului la cei care nu au încă boala.

Afecţiunile glandelor paratiroide

Glandele paratiroide sunt localizate în cele 4 colţuri ale tiroidei, care se află în zona din faţa şi la baza gâtului. Glandele paratiroide sunt foarte mici – fiecare are aproximativ mărimea unui bob de orez - şi ele secretă hormonul paratiroidian. În cazul în care se produce o cantitate prea mare din acest hormon, afecţiunea se numeşte hiperparatiroidism. În cazul în care este produsă o cantitate prea mică de hormon, afecţiunea se numeşte hipoparatiroidism.

Glandele paratiroide menţin nivelul calciului din sânge între limite foarte înguste, prin secreţia unei cantităţi mai mari sau mai mici de hormon. Creşterea nivelului secreţiei hormonale de către una sau mai multe glande paratiroide duce la creşterea nivelului de calciu sangvin prin eliberarea lui din oase – locul în care este păstrat calciul în organism - şi prin creşterea cantităţii absorbite la nivelul intestinului subţire. Pentru reglarea cantităţii de calciu din sânge, este necesară şi vitamina D.

Hiperparatiroidismul

Semne şi simptome

- Litiază renală.
- Osteoporoză.
- Astenie.
- Creşterea frecvenţei urinărilor şi accentuarea setei.
- Dureri abdominale, indigestie şi simptome de ulcer.

Când una sau mai multe glande paratiroide produc un exces de hormoni, apare hiperparatiroidismul. În cazul în care în organism există o cantitate excesivă de hormon paratiroidian, nivelul calciului creşte şi concentraţia fosforului scade.

Fosforul, ca şi calciul, este un mineral esenţial funcţionării organismului şi este, în mod special important în dezvoltarea oaselor şi a dinţilor.

În majoritatea cazurilor, cauza hiperparatiroidismului este o tumoră benignă (necanceroasă) a uneia dintre glandele paratiroide. În unele cazuri, toate cele 4 glande se măresc şi produc hormoni în exces. Cancerul glandelor paratiroide este foarte rar.

Femeile prezintă o probabilitate de 2 ori mai mare decât bărbaţii de a face un hiperparatiroidism. Afecţiunea este asociată sindromului de neoplazie endocrină multiplă (MEN) tip 1, care este o afecţiune ereditară rară.

La început, hiperparatiroidismul poate fi asimptomatic, cu excepţia cazurilor în care apar dureri datorate calculilor renali. Simptomele pot să nu apară timp de mai mulţi ani.

Diagnostic

Aproape 50% dintre cei cu hiperparatiroidism sunt asimptomatici. Adeseori diagnosticul se pune atunci când se depistează un nivel anormal de mare de calciu prin intermediul unei analize obişnuite de sânge sau făcută din alte motive.

Prezenţa unei cantităţi mici de fosfor sangvin poate fi, de asemenea, un indicator al faptului că aţi putea avea boala. Măsurarea directă a nivelului de hormon paratiroidian în sânge confirmă diagnosticul.

Medicul dumneavoastră poate cere o ecografie sau o altă investigaţie imagistică a regiunii tiroidiene pentru a căuta tumori localizate la nivelul glandelor paratiroide.

Tratament

În cazul unora dintre cei cu hiperparatiroidism, nu este necesar nici un tratament. Este posibil ca medicul doar să vă supravegheze afecţiunea. Acesta vă va cere în mod periodic teste imagistice ale rinichilor datorită riscului crescut de apariţie a calculilor renali şi măsurarea densităţii minerale osoase pentru a evalua starea oaselor, care sunt în pericol de a se subţia în cazul în care aveţi această afecţiune.

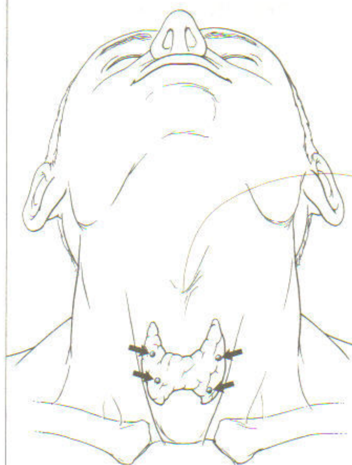
În cazul în care nivelul calciului este foarte mare sau există dovezi ale afectării osoase sau a prezenţei calculilor renali, atunci aveţi nevoie de tratament. Acesta este reprezentat de îndepărtarea chirurgicală a tumorii sau a glandelor care produc în exces hormon paratiroidian. Există tipuri speciale de tomografie care pot localiza în mod exact tumora, permiţând chirurgului să o îndepărteze cu ajutorul unei intervenţii chirurgicale minime.

Hipoparatiroidismul

Semne şi simptome

- Spasme musculare sau tremurături, în special la nivelul mâinilor, picioarelor, feţei sau gâtului.
- Dificultăţi de respiraţie.
- Piele uscată.
- Infecţii fungice.
- La copii, vomă, convulsii şi dureri de cap.

Atunci când glandele paratiroide produc o cantitate prea mică de hormon, afecţiunea care apare se numeşte hipoparatiroidism.



Localizate pe glanda tiroidă, micile glande paratiroide produc un hormon care controlează niveul calciului în sânge.

Hipoparatiroidismul este mult mai rar decât hiperparatiroidismul.

În lipsa unei cantităţi suficiente de hormon paratiroidian circulant în organism, nivelul calciului din sânge scade sub nivelurile normale şi cantitatea de fosfor creşte. O cantitate prea mică de calciu în sânge poate fi cauza unor probleme variate, dar în special a spasmelor şi crampelor musculare.

Spasmele musculare asociate hipoparatiroidismului pot fi neplăcute sau dureroase, iar dificultăţile de respiraţie pot fi rezultatul spasmelor muşchilor care vă controlează corzile vocale. În cazul în care nivelul calciului a fost foarte scăzut timp de mai mulţi ani, pot apărea cataracta şi convulsiile.

Există 2 tipuri de hipoparatiroidism. Unul este denumit hipoparatiroidism primar. Cauza acestuia este necunoscută, dar afecţiunea poate fi asociată unei susceptibilităţi crescute de a face infecţii fungice, insuficienţei ovariene sau a glandelor suprarenale. Copiii sunt afectaţi mai frecvent decât adulţii. Al doilea tip apare atunci când glandele paratiroide sunt distruse în timpul unei intervenţii chirurgicale la nivelul gâtului.

Diagnostic

Descoperirea cheie în hipoparatiroidism este un nivel anormal de scăzut al calciului în sânge (hipocalcemie) şi un nivel anormal de mare al fosforului, precum şi un nivel anormal de mic al hormonului paratiroidian.

Tratament

Pentru a vă trata afecţiunea, medicul vă poate prescrie suplimente de vitamina D şi calciu. În cazul în care spasmele musculare sunt foarte severe, vi se poate administra calciu intravenos (iv) ceea ce vă va ameliora imediat, dar temporar, simptomele.

Probabil că va trebuie să luaţi suplimente de calciu şi vitamina D tot restul vieţii, în cantităţi mult mai mari decât cele recomandate într-o dietă obişnuită.

În plus, deorece nivelurile de calciu trebuie monitorizate cu atenţie, medicul va stabili o schemă de analize regulate de sânge.

Afecţiunile glandelor suprarenale

Glandele suprarenale sunt localizate în partea superioară a rinichilor. Fiecare glandă este aproximativ de mărimea vârfului degetului mare de la mână şi are forma unui bumerang. Glandele suprarenale au două porţiuni: zona internă, denumită medulosuprarenala, şi stratul extern, denumit corticosuprarenala.

Medulosuprarenala produce hormonii denumiţi catecolamine. Cei mai importanţi dintre ei sunt adrenalina (epinefrina) şi noradrenalina (norepinefrina). Stresurile fizice şi emoţionale declanşează în mod obişnuit eliberarea acestora. Atunci când sunt eliberate în sânge, catecolaminele vă cresc frecvenţa cardiacă şi tensiunea arterială şi influenţează multe alte funcţii ale organismului.

Corticosuprarenala produce hormonii denumiţi corticosteroizi. Producţia acestor hormoni este controlată de o zonă a creierului denumită hipotalamus şi de către glanda hipofiză.

Există 3 grupe de corticosteroizi:

Hormonii sexuali

Hormonii sexuali cuprind hormonii androgeni masculini şi estrogenii feminini, care influenţează dezvoltarea sexuală şi reproducerea. Hormonii sexuali sunt produşi în cantitate mare în testicule şi ovare.

Glucocorticoizii

Familia hormonilor cortizolici (glucocorticoizii) influenţează transformarea alimentelor derivate din amidon în glicogen, o formă de depozitare a zahărului sangvin. Un glucocorticoid important este cortizolul , care are multe funcţii. Printre alte roluri, el ajută la reglarea sistemului imun, menţinerea unei tensiuni arteriale adecvate şi a unui volum sangvin corect şi ajută organismul să se descurce în cazul stresului fizic.

Mineralocorticoizii

Mineralocorticoizii sunt corticosteroizi care controlează conţinutul organismului în sodiu şi potasiu. Aldosteronul este membrul principal al acestui grup.

Spre deosebire de alţi corticosteroizi – a căror secreţie este controlată prin intermediul hormonului adrenocorticotrop hipofizar (ACTH) – aldosteronul este, în principal, controlat de către hormonul denumit renină. Renina este produsă de către rinichi.

Hormonii produşi de glanda suprarenală influenţează, într-un anume grad, aproape fiecare sistem al organismului. Efectele lor sunt complexe, iar unele dintre acţiuni se suprapun. Atunci când apar probleme în cadrul acestui sistem intricat, pot apărea afecţiuni grave.

Boala Addison

Semne şi simptome

- Slăbiciune şi letargie.
- Scădere în greutate şi diminuarea apetitului.
- Închiderea la culoare a pielii.
- Senzaţie de ameţeală atunci când staţi în picioare.
- Dureri abdominale însoţite de diaree, greaţă şi vomă.
- Scăderea interesului sexual.
- Dureri musculare şi articulare.
- Febră persistentă.
- Tendinţa de a mânca sărat.

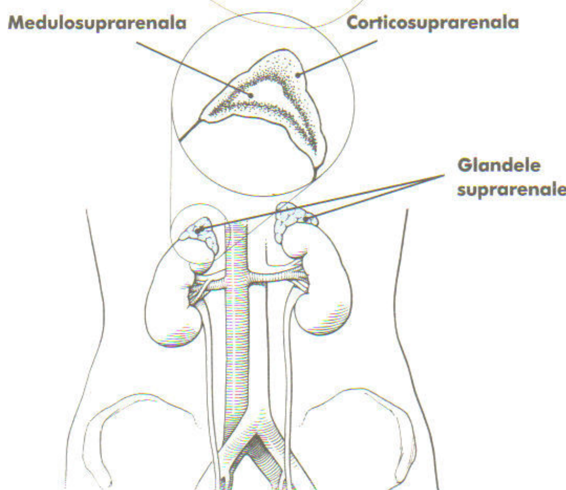
Semne şi simptome de urgenţă

- Diaree şi vomă severe.
- Deshidratare.
- Şoc.
- Pierderea conştienţei.

Boala Addison este denumită aşa după numele fizicianului englez din secolul al IX-lea, Thomas Addison, care a descris-o prima dată. Afecţiunea apare atunci când porţiunea exterioară (corticala) a glandei suprarenale nu mai reuşeşte să producă suficienţi hormoni steroidieni.

Boala Addison este cel mai adesea rezultatul unei afecţiuni autoimune, o situaţie în care propriul sistem imun atacă organismul. Alte cauze ale afecţiunii mai pot fi infecţiile glandei suprarenale, răspândirea unui cancer la nivelul acestor glande sau o hemoragie apărută în interiorul lor. Boala poate apărea la orice vârstă, inclusiv în copilărie, ea apărând cu frecvenţă egală la femei şi la bărbaţi.

Semnele şi simptomele bolii Addison apar în general lent, probabil pe parcursul mai multor luni, dar pot apărea şi brusc. În cazul insuficienţei suprarenale acute (criza addisoniană), semnele şi simptomele cuprind în mod obişnuit diaree severă, vomă, deshidratare, şoc şi pierderea conştienţei.



Glandele suprarenale sunt localizate chiar deasupra rinichilor. Ele produc hormoni corticosteroizi şi catecolamine. Catecolaminele cuprind adrenalina şi noradrenalina.

Diagnostic

În cazul în care medicul dumneavoastră presupune că aveţi boala Addison, probabil că va cere teste de urină şi de sânge care să măsoare cantitatea de hormoni corticosteroizi. Pentru a confirma diagnosticul, medicul ar putea măsura răspunsul organismului la hormonul stimulator al glandei suprarenale (ACTH), care este secretat de către glanda hipofiză. În cadrul acestui test, vi se va injecta ACTH sintetic şi vi se va măsura cantitatea de hormoni eliberată de către glanda suprarenală. În cazul în care suprarenala este afectată, răspunsul este insuficient sau inexistent.

Tratament

Internarea în spital este esenţială în cazul insificienţei suprarenale acute, care poate fi provocată de stresul fizic, infecţii, leziuni, vomă, diaree sau administrarea de medicamente diuretice. Insuficienţa corticosuprarenală este o afecţiune care poate ameninţa viaţa şi care necesită îngrijire medicală urgentă, care constă în administrarea intravenoasă de soluţii saline şi hormoni steroizi. Tratamentul bolii Addison poate atenua simptomele şi vă poate permite să duceţi o viaţă normală.

Tratament medicamentos

Deoarece organismul nu mai poate produce suficienţi hormoni corticosteroizi, medicul v-ar putea prescrie unul sau mai mulţi hormoni pentru a compensa acest deficit. Acest tratament de substituţie ar putea fi reprezentat de hidrocortizon sau prednison care să înlocuiască cortizolul.

Un al doilea medicament, fludrocortizonul, este utilizat pentru a înlocui aldosteronul. Aldosteronul controlează nevoile organismului în sodiu şi potasiu şi menţine tensiunea arterială în limite normale.

Trebuie să luaţi hormonii zilnic, în cantităţi care să le mimeze pe cele pe care le-ar produce în mod normal organismul dumneavoastră, acest lucru minimalizând apariţia efectelor secundare. În cazul în care sunteţi supus unei situaţii stresante, cum ar fi o intervenţie chirurgicală, o infecţie sau un alt tip de boală, medicul v-ar putea creşte în mod temporar dozele de medicament. În cazul în care nu luaţi hormonii cum vi s-au recomandat, aţi putea prezenta riscul de a face o insuficienţă suprarenală acută.

Este foarte important să purtaţi în permanenţă o cartelă medicală de avertizare sau o brăţară în cazul în care faceţi tratament cu hormoni corticosteroizi pentru boala Addison. Atunci când călătoriţi este, de asemenea, important să transportaţi cu dumneavoastră un set de urgenţă care să cuprindă un ac, o seringă şi o formă injectabilă de medicament corticosteroid.

Suplimentele de sodiu

O dietă săracă în sare poate declanşa simptomele unei insuficienţe corticosuprarenale acute. În cazul în care aveţi boala Addison, este important să consumaţi zilnic cantităţi adecvate de sodiu.

Hiperplazia suprarenală congenitală

Semne şi simptome

- În cazul nou-născuţilor de sex masculin, mărirea în dimensiune a penisului.
- În cazul nou-născuţilor de sex feminin, mărirea de volum a clitorisului.
- Insuficienţă corticosuprarenală acută (uneori).
- Hipertensiune arterială (rar).
- Creştere accelerată în prima copilărie, care se opreşte precoce, ceea ce are drept rezultat o statură mică.

Afecţiunea este cea mai frecventă boală a glandelor suprarenale care apare la nou-născuţi şi copii. Este rezultatul unei anomalii genetice care duce la apariţia unui deficit enzimatic ce va face ca glandele suprarenale să producă un tip anormal de hormoni steroidieni. Unele femei pot avea doar un deficit enzimatic parţial sau uşor. Ele se dezvoltă normal în copilărie, dar ca tinere adulte pot avea probleme determinate de apariţia excesivă a părului pe corp (hirsutism), neregularităţi menstruale şi infertilitate.

Diagnostic

Atunci când se bănuieşte diagnosticul de hiperplazie suprarenală congenitală, medicul poate cere analize de sânge sau urină care să măsoare nivelurile de hormoni produse de glanda suprarenală.

Tratament

O dată diagnosticată, afecţiunea poate fi în general tratată medical. În majoritatea cazurilor, tratamentul este reprezentat de administrarea zilnică a medicamentelor corticosteroidiene pe cale orală. În unele cazuri se pot scoate ambele glande suprarenale, ceea ce permite un tratament cu doze mai mici de corticosteroizi.

Principalul risc pe termen lung este reprezentat de efectele adverse determinate de medicamente, astfel încât medicul trebuie să monitorizeze cu atenţie la pacienţii tineri dezvoltarea scheletului şi alte caracteristici ale creşterii.

Sindromul Cushing

Semne şi simptome

- Subţierea pielii cu apariţia facilă de vânătăi, vindecare întârziată a rănilor şi vergeturi.
- Obezitate localizată predominant la nivelul trunchiului.
- O cocoaşă localizată între umeri (ceafă de bizon).
- Rotunjirea feţei şi îngroşarea gâtului.
- Slăbiciune şi topire musculară.
- Astenie.
- Faţă de culoare roşie.
- Osteoporoză.
- Diabet.
- Hipertensiune arterială.
- Edeme.
- În cazul bărbaţilor, disfuncţie erectilă.
- La femei, lipsa ciclurilor menstruale.
- Creşterea părului în exces pe corp.
- Depresie.

Sindromul Cushing este uneori denumit hipercorticism. El apare atunci când există un exces de cortizol în sânge. Sindromul a fost denumit după Harvey Cushing, un tânăr chirurg american de la începutul secolului al XX-lea, care a fost primul care a descris afecţiunea.

Folosirea îndelungată a medicamentelor steroidiene pentru a trata o altă afecţiune poate determina apariţia sindromului Cushing. Suplimentar, sindromul poate apărea datorită unei supraproducţii de cortizol de către glandele suprarenale.

O tumoră la nivelul unei glande suprarenale, mărirea de volum a ambelor glande sau o tumoră pulmonară sau localizată în altă

Depistarea tumorilor suprarenale

Majoritatea tumorilor glandelor suprarenale sunt descoperite întâmplător, în timpul unor investigaţii imagistice făcute din alte motive. De exemplu, probabil că v-aţi dus la medic din cauza unor dureri abdominale. S-a făcut o ecografie sau o tomografie computerizată a abdomenului şi medicul a descoperit o masă la nivelul uneia dintre glandele dumneavoastră suprarenale. În mod tipic, această tumoră este mică şi nu are nimic de-a face cu ceea ce este adevărata cauză a simptomelor.

O tumoră suprarenală descoperită în acest mod este uneori denumită incidentalom suprarenal – ceea ce înseamnă că este descoperită accidental, în absenţa simptomelor unei afecţiuni suprarenale. În ultimii 20 de ani, apariţia unor aparate din ce în ce mai sensibile a dus la creşterea frecvenţei cu care sunt descoperite aceste tumori.

O dată ce este descoperită o tumoră suprarenală, următorul pas este de a determina dacă este canceroasă. Se pot face o tomografie computerizată sau o rezonanţă magnetică nucleară (RMN) la nivelul masei descoperite pentru a-i determina caracteristicile, precum dimensiunea sau densitatea, ce pot ajuta la determinarea faptului dacă tumora este canceroasă (malignă). Majoritatea tumorilor suprarenale sunt necanceroase (benigne). În cazul în care tumora pare benignă, probabil că medicul dumneavoastră o va monitoriza la intervale regulate de timp pentru a depista orice modificări ale dimensiunii. Se poate recomanda intervenţia chirurgicală în cazul în care tumora este mare sau continuă să crească.

De asemenea, medicul va dori să afle dacă tumora produce hormoni în exces. Va trebui probabil să faceţi teste de urină şi de sânge pentru depistarea concentraţiilor hormonale anormal de mari sau de mici şi pentru a verifica nivelul electroliţilor. Electroliţii sunt sărurile din sânge care sunt reglate de către hormoni.

parte pot produce un hormon care să stimuleze glanda suprarenală şi să determine această supraproducţie. Forma de boală determinată de o tumoră a glandei hipofize se numeşte boală Cushing. Ea apare de cinci ori mai frecvent la femei decât la bărbaţi.

În cazul în care aveţi un sindrom Cushing, prezentaţi un risc crescut de a face un atac de cord sau un accident vascular cerebral, deoarece afecţiunea poate accelera formarea depozitelor grase (plăci) la nivelul arterelor (ateroscleroză). Subţierea oaselor (osteoporoza) şi fracturile sunt, de asemenea, frecvente, la fel ca şi alterarea capacităţii de a rezista sau lupta cu infecţiile. Lăsat netratat, sindromul Cushing poate fi fatal.

Diagnostic

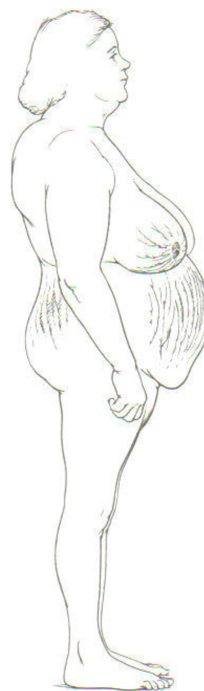
Faţa rotundă, roşie şi depunerea în exces a ţesutului adipos deasupra claviculelor şi între umeri sunt indicii fizice preţioase care duc cu gândul la sindromul Cushing. Un alt semn comun este apariţia cu uşurinţă a vânătăilor pe mâini şi picioare.

Sindromul Cushing este în general diagnosticat prin măsurarea nivelurilor hormonale din sânge şi urină, adeseori înainte şi după administrarea unui hormon sintetic. Rezonanţa magnetică nucleară (RMN) sau tomografia computerizată (CT) la nivelul hipofizei, glandelor suprarenale sau plămânilor poate ajuta la depistarea prezenţei unei tumori. Poate fi uneori necesară şi recoltarea de analize direct din venele care drenează glanda hipofiză.

Tratament

Tratamentul depinde de cauza excesului de cortizol. Dacă semnele şi simptomele dumneavoastră sunt datorate administrării de medicamente corticosteroide, tratamentul constă în oprirea lor sau în scăderea dozei. Oprirea bruscă a tratamentului corticosteroid poate afecta afecţiunea de bază, cum ar fi astmul sau artrita. Probabil că medicul va recomanda reducerea gradată a dozelor de medicament.

În unele cazuri, poate fi utilizat un alt medicament care să înlocuiască medicamentul corticosteroidian prescris iniţial. Timp de până la un an după întreruperea tratamentului corticosteroidian, stresul fizic dat de un accident, infecţie sau intervenţie chirurgicală poate avea drept rezultat apariţia unei periculoase insuficienţe de secreţie a hormonilor suprarenali, care necesită administrarea unui tratament de urgenţă.



În cazul în care sindromul Cushing este lăsat netratat, poate determina rotunjirea feţei, apariţia obezităţii abdominale, la nivelul spatelui apare o cocoaşă caracteristcă, iar la nivelul pielii apar vergeturi roz sau roşii.

În cazul unui sindrom Cushing determinat de o tumoră la nivelul glandei hipofize, suprarenalelor sau plămânilor, îndepărtarea tumorii este adeseori cel mai bun tratament. Tehnicile chirurgicale continuă să evolueze. Cele mai noi necesită incizii mai mici, care au drept rezultat o perioadă de spitalizare mai scurtă şi, în general, produc mai puţine dureri şi complicaţii. Îndepărtarea cu succes a tumorii este foarte probabil să aibă drept consecinţă vindecarea completă, deşi poate fi uneori necesară terapia de substituţie hormonală pe termen lung.

În cazul în care intervenţia chirurgicală nu este posibilă sau nu este încununată de succes, alte variante de tratament sunt radioterapia şi

medicamentele care blochează producţia de hormoni suprarenali. În cazul în care tratamentul face suprarenala incapabilă să mai producă hormonii de care organismul are nevoie, va fi necesar un tratament care să înlocuiască hormonii care lipsesc.

Feocromocitomul

Semne şi simptome

- Hipertensiune arterială.
- Transpiraţie excesivă.
- Creşterea frecvenţei cardiace sau palpitaţii.
- Dureri de cap.
- Paloare.

Feocromocitomul este o tumoră rară, care ia naştere de la nivelul zonei interne (medularei) glandei suprarenale şi care produce cantităţi mari din hormonii adrenalină (epinefrină) şi noradrenalină (norepinefrină). Cei care moştenesc o afecţiune rară denumită neoplazie endocrină multiplă (MEN) tip 2, adeseori fac un feocromocitom. Hipertensiunea arterială poate fi constantă sau poate apărea în episoade asociate cu transpiraţii, dureri de cap, paloare, creşterea frecvenţei cardiace sau palpitaţii.

Aproximativ 10% dintre feocromocitoame sunt canceroase (maligne). Tumorile se pot asocia unor tumori maligne ale altor glande endocrine, cum ar fi tiroida (carcinom medular tiroidian). Feocromocitomul poate ameninţa viaţa în cazul în care este netratat. El poate elibera în sânge niveluri periculos de mari de adrenalină, ca urmare a unei agresiuni sau după o intervenţie chirurgicală.

Diagnostic

Feocromocitomul este foarte puternic sugerat în cazul în care unele analize de sânge sau de urină arată niveluri crescute ale epinefrinei sau norepinefrinei sau a produşilor lor de metabolizare (metanefrine). Sunt necesare teste suplimentare, imagistice, cum sunt tomografia computerizată (CT), rezonanţa magnetică nucleară (RMN) sau tehnicile de localizare radioizotopice, care să depisteze sediul tumorii.

Acest ultim tip de analiză imagistică implică injectarea unei substanţe radioactive. Trebuie să aşteptaţi ca substanţa să ajungă şi să se concentreze în organul ţintă - în acest caz, glanda suprarenală. Apoi, deasupra corpului, se plasează o cameră care să detecteze razele gamma eliberate de substanţa radioactivă. Zonele afectate eliberează în general cantităţi anormale de radiaţii.

Tratament

Tratamentul obişnuit este îndepărtarea în totalitate a glandei şi în cele mai multe cazuri, semnele şi simptomele dispar. Înainte de intervenţia chirurgicală, medicul vă va prescrie medicamente care să blocheze efectele hormonilor medulosuprarenali şi să controleze tensiunea arterială.

Hiperaldosteronismul primar

Semne şi simptome

- Hipertensiune arterială.
- Slăbiciune şi crampe musculare.
- Ocazional, creşterea frecvenţei micţiunilor şi sete.

Hiperaldosteronismul primar este un sindrom caracterizat prin producţia în exces a hormonului denumit aldosteron, de la nivelul zonei exterioare (cortexul) glandei suprarenale. Afecţiunea face ca organismul dumneavoastră să reţină o cantitate mare de sodiu şi apă, şi să piardă potasiu, ceea ce are drept rezultat hipertensiune arterială şi scăderea nivelului sangvin de potasiu. Producţia excesivă de aldosteron poate fi rezultatul unei tumori necanceroase (benigne) la nivelul uneia dintre glandele suprarenale (adenom care produce aldosteron) sau supraproducţiei de la nivelul ambelor glande (hiperaldosteronism idiopatic). Foarte rar, pot exista forme dobândite de boală şi tumori suprarenale canceroase (maligne).

Diagnostic

Asocierea hipertensiunii arteriale şi a nivelului scăzut de potasiu pot fi indicii cheie pentru diagnosticul afecţiunii. Acesta poate fi confirmat prin teste suplimentare de sânge şi urină, care să indice nivelurile ridicate de aldosteron. Cauza care stă la baza afecţiunii poate fi depistată prin tomografie computerizată (CT) la nivelul glandelor suprarenale şi, uneori, prin măsurarea hormonului din sângele recoltat direct din venele care drenează glandele.

Hirsutismul

În cazul unora dintre femei, este posibil ca părul să înceapă să crească pe faţă, piept, abdomen şi în alte zone în care în mod obişnuit doar bărbaţii au. Această apariţie excesivă de păr, denumită hirsutism, poate fi rezultatul administrării unor medicamente cum este fenitoina (Dilantin), folosită în tratamentul unor tipuri de convulsii sau a unor medicamente administrate pentru controlul tensiunii arteriale. Anumite afecţiuni ale glandelor suprarenale şi ovarelor pot fi, şi ele, cauza hirsutismului.

În cazul în care medicul nu poate găsi o explicaţie pentru creşterea anormală a părului, afecţiunea este denumită hirsutism idiopatic – exces de păr de cauză necunoscută. Femeile cu hirsutism idiopatic pot prezenta o uşoară creştere a sensibilităţii la sau a producţiei de hormoni androgeni. Aceştia sunt hormoni masculini, dar care sunt secretaţi în mod normal şi de femei. Afecţiunea nu pune sănătatea în pericol, dar este adeseori o preocupare cosmetică.

Nici un medicament care se poate administra pe cale orală nu a fost aprobat special pentru tratamentul părului în exces, dar unele pot fi eficiente pentru atenuarea nivelurilor de androgeni şi controlarea hirsutismului. Acestea cuprind corticosteroizii, diureticul spironolactonă şi anticoncepţionalele orale care cuprind estrogeni şi progestative. Există o cremă care se poate elibera din farmacie cu reţetă (eflornitina), care aplicată de 2 ori pe zi poate încetini creşterea părului facial.

Reţineţi, totuşi, că acestea sunt medicamente puternice care pot avea efecte adverse. În plus, ele nu sunt eficiente pentru toată lumea şi poate dura mai multe luni până să se vadă un efect. Alte metode pentru a controla creşterea nedorită a părului pe corp, cum ar fi îndepărtarea părului cu laser, ar putea fi preferabile.

Tratament

Principala preocupare pe care o ridică această afecţiune este datorată creşterii tensiunii arteriale. Nivelurile foarte scăzute de potasiu în sânge pot determina slăbiciune musculară, crampe, astenie şi probleme cardiace grave.

În cazul în care se găseşte tumora la nivelul uneia dintre glandele suprarenale, îndepărtarea ei pe cale chirurgicală ameliorează, de obicei, tensiunea arterială şi normalizează nivelurile hormonale şi de potasiu. Unele persoane pot continua să aibă nevoie de tratament pentru controlul hipertensiunii arteriale. În cazul hiperaldosteronismului idiopatic, medicul v-ar putea recomanda un medicament care să blocheze efectele aldosteronului. Medicamentul ar putea fi şi o alternativă a intervenţiei chirurgicale în cazul bolii determinate de o tumoră.

Altele

Rareori, tumorile suprarenale pot produce hormoni sexuali caracteristici sexului opus. În cazul bărbaţilor, pot apărea disfuncţie erectilă şi mărirea de volum a sânilor. În cazul femeilor, pot apărea creşterea anormală a părului pe corp, tulburări de ciclu menstrual şi îngroşarea vocii.

Cancerele corticosuprarenalei sunt foarte rare dar, de obicei, sunt foarte agresive. Ele pot produce oricare dintre hormonii suprarenali. Unele, totuşi, nu produc hormoni.

Mai multe alte afecţiuni pot determina creşterea în dimensiune a glandelor suprarenale, acestea cuprinzând lipoame, infecţii sau întinderea cancerului cu origine în alte zone ale corpului (metastaze).

Afecţiunile glandelor sexuale

Glandele sexuale sunt testiculele la bărbaţi şi ovarele la femei. Aceste organe, denumite şi gonade, produc spermatozoizii şi, respectiv, ovulele. De asemenea, produc hormoni care controlează caracterele sexuale secundare, cum ar fi părul facial şi sânii, care determină diferenţele dintre femei şi bărbaţi. Hormonii sexuali joacă un rol important în procesul de reproducere.

Atât femeile cât şi bărbaţii produc hormoni sexuali masculini (androgeni) şi hormoni sexuali feminini (estrogeni şi progesteron), dar androgenii predomină la bărbaţi, iar estrogenii şi progesteronul predomină la femei. Afecţiunile glandelor sexuale pot avea drept rezultat boli grave care afectează caracteristicile sexuale secundare.

Afecţiunile glandelor sexuale masculine

Testosteronul este cel mai important dintre hormonii sexuali masculini (androgeni). Testosteronul este necesar, în timpul dezvoltării fetale, pentru formarea organelor genitale masculine. În timpul pubertăţii, este necesar pentru dezvoltarea caracteristicilor fizice masculine, iar la bărbatul adult, hormonul menţine masa şi forţa musculară, distribuţia grăsimii, masa osoasă, producţia de spermatozoizi, apetitul sexual şi potenţa.

Deficitul sau dezechilibrul dintre testosteron şi alţi hormoni sexuali poate afecta dezvoltarea sexuală, caracteristicile sexuale şi fertilitatea.

Pubertatea anormală

În mod normal, la băieţi, pubertatea începe între 9 şi 14 ani, adeseori în jurul vârstei de 12 ani. Caracteristicile fundamentale ale pubertăţii la băieţi cuprind:

- Creşterea testiculelor şi a penisului.
- Apariţi părului pubian şi axilar.
- Îngroşarea vocii.
- Accelerarea creşterii.
- Creşterea masei musculare.
- Părul facial.

Afecţiunile legate de pubertate cuprind pubertatea întârziată, pubertatea prematură (precoce) şi pubertatea incompletă sau absentă. Pubertatea întârziată este afecţiunea cea mai frecventă. La majoritatea copiilor, pubertatea întârziată este doar o variantă a unui proces normal şi nu are o cauză specifică. În aceste cazuri, pubertatea doar apare mai târziu şi copilul devine un adult normal. Atât pubertatea precoce, cât şi cea întârziată pot fi o caracteristică familială.

Uneori, pubertatea anormală se datorează unei afecţiuni medicale. Pubertatea întârziată poate fi rezultatul unor afecţiuni cum sunt hipopituitarismul, anomaliile genetice, hipogonadismul şi unele afecţiuni îndelungate cum sunt astmul şi afecţiunile renale. Pubertatea poate fi, de asemenea, întârziată la copiii care sunt implicaţi în atletismul de performanţă sau fac sport în mod excesiv, care au o tulburare de comportament alimentar, care sunt malnutriţi sau care au fost supuşi tratamentului chimioterapic sau radioterapiei.

În mod caracteristic, pubertatea precoce este determinată de anomalii care fac ca hipotalamusul şi hipofiza să înceapă mai devreme modificările care declanşează pubertatea. Motivele pentru această declanşare precoce – care poate apărea cu câţiva ani mai devreme decât normal – sunt de obicei necunoscute. Dar ele pot fi determinate şi de tumori ale creierului, testiculelor şi glandelor suprarenale.

Alte cauze cuprind hiperplazia suprarenală congenitală (vezi pag. 1047) sau hipotiroidia severă. Pubertatea precoce poate avea drept rezultat o statură mică la vârsta de adult.

Băieţii al căror penis şi testicule nu s-au dezvoltat complet la 5 ani după începutul dezvoltării sau care nu prezintă nici un fel de dezvoltare testiculară până la vârsta de 14 ani, pot avea o pubertate întârziată. Pe de altă parte, pubertatea poate fi precoce în cazul în care băiatul prezintă o creştere a volumui testicular şi a lungimii penisului înaintea vârstei de 9 ani.

Diagnostic

Pentru a evalua cauzele posibile ale unei pubertăţi anormale, duceţi copilul la un examen medical. Medicul poate cere unele analize, care cuprind:

- Măsurarea nivelurilor sangvine ale hormonilor.
- Radiografia încheieturii mâinii pentru a vedea dacă vârsta osoasă este normală.
- O tomografie computerizată (CT) sau o rezonanţă magnetică nucleară (RMN) a capului pentru a căuta o tumoră sau o leziune a creierului.
- Studii genetice.

Tratament

Tratamentul depinde de cauză. Uneori, cauza nu poate fi descoperită chiar după mai multe teste. Se poate administra terapia de substituţie hormonală pentru a demara dezvoltarea caracteristicilor sexuale secundare. Există anumite tipuri de tratamente hormonale disponibile pentru unele tipuri de pubertate prematură.

Uneori, copiii cu probleme de pubertate au nevoie de ajutor pentru a face faţă fie faptului că sunt mai dezvoltaţi din punct de vedere sexual, fie că sunt rămaşi în urmă în comparaţie cu cei de vârsta lor. Sfaturile psihologice pot fi utile. Dacă credeţi că fiul dumneavoastră ar putea beneficia de un ajutor psihologic, vorbiţi-i de acest lucru medicului.

Ginecomastia

Ginecomastia este denumirea dată creşterii sânilor la bărbaţi. Este frecventă în cursul pubertăţii. Aproape 2/3 dintre băieţi prezintă, pe parcursul acestei perioade, sâni dureroşi la atingere şi de dimensiune crescută. Ginecomastia apare ca rezultat al modificărilor hormonale – alterării echilibrului în raportul dintre estrogeni şi progesteron, care poate apărea în mod normal la pubertate sau ca parte a procesului de îmbătrânire.

Este normal ca nou-născuţii de sex masculin să aibă sâni mai mari datorită expunerii la estrogenii materni. Această modificare dispare în mod tipic la scurt timp după naştere. În cazul bărbaţilor adulţi, cea mai frecventă cauză a ginecomastiei este hipogonadismul. Ea poate, de asemenea, apărea ca rezultat al consumului de alcool sau unor medicamente şi droguri, cum ar fi marijuana, amfetaminele şi heroina. Afecţiunile hepatice cronice, hipertiroidismul şi unele tumori endocrine rare pot face ca sânii să se mărească de volum, dar la fel poate face şi cancerul de sân, care este însă rar la bărbaţi.

Unii bărbaţi şi băieţi au ţesut gras pe piept care îi face să pară că au sâni. Nu e acelaşi lucru cu ginecomastia.

Tratamentul

Dacă aveţi sau nu nevoie de tratament pentru ginecomastie depinde de vârsta dumneavoastră şi de ceea ce află medicul din istoricul dumneavoastră medical şi din analizele făcute. În cazul adolescenţilor, mărirea sânilor dispare de obicei de la sine în 2-3 ani şi nu este necesar nici un tratament. Băieţii mai mici sau adulţii cu ginecomastie ar trebui de obicei evaluaţi pentru a depista cauza.

Tratamentul este necesar în cazul în care mărirea sânilor este determinată de o boală sau de o tumoră. În cazul bărbaţilor cu deficit de testosteron, substituţia hormonală produce o ameliorare spectaculoasă. Rareori este necesară îndepărtarea chirurgicală a ţesutului mamar în exces. Dacă sunteţi îngrijorat că ar putea fi cancer, aţi putea face o mamografie şi ar putea fi recoltată o mică mostră de ţesut (biopsie), care va fi apoi analizată în laborator.

Hipogonadismul

Hipogonadismul masculin, uneori denumit deficit de testosteron, este rezultatul unei incapacităţi a testiculelor de a produce testosteron, spermatozoizi sau ambele. Hipogonadismul poate apărea la orice vârstă, uneori chiar înainte de naştere. Sunt afectaţi aproximativ 1 din 500 de băieţi şi bărbaţi.

Cele două tipuri fundamentale de hipogonadism masculin sunt insuficienţa testiculară primară, determinată de o anomalie testiculară, şi insuficienţa testiculară secundară, care este rezultatul unei probleme la nivelul hipotalamusului sau a glandei hipofize. În insuficienţa testiculară secundară, testiculele sunt normale, dar ele funcţionează anormal datorită unei lipse de stimulare din partea hormonilor hipofizari.

Ambele forme de hipogonadism masculin pot avea multe cauze. Este importantă stabilirea celei exacte, pentru a putea fi prescris tratamentul adecvat. Cauzele frecvente de hipogonadism masculin primar cuprind:

- Sindromul Klinefelter, o anomalie congenitală la nivelul cromozomilor sexuali.
- Testiculele necoborâte.
- Prea mult fier în sânge.
- O leziune a testiculelor.
- Oreion.
- Antecedente de hernie operată.
- Tratamentul cancerului prin chimioterapie sau radioterapie.

Cauzele hipogonadismului secundar cuprind:

- Sindromul Kallmann, o afecţiune hipotalamică.
- Tumorile hipofizare.
- Alte afecţiuni ale hipofizei.
- Medicamente, inclusiv unele medicamente psihiatrice.
- Îmbătrânirea normală.

Efectele hipogonadismului masculin sunt determinate în primul rând de stadiul din viaţă în care apar. În timpul dezvoltării fetale, hipogonadismul poate afecta dezvoltarea organelor sexuale externe, ceea ce duce la o afecţiune denumită intersexualitate, în care sexul nou-născutului nu este clar prin simpla examinare fizică.

Atunci când hipogonadismul apare în timpul pubertăţii, poate încetini creşterea şi altera dezvoltarea multor caractere sexuale secundare. Un băiat care are această afecţiune ar putea să nu dezvolte o masă musculară mai mare, o voce mai groasă sau păr pe corp. Penisul şi testiculele ar putea să nu crească. Modificarea dezvoltării scheletului poate duce la apariţia unor mâini şi picioare anormal de lungi, disproporţionate de înălţimea corpului.

La adulţi, hipogonadismul poate determina disfuncţie erectilă şi infertilitate. De asemenea, poate duce la diminuarea părului facial şi de pe corp, subţierea pielii, dezvoltarea sânilor (ginecomastie) şi diminuarea masei osoase. Suplimentar, hipogonadismul poate fi acompaniat de modificări mentale şi emoţionale, cum sunt modificările de dispoziţie, iritabilitatea, diminuarea apetitului sexual şi depresia.

Diagnostic

Diagnosticul şi tratamentul precoce pot fi utile în cazul băieţilor pentru prevenirea pubertăţii întârziate şi în cazul adulţilor pentru prevenirea osteoporozei şi a altor riscuri legate de hipogonadismul netratat.

Diagnosticul hipogonadismului este bazat pe simptome şi pe rezultatele analizelor de laborator care măsoară nivelurile de testosteron. Trebuie făcute studii suplimentare pentru determinarea cauzei. Acestea pot cuprinde determinări hormonale, analiza spermei, imagerie hipofizară, studii genetice şi biopsie testiculară.

Tratament

Tratamentul depinde de cauză. Administrarea testosteronului pe cale injectabilă, prin plasturi sau gel, este eficientă pentru restaurarea nivelurilor normale de testosteron. La băieți, acest tratament poate stimula pubertatea. Nu există nici un tratament eficient care să refacă producția de spermatozoizi, în cazul în care aveți hipogonadism primar. În cazul în care afecțiunea care stă la bază este o problemă hipofizară, administrarea hormonilor hipofizari poate stimula producția de spermatozoizi și reinstaura fertilitatea. Prezența unei tumori hipofizare poate face necesară îndepărtarea ei pe cale chirurgicală, tratament medical sau tratament de substituție hormonală.

Afecțiunile glandelor sexuale feminine

La femei, hormonii sexuali conlucrează în cadrul unui mecanism intricat, pentru a face ca sistemul reproductiv să funcționeze corect. Principalii hormoni sexuali feminini sunt estrogenii și progesteronul, care sunt produși în special de ovare, în cursul vieții reproductive.

În afară de controlul ovulației, concepției și sarcinii, estrogenii mențin forța osoasă și ajută la reglarea nivelului de colesterol. Progesteronul conlucrează cu estrogenii pentru a pregăti corpul femeii pentru concepție și sarcină, și ajută la reglarea ciclului ei menstrual.

Problemele apărute la nivelul producerii și eliberării hormonilor sexuali pot afecta dezvoltarea sexuală, caracteristicile sexuale și fertilitatea.

Pubertatea anormală

Pubertatea normală începe la fetițe între 8 și 14 ani. Unele studii sugerează că pubertatea normală ar putea începe mai devreme – chiar la 6 sau 7 ani. La fete, caracteristicile fundamentale ale pubertății sunt:
- Dezvoltarea mugurilor mamari.
- Apariția părului pubian și axilar.
- Menstruația.

Pubertatea anormală poate cuprinde pubertatea întârziată, pubertatea prematură (precoce) și pubertatea incompletă sau absentă. Pubertatea întârziată este problema cea mai frecvent întâlnită. La majoritatea copiilor, pubertatea întârziată este doar o variantă a unui proces normal și nu se găsește nici o cauză specifică. În aceste cazuri, pubertatea apare mai târziu, dar copilul devine un adult normal. Atât pubertatea precoce cât și cea tardivă pot fi o caracteristică familială.

Uneori, pubertatea anormală se datorează unei afecțiuni medicale. Cea întârziată poate fi determinată de hipopituitarism, anomalii genetice, hipogonadism și unele afecțiuni cronice, cum ar fi cazul astmului și afecțiunilor renale. Ea poate fi, de asemenea, întârziată la copiii care fac sport de performanță sau eforturi excesive, care au tulburări de comportament alimentar, sunt malnutriți sau au fost supuși chimioterapiei sau radioterapiei.

Tipic, pubertatea precoce este determinată de declanșarea anormală, precoce a modificărilor hipotalamice și hipofizare care o controlează. Motivele acestei declanșări precoce – care pot apărea chiar cu câțiva ani mai devreme decât normal – sunt adeseori necunoscute. Pubertatea precoce poate fi, de asemenea, declanșată de tumori ale creierului sau glandelor suprarenale sau de hipotiroidia severă. Una dintre potențialele consecințe pe termen lung ale pubertății precoce este statura mică.

Este posibil ca o fetiță să aibă o pubertate precoce în cazul în care dezvoltarea sânilor și a părului pubian apare înainte de vârsta de 8 ani. Pubertatea poate fi întârziată în cazul în care țesutul mamar nu a apărut la o fată până la vârsta de 14 ani sau dacă ciclul menstrual nu a apărut în decurs de 5 ani după apariția mugurilor mamari.

Diagnostic

Pentru a evalua cauzele posibile ale unei pubertăți anormale, medicul va face un examen fizic și s-ar putea să ceară unele analize. Acestea cuprind:
- Analize de sânge care să verifice nivelurile hormonale.
- O radiografie a mâinii pentru a vedea dacă dezvoltarea osoasă este normală.
- O tomografie computerizată (CT) sau o rezonanță magnetică nucleară a capului pentru a depista tumori sau leziuni ale creierului.
- Ecografie a ovarelor.
- Studii genetice.

Tratament

Tratamentul depinde de cauza problemei. Uneori, aceasta nu poate fi găsită. Dezvoltarea caracteristicilor sexuale secundare poate fi inițiată prin intermediul terapiei de substituție hormonală. Ea poate fi utilizată și în tratamentul unor tipuri de pubertate precoce.

Unii copii au nevoie de ajutor pentru a face față unor probleme legate de faptul că sunt fie mai puțin dezvoltați, fie mai dezvoltați din punct de vedere sexual decât cei de vârsta lor. Poate fi util un consult psihologic. În cazul în care credeți că i-ar fi util copilului dumneavoastră sfatul unui psiholog, discutați cu medicul.

Hipogonadismul

Hipogonadismul feminin apare atunci când ovarele produc cantități inadecvate de hormoni sexuali. Hipogonadismul primar se datorează unei anomalii la nivelul ovarelor, iar hipogonadismul secundar se datorează unei probleme a hipotalamusului sau hipofizei. În hipogonadismul secundar, ovarele nu funcționează corect datorită unei lipse de stimulare de către hormonii hipofizari.

Hipogonadismul primar poate fi determinat de sindromul Turner, o anomalie congenitală a cromozomilor sexuali, de alte afecțiuni genetice sau de o afecțiune autoimună care determină insuficiența ovariană. Cauzele hipogonadismului secundar cuprind hipopituitarismul, afecțiuni ale hipotalamusului, sindromul ovarelor polichistice, stresul sever, anorexia nervoasă și efortul fizic excesiv. De multe ori. nu se găsește o cauză clară.

Cu excepția sindromului Turner, simptomele hipogonadismului feminin nu sunt, de obicei, evidente până la pubertate. La femeile aflate înainte de menopauză, semnele și simptomele cuprind:
- Cicluri menstruale neregulate sau absente.
- Infertilitate.
- Diminuarea secrețiilor vaginale.
- Scăderea apetitului sexual.
- Scăderea dimensiunii sânilor.

Netratate, femeile cu hipogonadism prezintă un risc crescut de a face osteoporoză.

Diagnostic

Diagnosticul hipogonadismului este bazat pe simptome şi pe rezultatele analizelor de sânge care măsoară nivelurile estrogenilor şi a altor hormoni sexuali. Alte analize pot cuprinde teste cromozomiale (genetice), o RMN a glandei pituitare sau o ecografie a ovarelor.

Tratament

Tratamentul depinde de cauză. Terapia de substituţie hormonală cu estrogeni şi progesteron poate ajuta femeia să-şi menţină caracteristicele sexuale secundare şi să recapete un ciclu menstrual normal. Pentru a trata infertilitatea, pot fi administrate medicamente care să stimuleze ovulaţia.

În cazul în care cauza problemei este o afecţiune hipofizară, se pot recomanda hormoni hipofizari. Prezenţa unei tumori hipofizare poate face necesară o intervenţie chirurgicală, medicamente sau terapie de substituţie hormonală.

Virilizarea

În mod normal, ovarele oricărei femei şi glandele suprarenale secretă hormoni masculini (androgeni), cum este testosteronul. Virilizarea este o afecţiune rară, în care în organism circulă un exces de androgeni, adeseori pentru că ovarele sau glandele suprarenale secretă o cantitate prea mare din aceşti hormoni. Excesul de androgeni poate fi şi rezultatul faptului că aţi luat un anume tip din aceşti hormoni, ca de exemplu dehidroepiandrosteron (DHEA).

Excesul de hormoni masculini la o femeie duce la apariţia unor caracteristici fizice masculine, cum ar fi părul în exces, creşterea masei musculare, îngroşarea vocii, precum şi tulburări de ciclu menstrual. Excesul de păr similar ca dispoziţie celui masculin (hirsutism) poate fi prima manifestare a virilizării, dar cele două afecţiuni nu sunt similare. Virilizarea este mai puţin frecventă decât hirsutismul şi poate fi asociată unei afecţiuni grave, cum ar fi o tumoră ovariană sau a glandelor suprarenale.

Diagnostic

În cazul în care aveţi semne de virilizare, cereţi imediat sfatul medicului, pentru că este posibil să aveţi o tumoră canceroasă (malignă). Probabil că medicul va face un examen fizic şi va cere analize de sânge care să măsoare nivelurile hormonilor masculini. Probabil că vi se va recomanda şi o ecografie ovariană sau o TC sau RMN a glandelor suprarenale pentru a detecta prezenţa unei tumori sau pentru a identifica ovarele polichistice.

Tratament

O dată ce a fost identificată cauza, tratamentul poate consta în interventţie chirurgicală pentru îndepărtarea tumorii sau medicamente care să reducă producţia de androgeni.

Sindroamele endocrine

Unele dintre afecţiunile sistemului endocrin implică mai mult decât o glandă. Ca rezultat, o persoană poate prezenta simptomele mai multor probleme endocrine.

Există 2 grupuri principale de afecţiuni care pot afecta mai multe glande. În cazul sindroamelor poliglandulare autoimune (PGA), mai multe glande endocrine funcţionează suboptimal şi produc cantităţi mai mici de hormoni. În cazul sindroamelor de neoplazie endocrină multiplă (MEN), apar tumori la nivelul mai multor glande endocrine.

Sindroamele poliglandulare autoimune şi MEN sunt moştenite. Unele dintre aceste afecţiuni sunt asociate cu un defect genetic particular. Din acest motiv, membrii familiei celor cu sindroame endocrine trebuie, de obicei, testaţi pentru a depista posibilul defect genetic sau pentru a detecta semnele afecţiunii înainte de apariţia unor probleme grave.

Sindroamele poliglandulare autoimune

Sindroamele poliglandulare autoimune (PGA) fac ca mai multe glande endocrine să secrete o cantitate insuficientă de hormoni. O persoană care are acest sindrom prezintă o tendinţă moştenită de a dezvolta anticorpi care să reacţioneze cu celulele glandelor endocrine. Reacţia autoimună poate duce la apariţia inflamaţiei glandulare şi, eventual, la distrugerea lor progresivă. Pe măsură ce glandele sunt distruse, ele îşi opresc producţia hormonală, ceea ce duce la apariţia unor boli variate.

Tipuri

Există 2 tipuri de sindroame PGA – tipul 1 şi tipul 2.

PGA tip 1

Tipul 1 este o afecţiune moştenită, rară, care de obicei apare la începutul copilăriei şi are prevalenţă egală la fete şi băieţi. Apariţia frecventă a infecţiilor micotice în copilărie este adeseori primul semn al sindromului. Două alte caracteristici mai frecvent întâlnite sunt diminuarea funcţiei glandelor paratiroide (hipoparatiroidismul) şi a funcţiei glandelor suprarenale. Aceste probleme pot apărea până la o vârstă mijlocie. Cei cu PGA tip 1 mai pot avea hipogonadism, hepatită, calculi biliari, dificultăţi în absorbţia unor alimente, diminuarea pigmentării pielii şi diabet tip 1.

PGA tip 2

Tipul 2 este mai frecvent. Se întâlneşte, de asemenea, în cadrul aceleiaşi familii şi este mai frecvent la femei decât la bărbaţi. Prima manifestare apare, de obicei, în jurul vârstei de 30 de ani. În cadrul acestei afecţiuni, glandele suprarenale funcţionează deficitar, iar glanda tiroidă poate funcţiona fie deficitar, fie în exces. O persoană cu PGA tip 2 poate avea boală Addison, boală Basedow sau tiroidită autoimună (Hashimoto), diabet tip 1, hipogonadism, miastenia gravis şi boală celiacă. Spre deosebire de PGA tipul 1, în cadrul tipului 2 nu apar infecţii fungice sau hipoparatiroidism.

Tratament

Tratamentul depinde de tipul de boală pe care îl aveţi şi de simptome. În cazul în care aveţi un deficit hormonal, va trebui să luaţi tratament de substituţie. Acesta poate cuprinde hormoni tiroidieni, corticosteroizi şi insulină.

Testele de depistare pot adeseori detecta problemele înainte de apariţia semnelor şi simptomelor grave.

Sindromul de neoplazie endocrină multiplă

Sindroamele de neoplazie endocrină multiplă (MEN) sunt afecţiuni rare în care apar tumori în mai multe glande endocrine. Sindroamele sunt în general moştenite, dar există trăsături variabile chiar în cadrul aceleiaşi familii în ceea ce priveşte tipul de glandă la nivelul căreia va apărea tumora. Tumorile pot apărea din copilărie până la vârsta de 70 de ani. Pot fi necanceroase (benigne) sau canceroase (maligne). Semnele şi simptomele apar, în majoritate, datorită producţiei excesive de hormoni.

Tipuri

Există 2 tipuri principale de MEN, în funcţie de tipul de glande la nivelul căreia apar tumorile.

MEN 1

Cei cu MEN tip 1 (MEN 1) au tumori ale glandelor paratiroide, celulelor insulare ale pancreasului, glandei hipofize sau ale celor 3 la un loc. Acest tip implică o anomalie genetică la nivelul cromozomului 11.

MEN 2

MEN tip 2 are două subtipuri, MEN 2A şi MEN 2B. Ambele sunt asociate cu defecte genetice ale cromozomului 10 şi cuprind un tip rar de cancer tiroidian (cancer medular tiroidian) şi un tip de tumoră a glandelor suprarenale denumită feocromocitom. Tumorile paratiroidiene pot apărea în tipul 2A, dar sunt rare în tipul 2B.

Cei cu MEN tip 2 au în mod caracteristic membre lungi şi articulaţii elastice, precum şi proeminenţe sau noduli în jurul nervilor (ganglioneuroame), care pot fi observate la nivelul ochilor, buzelor şi limbii. Nodulii se pot întâlni şi la nivelul tractului gastrointestinal.

Tratament

În general, medicii tratează fiecare tumoră în mod individual, fie îndepărtând-o, fie corectând dezechilibrul hormonal. Uneori, doar o intervenţie chirurgicală nu poate rezolva problema. Unele persoane au nevoie, pe parcursul vieţii, de intervenţii chirurgicale multiple la nivelul a două sau mai multe glande endocrine.

De îndată ce unei persoane i se pune diagnosticul de MEN 2B – chiar în copilărie – probabil că medicul va recomanda îndepărtarea chirurgicală a glandei tiroide, deoarece cancerul medular tiroidian este în mod particular agresiv în această afecţiune. Îndepărtarea tiroidei înainte de apariţia bolii la nivelul glandei este adeseori recomandată la cei cu tipul 2A.

Dacă vi se pune diagnosticul de MEN, depistarea afecţiunii la rudele dumneavoastră apropiate, de sânge, este foarte importantă. Detectarea şi tratamentul precoce pot salva viaţa. Testele genetice şi analizele de sânge şi urină făcute pentru măsurarea nivelurilor hormonale pot detecta stadiile precoce ale tumorii. Atunci când sunt detectate repede, aceste tumori au o şansă mult mai mare de a putea fi îndepărate cu succes.

Obezitatea

Adeseori auzim în jur diverse persoane care atribuie creşterea în greutate sau faptul că sunt supraponderali, „metabolismului scăzut", eredităţii sau problemelor medicale.

În prezent, obezitatea nu are o singură cauză. Faptul de a fi supraponderal este rezultatul unei interacţiuni complexe între mai mulţi factori. Genele şi metabolismul joacă un rol în greuatate, dar nivelul ei este determinat de dietă şi nivelul activităţii fizice. Dacă mâncaţi prea multe calorii, aveţi un stil de viaţă inactiv sau ambele, aceste lucruri duc la apariţia obezităţii.

Genetica

Antecedentele familiale de obezitate vă cresc riscul cu aproximativ 30%. Genele influenţează rata cu care corpul dumneavoastră acumulează grăsime şi locul în care aceasta este depozitată. Prin influenţarea cantităţii şi distribuţiei grăsimii, genele vă fac mai susceptibil de a vă îngrăşa.

Cercetătorii au identificat mai multe gene cunoscute a contribui la obezitate. În majoritatea cazurilor, gene multiple – mai degrabă decât o singură „genă a obezităţii" - interacţionează în modalităţi complexe pentru a determina afecţiunea. Aceste mecanisme nu sunt pe deplin înţelese. Există câteva afecţiuni genetice, cum ar fi sindromul Prader-Willi şi sindromul Cohen care sunt cunoscute că determină obezitate.

În cazul formelor obişnuite de obezitate, este evident că factorii de mediu au o influenţă enormă. Este uşor să mănânci prea mult într-o societate în care porţiile obişnuite sunt foarte mari şi bogate în grăsimi şi multe persoane fac prea puţin efort fizic zilnic.

Afecţiuni metabolice şi endocrine

Unele persoane au în mod natural un termostat metabolic înalt – tind să ardă mai multe calorii decât media chiar atunci când dorm. Alte persoane au nevoie de mai puţine calorii pentru aceeaşi activitate fizică. Totuşi, o rată metabolică scăzută este rareori cauza obezităţii.

De fapt, majoritatea persoanelor supraponderale au o rată metabolică mai înaltă şi ard mai multe calorii în repaus decât o fac persoanele slabe de aceeaşi înălţime. Totuşi, atunci când persoanele obeze scad în greutate, ele ard mai puţine calorii în repaus, ceea ce face dificilă păstrarea greutăţii atinse.

Unele afecţiuni endocrine pot duce la creştere în greutate. Totuşi, mai puţin de 5% dintre cazurile de obezitate pot fi legate de o afecţiune metabolică sau de un dezechilibru hormonal. Afecţiunile endocrine care pot duce la obezitate cuprind:

- Sindromul Cushing.
- Hipotiroidia.
- Insulinomul.
- Tumorile, leziunile sau inflamaţiile hipotalamusului.
- Sindromul ovarelor polichistice.

Despre informaţii suplimentare despre cum să scădeţi în greutate, vezi cap. 3, „Controlul greutăţii". ■

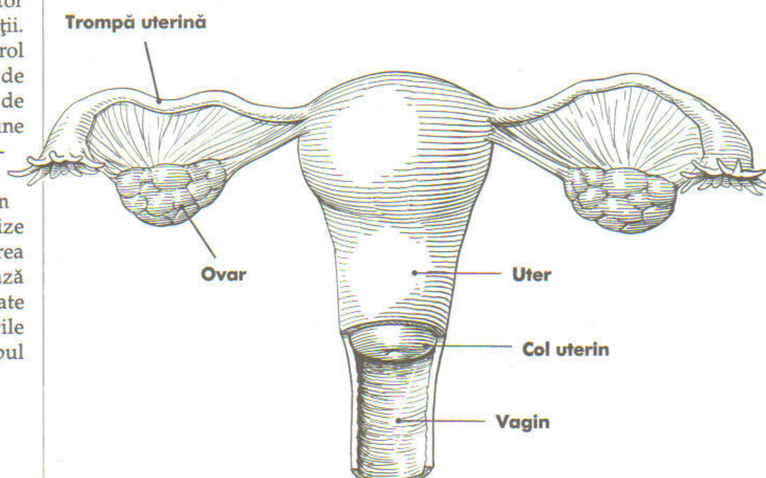
CAPITOLUL **33** PARTEA a V-a

Sistemul reproducător feminin



Funcţia biologică primară a sistemului reproducător feminin este crearea vieţii. Dar organele sexuale joacă un rol crucial şi în starea generală de sănătate a femeii şi starea ei de bine. Menţinerea unei stări bune de sănătate a sistemului reproducător este foarte importantă. Acest lucru se obţine prin controale medicale şi analize făcute cu regularitate. Înţelegerea modului în care funcţionează sistemul reproducător vă poate ajuta să înţelegeţi modificările naturale care au loc în timpul vieţii unei femei.

Organele sistemului reproducător feminin



Organele reproducătoare

Sistemul reproducător feminin este alcătuit din organe care se asociază funcţiei de a naşte copii. Aceste organe cuprind ovarele, trompele uterine, uterul şi organele genitale externe.

Ovarele

Ovarele sunt situate în regiunea inferioară a pelvisului feminin, la aproximativ 10-15 cm dedesubtul taliei. Înainte de naştere, fătul feminin are sute de mii de celule precursoare ale ovulelor, multe dintre ele dispărând înainte de naştere. În momentul în care fetiţa se naşte, ovarele conţin toate ovulele de care ea va avea nevoie. Începând cu pubertatea, ovarele eliberează în mod regulat un ovul la nivelul trompelor uterine, proces denumit ovulaţie. Ovarele produc, de asemenea, hormonii sexuali estrogeni şi progesteron, care sunt importanţi în dezvoltarea şi menţinerea caracterelor fizice feminine.

În timpul anilor vieţii reproductive, ovarele îşi modifică în mod constant diametrul, acesta variind, în mod obişnuit, de la dimensiunea unei migdale la a unei alune.

Trompele uterine

Între uter şi fiecare ovar se întinde un tub subţire, de 10-15 cm lungime, denumit trompă uterină. Interiorul fiecărei trompe nu este mai mare în diametru decât un ac. Procesul de fecundaţie are loc în interiorul trompei uterine, atunci când un spermatozoid penetrează un ovul care a fost eliberat de către unul dintre ovare. Ovulul fecundat coboară apoi prin trompă şi ajunge în uter.

Uterul

Uterul este un organ în formă de pară, care are aproximativ 7 cm lungime la femeia negravidă. Pereţii uterului sunt groşi şi alcătuiţi dintr-un muşchi puternic.

După ce ovulul fertilizat ajunge în uter, se implantează în peretele uterin şi începe să se dezvolte pentru a forma copilul. Dacă ovulul nu este fecundat, el degenerează, iar stratul intern al uterului este eliminat în timpul menstruaţiei.

Şi gâtul strâmt al uterului conţine muşchi puternici. În mod obişnuit, deschiderea colului uterin este foarte mică - dar suficient de mare pentru ca fluidul menstrual să treacă, dar nu suficient de mare pentru a lăsa să treacă un tampon, de exemplu. În timpul naşterii, deschiderea colului uterin se măreşte (dilată) pentru a permite trecerea copilului, iar muşchii peretelui uterin se contractă pentru a împinge copilul afară.

Colul uterin se continuă cu vaginul, un tub muscular de aproximativ 12 cm lungime. În majoritatea timpului, pereţii vaginului se ating, dar se pot adapta pentru a lăsa să treacă ceva mic, cum ar fi un tampon, sau mare, cum ar fi un copil la termen. Celulele de la nivelul pereţilor vaginali secretă substanţe lubrifiante. La fete, himenul – o membrană subţire – blochează parţial deschiderea canalului vaginal. Acesta rămâne adeseori intact până în momentul primului contact sexual. În cazuri rare, medicul trebuie să facă o incizie în himen pentru ca lichidul menstrual să poată să treacă.

Organele genitale externe

Organele genitale externe feminine – muntele pubian, labiile, clitorisul şi deschiderea (vestibulul) vaginului – sunt denumite vulvă. Muntele pubian este stratul de grăsime de la baza abdomenului care este acoperit de păr la pubertate. Labiile sunt cele două straturi de ţesut care mărginesc laturile vaginului – stratul extern este reprezentat de labiile mari, iar stratul intern de către labiile mici. *Labia* este echivalentul latin pentru „buză".

Acolo unde labiile se întâlnesc în partea din faţă a corpului, ele acoperă o mică proeminenţă, care este vârful clitorisului. În timpul preludiului sexual, clitorisul, ca şi penisul masculin, intră în erecţie. Glandele Bartholin, care se golesc în vestibulul vaginal, secretă o

Reproducerea încununată de succes

În timpul actului sexual – atunci când bărbatul introduce penisul erect în vaginul femeii şi ejaculează sperma plină de spermatozoizi – vaginul este inundat de milioane de spermatozoizi care înoată în toate direcţiile în căutarea unui ovul care poate fi fecundat. Majoritatea spermatozoizilor mor în vagin şi nu ajung niciodată în colul uterin, legătura dintre vagin şi uter. Dintre cei care ajung totuşi în col, majoritatea nu ajung niciodată mai departe.

Numai câţiva dintre spermatozoizi ajung în uter şi continuă cu succes călătoria printr-una dintre trompele uterine, exact în momentul din lună în care femeia a eliberat un ovul din ovar (ovulaţie). Atunci când spermatozoidul găseşte ovulul şi îl penetrează, a avut loc fecundaţia şi începe sarcina. Spermatozoidul care fecundează ovulul a depăşit obstacole enorme.

Pentru a obţine o sarcină, actul sexual trebuie de obicei să aibă loc cu 72 ore înainte ca oul (ovulul) să intre în trompa uterină. Unii dintre spermatozoizi sunt păstraţi în mucusul de la nivelul colului uterin şi eliberaţi în timp în uter şi trompele uterine. Dacă doar câţiva rămân viabili câteva ore după ce ovulul este eliberat de la nivelul ovarului, unul dintre ei l-ar putea găsi şi fecunda. Cea mai mare şansă de a rămâne însărcinată este chiar înainte de eliberarea ovulului (ovulaţie). De obicei, ovulaţia are loc o dată în cursul fiecărui ciclu menstrual, la aproximativ 14 zile înainte de începutul menstruaţiei următoare.

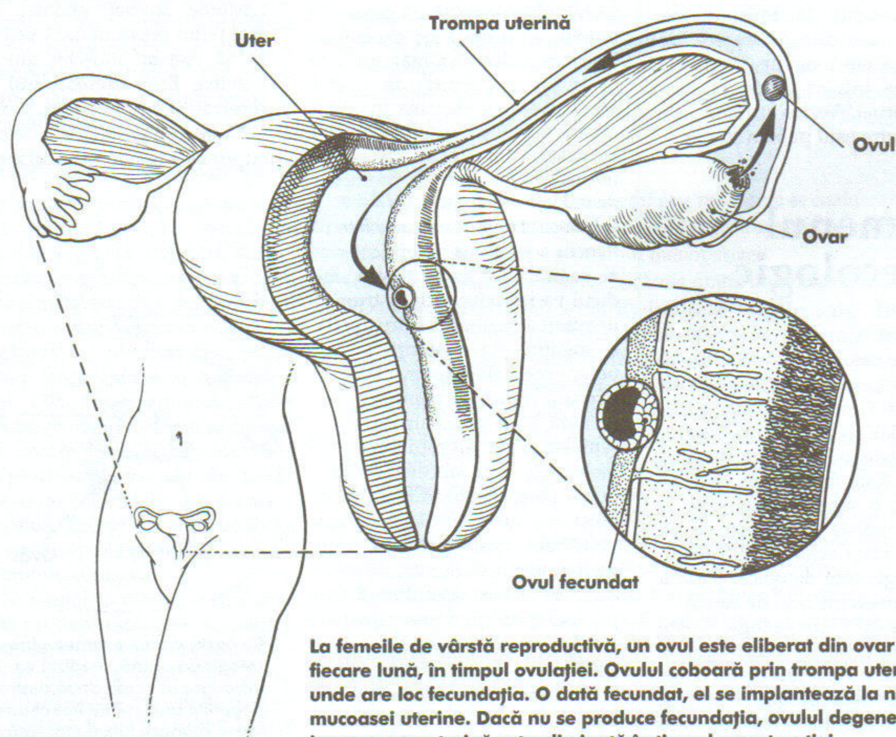
Chiar şi o programare perfectă nu poate garanta o sarcină. În cel mai bun caz, de fapt, orice cuplu are şanse de 30% pe ciclu de a obţine o sarcină. Faptul de a rămâne însărcinată prin intermediul actului sexual implică atât sănătatea perfectă a sistemului reproducător feminin cât şi a celui masculin.

La femeie, ovulaţia neregulată poate face fecundarea ovulului mult mai dificilă. Trompele uterine trebuie să fie deschise şi să poată recepţiona ovulul şi spermatozoizii.

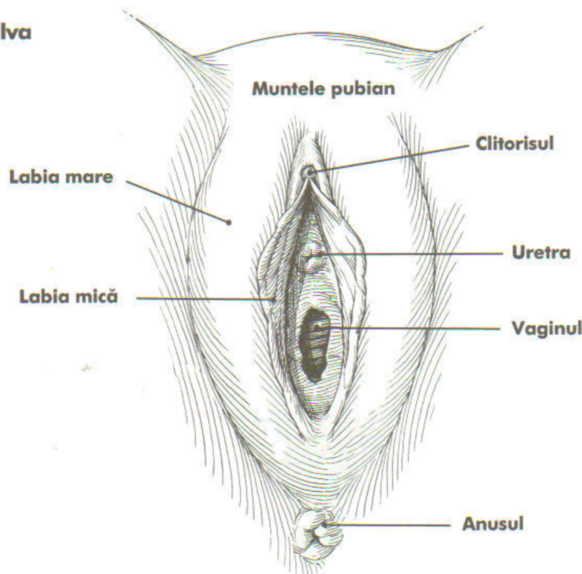
Femeile ale căror trompe prezintă ţesut cicatricial datorat infecţiilor anterioare sau intervenţiilor chirurgicale pot să nu fie capabile de a rămâne însărcinate fără ajutorul operaţiei sau reproducerii asistate.

Chiar şi mucusul de la nivelul colului uterin trebuie să aibă caracteristicile potrivite pentru a permite pătrunderea spermatozoizilor. Mucusul prea gros sau prea acid poate împiedica fecundarea. Mucusul acid face ca vaginul să devină ostil spermatozoizilor, care se simt bine în mediu alcalin.

În ce-l priveşte pe bărbat, el trebuie nu numai să producă un număr adecvat de spermatozoizi, dar aceştia trebuie să fie activi şi sănătoşi (vezi cap. 34, „Sistemul reproducător masculin").



La femeile de vârstă reproductivă, un ovul este eliberat din ovar în fiecare lună, în timpul ovulaţiei. Ovulul coboară prin trompa uterină, unde are loc fecundaţia. O dată fecundat, el se implantează la nivelul mucoasei uterine. Dacă nu se produce fecundaţia, ovulul degenerează, iar mucoasa uterină este eliminată în timpul menstruaţiei.



substanţă care lubrifiază deschiderea vaginului.

Mica deschidere dintre clitoris şi vagin este intrarea în uretră. Fără a fi implicată în reproducere, uretra este o cale de trecere, de aproape 4 cm lungime, care duce la vezica urinară unde se păstrează urina. Vezica urinară este situată între osul pubian şi uter.

Examenul ginecologic

Examenul ginecologic este o procedură simplă care poate fi făcută de medicul dumneavoastră de familie, ginecolog sau un alt specialist. Ginecologul este medicul specializat în tratarea afecţiunilor sistemului reproducător feminin. Este foarte important să demaraţi o supraveghere ginecologică regulată de îndată ce vă începeţi viaţa sexuală. Examenul ginecologic este de obicei parte a unui examen medical de rutină.

Examenul ginecologic este important deoarece poate ajuta la detectarea a numeroase probleme, inclusiv chisturi, tumori, infecţii şi slăbirea muşchilor care poate duce la coborârea uterului şi vaginului. Dacă aveţi o secreţie neobişnuită, medicul poate preleva o mostră de material ce poate fi analizată pentru a determina cauza afecţiunii.

Pentru a realiza o examinare ginecologică, medicul vă va cere să vă întindeţi pe spate, cu genunchii îndoiţi, pe o masă de examinare. De obicei, călcâiele rămân sprijinite în nişte suporturi de metal. Medicul vă va examina mai întâi organele genitale externe pentru a se asigura că ele au un aspect normal – fără ulceraţii, modificări de culoare sau tumefacţii.

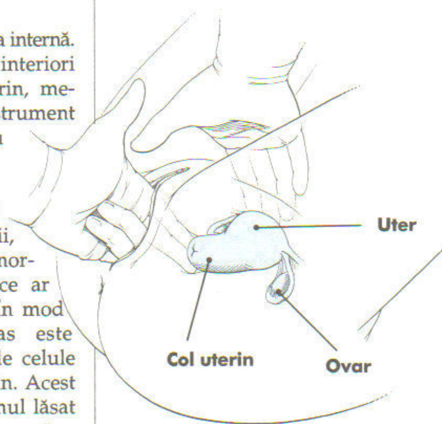
Urmează apoi examinarea internă. Pentru a examina pereţii interiori ai vaginului şi colul uterin, medicul va introduce un instrument denumit speculum pentru a menţine la distanţă pereţii vaginali şi apoi va strecura o lumină pentru a căuta leziuni, inflamaţii, semnele unor secreţii anormale sau orice altceva ce ar putea părea neobişnuit. În mod obişnuit, următorul pas este prelevarea unei mostre de celule de la nivelul colului uterin. Acest lucru se face cu speculumul lăsat pe loc, prin perierea uşoară a colului uterin cu ajutorul unei spatule mici, a unei perii sau unui tampon de vată. Mostra este apoi trimisă la laborator pentru efectuarea testului Papanicolaou, care este utilizat pentru detectarea cancerului de col uterin.

Medicul nu vă poate vedea organele genitale interne, cum sunt uterul şi ovarele, dar le poate examina prin atingere (palpare), după îndepărtarea speculumului. Pentru a face acest lucru, medicul introduce în vagin două dintre degetele unei mâini îmbrăcate într-o mănuşă lubrifiată. Apăsând abdomenul cu cealaltă mână în timp ce prima rămâne în vagin, medicul poate localiza uterul, ovarele şi alte organe, evaluându-le dimensiunea şi confirmând dacă sunt în poziţia corectă. Prin explorarea conturului acestor organe, doctorul poate uneori detecta tumori sau chisturi.

Pentru a palpa aceleaşi organe din unghiuri diferite şi pentru a vă examina rectul, medicul poate băga un deget şi un rect, mişcându-l o dată cu cel din vagin.

Este posibil ca în timp ce medicul vă palpează organele interne să aveţi o senzaţie neplăcută. Totuşi, nu ar trebui să fie o experienţă dureroasă. Dacă simţiţi o senzaţie de durere sau de tensiune, spuneţi imediat. Va fi mai puţin neplăcut dacă veţi reuşi să vă relaxaţi muşchii din zona pelvină. Este adeseori util dacă încercaţi să respiraţi lent, profund.

Examenul ginecologic de rutină cuprinde adeseori istoricul medical



Ca parte a unui examen ginecologic de rutină, medicul va introduce în vagin două dintre degetele unei mâini îmbrăcate într-o mănuşă lubrifiată. Apăsând simultan cu cealaltă mână pe abdomen, acesta vă va examina uterul, ovarele şi alte organe.

şi examinarea sânilor. În cazul în care menstruaţiile au început, medicul va dori să ştie data ultimului ciclu menstrual. Probabil că veţi fi întrebată despre sarcinile anterioare şi despre urmarea lor şi despre ce fel de metodă contraceptivă folosiţi, dacă folosiţi una. S-ar putea să fiţi cântărită şi să vi se măsoare tensiunea arterială şi s-ar putea să vi se ceară să faceţi analize de sânge şi urină.

Colegiul American al Obstetricienilor şi Ginecologilor recomandă să faceţi primul examen ginecologic la 18 ani sau mai devreme dacă v-aţi început deja viaţa sexuală.

Ciclul menstrual

De la pubertate până la menopauză, majoritatea femeilor se supun unui ciclu lunar ce constă într-un proces complex de fluctuaţii hormonale şi modificări corporale. Creat pentru a face femeile capabile să aibă copii, acest proces complex se termină prin eliminarea mucoasei uterine, fenomen denumit menstruaţie.

Pubertatea şi menarha

La naştere, ovarele dumneavoastră conţin deja toate ovulele pe care le veţi avea vreodată. Totuşi, ele rămân aproape dormante până vor fi stimulate de o descărcare de hormoni hipofizari. Acest lucru se întâmplă la pubertate, care începe când fetiţa ajunge la aproape 8 ani. Din acest moment, câteva dintre ovule vor începe să crească în fiecare lună şi vor dezvolta straturi suplimentare de celule exterioare. Celulele vor forma o capsulă (folicul) în jurul ovulului şi vor începe să producă hormonii denumiţi estrogeni.

În timpul copilăriei, corpul unei fete produce estrogeni în cantităţi foarte mici, dar la pubertate nivelurile acestora cresc de aproximativ 20 de ori. Între timp, ovarele se măresc şi ele pe măsură ce se dezvoltă ovulele, iar celelalte organe ale sistemului reproducător cresc şi ele şi se maturizează.

De asemenea, apar şi semnele externe ale modificărilor pubertare. Sânii fetiţei vor începe să crească pe măsură ce estrogenii stimulează dezvoltarea canalelor galactofore. Unul dintre sâni poate începe să crească înaintea celuilalt, iar cei doi se pot dezvolta cu viteze diferite, dar vor sfârşi prin a avea aproximativ aceeaşi dimensiune. Apoi, fetiţa va începe să prezinte păr pubian şi mai târziu păr axilar. Va trece printr-un salt de înălţime şi pe măsură ce coapsele şi sânii continuă să se rotunjească, va începe din ce în ce mai mult să semene cu o femeie.

La aproximativ 2 ani după ce sânii încep să crească, fetiţa ajunge la menarhă - ceea ce înseamnă că va avea prima menstruaţie. Menarha marchează începutul vieţii reproductive, similar cum menopauza – încetarea funcţionării ovarelor – îi marchează sfârşitul.

Suplimentar, în timpul pubertăţii, glanda hipofiză a oricărei fete începe să secrete cantităţi crescătoare din doi hormoni-cheie: hormonul foliculo-stimulant (FSH) şi hormonul luteinizant (LH). Ca rezultat al secreţiei de FSH, apare un lichid la nivelul unora dintre foliculii care înconjoară ovulele. Unii devin mai mari şi proemină, în timp ce alţii scad în dimensiune şi mor. În fiecare lună care urmează pubertăţii, unul – sau uneori doi – dintre aceşti foliculi plini de lichid, ajung în stadiul maxim de dezvoltare.

O descărcare bruscă de LH stimulează foliculul să elibereze ovulul, care apoi va fi eliberat la suprafaţa ovarului în interiorul cavităţii pelvine de unde este preluat de către trompele uterine. Acest proces este denumit ovulaţie, care în general apare la mijlocul ciclului menstrual. În

Vizita la ginecolog

Ginecologia este ramura medicinei care se ocupă de sănătatea şi studiul organelor reproductive ale femeii. Termenul îşi are originea în cuvântul grecesc *gyne* care înseamnă „femeie" şi *logos*, care înseamnă „studiu". Ginecologii sunt medici instruiţi să trateze afecţiunile care apar la nivelul sistemului reproducător feminin. Aţi putea consulta un ginecolog pentru oricare dintre motivele următoare:

- Tulburări menstruale.
- Probleme ale sânilor.
- Sfaturi despre contracepţie, avort sau probleme sexuale.
- Tratamentul infertilităţii sau al bolilor cu transmitere sexuală (BTS).
- Probleme apărute pe parcursul menopauzei.
- Cancer care apare la nivelul oricăruia dintre organele reproductive.

Deoarece ginecologii au şi studii de obstetrică, ei pot, de asemenea, supraveghea femeia pe parcursul sarcinii şi la naştere. Multe femei îşi aleg un ginecolog ca medic principal în timpul anilor vieţii reproductive. Medicii de familie, interniştii şi unele asistente medicale pot contribui şi ei la supravegherea ginecologică obişnuită.

O altă alternativă este moaşa, o asistentă medicală care s-a specializat în obstetrică şi ginecologie. Moaşele pot ajuta, în anumite circumstanţe, la naşterea unui copil şi pot fi parte a procesului de îngrijire prin efectuarea unor examinări de rutină a sânilor, examene ginecologice sau teste Papanicolaou. Ele trebuie întotdeauna să lucreze cu cel puţin un medic care să fie disponibil pentru consultaţii şi urgenţe.

Pentru a găsi un ginecolog, puteţi cere unui alt medic să vă recomande unul, puteţi să sunaţi la o clinică sau la un spital pentru sugestii, sau întrebaţi-vă prietenele dacă vă pot recomanda pe cineva.

În timpul primei vizite la ginecolog, va trebui să căutaţi răspunsuri la întrebări importante: doctorul este dispus să vă explice lucrurile pe îndelete într-un limbaj pe care să-l înţelegeţi? Vă simţiţi în largul dumneavoastră în preajma acestei persoane? Dacă nu vă simţiţi, s-ar putea să doriţi să consultaţi şi un alt ginecolog înainte de a lua o decizie finală.

fiecare ciclu în parte, ovulaţia apare de obicei dintr-un singur ovar.

Bărbaţii nu trec prin evenimente similare menarhăi, care marchează modificări dramatice în statusul biologic al femeii. Atitudinea unei fete faţă de menstruaţie şi sentimentele ei despre ce înseamnă să fi femeie pot fi influenţate de modul în care familia şi prietenii reacţionează la primele ei cicluri menstruale.

Menarha apare în mod caracteristic după vârsta de 9 ani şi înainte de 16. În medie, fetele americane au primul ciclu menstrual în jurul vârstei de 13 ani, care este mai mică decât vârsta la care acesta apărea la generaţiile anterioare. În ultimii 100 de ani, vârsta medie a menarhăi în SUA a început să scadă cu o rată de 3-4 ani la fiecare decadă. Experţii medicali atribuie această modificare unei alimentaţii de calitate mai bună.

Aparent, înainte de începerea modificărilor hormonale, fata trebuie să atingă o greutate critică - în jur de 53 de kilograme - sau ea trebuie să aibă această greutate şi trebuie de asemenea să aibă un raport specific de ţesut gras şi apă în organism. Oricare ar fi acest raport, fetele supraponderale prezintă, de obicei, primul ciclu menstrual mai devreme decât celelalte. Fetele foarte atletice sau cele malnutrite sau care au o boală cronică, debilitantă, de obicei au prima menstruaţie mai târziu.

Dacă sânii unei fetiţe încep să crească înaintea vârstei de 8 ani sau dacă ea prezintă primul ciclu menstrual înainte de 9 ani, trebuie cerut sfatul medicului. Această afecţiune se numeşte pubertate precoce; are mai multe cauze posibile şi este, de obicei, tratabilă. Este, de asemenea, o idee bună să consultaţi medicul dacă fetiţei nu încep să-i crească sânii până la 14 ani sau dacă ea nu prezintă prima menstruaţie până la 16 ani, în special dacă este îngrijorată despre modul în care se dezvoltă.

În primii ani după menarhă, este normal ca ciclul menstrual să fie neregulat sau o menstră să fie omisă din când în când. Probabil că ovarele nu eliberează un ovul chiar în fiecare lună. Totuşi, tinerele femei trebuie avertizate că pot rămâne însărcinate chiar înainte de primul ciclu menstrual, deoarece primul ovul poate fi eliberat înainte de începerea menstruaţiei.

În termeni medicali, pubertatea se termină doar după ce menstruaţia apare şi devine regulată.

Ciclul menstrual normal

Ciclul dumneavoastră menstrual începe în prima zi de sângerare a unei menstre şi se termină în prima zi de sângerare a menstruaţiei următoare. Eliberarea ovulului - o celulă unică, abia vizibilă cu ochiul liber - apare aproximativ la mijlocul unui ciclu menstrual normal.

În fiecare lună, în timpul menstruaţiei, mai mulţi foliculi încep să se dezvolte în unul dintre ovare, pregătind astfel următorul ciclu. După aproximativ o săptămână, unul dintre foliculi îi depăşeşte pe ceilalţi în dimensiune, aceştia revenind la dimensiunea normală. Între timp, ovarele secretă mai mulţi estrogeni, majoritatea fiind secretaţi de către celulele stratului exterior ale acestui folicul singur, dominant. Estrogenii acţionează la nivelul stratului intern al uterului (endometru), făcându-l să crească şi să se îngroaşe.

Cu 1-2 zile înainte de ovulaţie, estrogenii ajung la nivelul maxim. Apoi încep să scadă şi foliculul dominant începe să producă mici cantităţi din hormonul denumit progesteron. Foliculul se umflă, se rupe şi eliberează ovulul, în timp ce ceilalţi foliculi care erau în cursa pentru ovulaţie dispar. Alte modificări ale organismului cuprind o uşoară creştere a temperaturii corpului şi modificări ale secreţiei de la nivelul glandelor colului uterin.

După eliberarea din folicul, ovulul este captat de către una dintre trompele uterine şi-şi începe călătoria către uter, care în general durează aproximativ 6 zile. În timp ce ovulul se află pe drum, el poate fi fecundat de către un spermatozoid, dacă aţi avut între timp un contact sexual. Fecundaţia are loc, de obicei, la câteva ore după ovulaţie, înainte ca ovulul să fi străbătut mai mult de 1/3 din drumul prin trompa uterină.

Chiar şi atunci când ovulul străbate drumul spre uter, foliculul lui golit de la nivelul ovarului continuă să se modifice. Încă o dată, el se măreşte rapid – în acest stadiu se numeşte corp galben - şi începe să secrete cantităţi mari de progesteron şi estrogeni. Sub acţiunea acestor hormoni, endometrul începe să funcţioneze. Glandele sale secretă substanţe şi eliberează nutrimente, iar vasele sale sangvine şi numărul micilor vase de sânge din interiorul ţesutului încep să crească. Spre sfârşitul ciclului menstrual, stratul intern al uterului şi-a dublat grosimea, iar la nivelul lui au fost stocate cantităţi mari de nutrimente, gata de a hrăni ovulul fecundat.

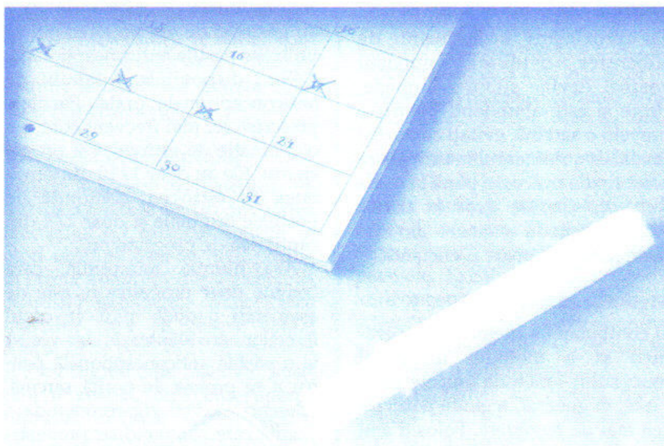
Dacă rămâneţi însărcinată – ceea ce înseamnă că un ovul fertilizat s-a implantat la nivelul endometrului – hormonii secretaţi de către corpul galben vor ajuta la menţinerea sarcinii. Dacă nu rămâneţi însărcinată, ovulul se dezintegrează sau este eliminat din organism o dată cu secreţiile vaginale, de obicei înainte de începutul menstruaţiei.

La aproximativ 2 săptămâni după ovulaţie, corpul galben începe să scadă în dimensiune, iar nivelurile de estrogeni şi progesteron diminuă şi ele. Uterul începe să-şi elimine stratul interior, iar sângerarea menstruală (menstra) începe.

Secreţia menstruală conţine sânge, secreţii vaginale şi de la nivelul corpului uterin, şi fragmente de ţesut decolate de la nivelul stratului intern al uterului. Cam în a patra sau a cincea zi a ciclului, endometrul a devenit subţire, iar procesul lui de refacere a început deja.

În medie, ciclul menstrual durează 28 de zile, deşi durata ciclului normal poate varia între 23 şi 35 de zile. Dacă durata ciclului dumneavoastră menstrual nu se încadrează între aceste limite, s-ar putea să nu fie o problemă. Totuşi, ciclurile menstruale foarte lungi sau foarte scurte sunt uneori asociate cu infertilitatea. În medie, sângerarea menstruală durează 4-5 zile, dar o durată de 2 sau de 7 zile nu este neobişnuită.

Uneori, ciclurile dumneavoastră pot deveni neregulate fără o cauză



Produse igienice pentru ciclul menstrual

Cu ani în urmă, în timpul menstruației, femeile utilizau pentru fluxul menstrual fragmente de țesătură pe care ulterior le spălau și le reutilizau. Astăzi, există produse igienice, cum sunt tampoanele și diferite tipuri de absorbante pe care femeile le introduc în vagin pentru a îndepărta secrețiile menstruale. Absorbantele menstruale sunt destul de rar folosite astăzi.

Tampoanele sunt adeseori etichetate drept normale sau super. Acest termen se referă la capacitatea produsului de a absorbi, mai mult decât la dimensiunea lui fizică. Deoarece nu există standarde comune și ceea ce în cazul unei firme este etichetat drept «normal» poate fi la fel de absorbant ca cel care este etichetat «super» în cazul altei mărci, va trebui să găsiți încercând ceea ce vi se potrivește.

Schimbați tamponul o dată la câteva ore și folosiți noaptea un tampon extern în locul unuia intern. Unul dintre motivele acestei precauții este sindromul șocului toxic, o afecțiune rară, dar potențial periculoasă, care se asociază mai frecvent tampoanelor interne și uneori utilizării bureților contraceptivi, în special în cazul femeilor mai tinere de 30 de ani.

La începutul anilor '80, a existat o mică epidemie de sindrom al șocului toxic, în cea mai mare parte implicând femei tinere, aflate la menstruație, care au folosit o anume marcă de tampoane interne superabsorbante. Cercetările efectuate au arătat că sindromul pare să fie determinat de toxinele produse de o bacterie denumită *Staphylococcus aureus*.

Unele cercetări au propus teoria că atunci când femeile lăsau tampoanele superabsorbante pe loc o perioadă mai lungă de timp, acestea deveneau un mediu de cultură pentru aceste bacterii. Altele sugerau că fibrele din care erau făcute aceste tampoane zgâriau suprafața vaginului, făcând astfel posibil ca bacteriile sau toxinele lor să intre în circulația sangvină.

Marca de tampoane care s-a asociat epidemiei originale a fost retrasă de pe piață. De atunci, numărul cazurilor de sindrom de șoc toxic a scăzut, chiar dacă majoritatea tampoanelor de astăzi conțin fibre superabsorbante. Totuși, este o idee bună să schimbați tamponul o dată la câteva ore.

Dacă folosiți un tampon sau un absorbant parfumat sau deodorizat, vaginul sau vulva s-ar putea să devină pruriginoase sau să se irite în cursul ciclului menstrual. Unele femei sunt alergice la produsele chimice utilizate în aceste produse. Lichidul menstrual nu miroase până în momentul în care intră în contact cu bacteriile sau aerul. În general, dacă vă spălați în mod regulat și vă schimbați des tamponul sau absorbantul, nu veți avea probleme cu mirosul.

aparentă. Puteți sări peste un ciclu sau acesta poate fi mai lung, mai scurt sau mai abundent decât de obicei. Uneori, aceste modificări sunt doar expresia vârstei. Ciclurile menstruale pot dura mai mult atât în apropiere de menarhă cât și în apropiere de menopauză. Oricând, stresul poate juca un rol.

Prevenirea sarcinii

Mulțumită mai multor metode contraceptive eficiente, femeile pot alege dacă vor, precum și momentul în care să rămână însărcinate. Unele dintre metodele contraceptive se bazează pe acțiuni întreprinse de bărbat (vezi pag. 1107). Altele se bazează pe acțiuni întreprinse de femeie. Următoarele metode depind în mod principal de femeie.

Planificarea naturală a familiei

Planificarea naturală a familiei cuprinde mai multe metode bazate pe capacitatea ciclului menstrual feminin de a determina care zile sunt sigure pentru un act sexual. Această variantă mai este denumită metoda ritmică.

Oricare dintre aceste metode de abordare a planificării familiale naturale presupune cunoștințe despre perioada în care puteți rămâne însărcinată, care este reprezentată de un scurt timp la mijlocul ciclului menstrual – de la aproximativ 72 de ore înainte de ovulație până la aproximativ 24 de ore după. Cheia este să determinați care sunt exact acele zile în timpul ciclului și să evitați actul sexual în această perioadă.

Cuplurile foarte motivate pot utiliza în mod eficient această metodă de planificare naturală familială. În studii efectuate în populație, planificarea naturală familială prezintă o rată de eșec de 20%. Prezicerea ovulației este dificilă deoarece ciclul menstrual feminin poate varia de la lună la lună. Dacă vă decideți să încercați planificarea naturală familială, notați cu atenție timp de câteva luni pentru a stabili un tipar al ciclului dumneavoastră menstrual.

Există 4 metode de a calcula timpul ovulaţiei: metoda temperaturii, metoda calendarului, metoda de inspectare a mucusului cervical şi metoda mucotermică. O planificare naturală familială eficientă necesită utilizarea tuturor acestor tehnici.

Metoda temperaturii

Majoritatea femeilor prezintă o creştere uşoară a temperaturii corporale imediat după ovulaţie. Pentru a detecta modificarea de temperatură, măsuraţi şi notaţi temperatura în fiecare zi, când vă treziţi. Va trebui să utilizaţi un termometru bazal – un termometru special făcut pentru a măsura creşterea de temperatură postovulatorie. Termometrele bazale se găsesc în majoritatea farmaciilor. Această tehnică poate fi utilă în recunoaşterea modului în care se desfăşoară lucrurile, dar deoarece temperatura se modifică doar după ovulaţie, nu este eficientă de una singură.

Metoda calendarului

Pentru a putea utiliza această metodă, trebuie să vă urmăriţi cu atenţie ciclul menstrual timp de un an. Apoi luaţi în considerare numărul de zile ale celui mai scurt ciclu şi scădeţi 18 (se foloseşte cifra 18 deoarece ea reprezintă cele 14 zile de la ovulaţie până la prima zi a ciclului, la care se adaugă 4 zile, care este perioada medie de supravieţuire a spermatozoizilor). Scădeţi 10 din numărul de zile al celui mai lung ciclu (10 reprezintă diferenţa dintre cele 14 zile de la ovulaţie la prima a ciclului şi 1 zi care este durata medie de viaţă a ovulului plus încă 3 zile ca marjă de eroare). Rezultatele acestui calcul reprezintă prima şi ultima zi din cursul ciclului menstrual, pe perioada cărora puteţi rămâne însărcinată.

De exemplu, dacă ciclul menstrual cel mai scurt este de 24 de zile, iar cel mai lung de 35 de zile, atunci timpul în care puteţi rămâne însărcinată este între ziua 24 minus 18 (ziua 6) şi ziua 35 minus 10 (ziua 25). Deci, este posibil să rămâneţi însărcinată între ziua 6 şi 25 a fiecărui ciclu menstrual.

Această metodă cere ca ciclul menstrual să fie foarte regulat şi necesită perioade lungi de abstinenţă.

Metoda inspecţiei mucusului cervical

Cu aproximativ 4 zile înainte de eliberarea ovulului, mucusul vaginal devine subţire, limpede, curge şi este abundent. Pentru a preveni o sarcină, evitaţi contactul sexual din momentul în care apare acest tip de mucus şi până la 4 zile după ce devine gros şi uscat. Această metodă este oarecum mai complexă, dar poate fi eficientă.

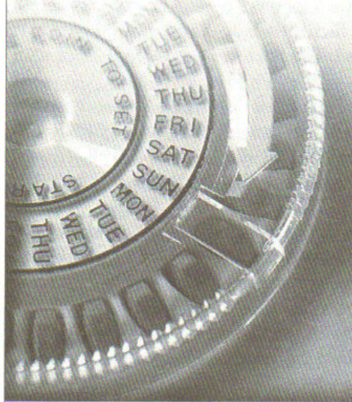
Metoda mucotermică

O combinaţie a metodei temperaturii şi a metodei inspecţiei mucusului – metoda mucotermică - este, în general, metoda naturală cea mai de încredere. Folosiţi atât metoda temperaturii bazale cât şi a mucusului cervical, pentru a determina când puteţi rămâne însărcinată.

Anticoncepţionalele

Una din patru femei americane mai tinere de 45 de ani folosesc pilule anticoncepţionale, şi aproximativ 1 din 100 dintre aceste femei rămâne însărcinată în fiecare an.

Pastilele anticoncepţionale de azi sunt foarte diferite de formulele originale, deoarece producătorii au redus doza de hormoni feminini aflată în compoziţie. Atunci când contraceptivele orale conţin doze mari de estrogeni, ele au un risc foarte mare de a fi cauza producerii unor cheaguri de sânge. Mai trebuie încă să faceţi faţă unui oarecare risc de apariţie a cheagurilor de sânge dacă luaţi pastilele noi, microdozate, dar pericolul este mai mic. Fumatul creşte foarte tare riscul de efecte adverse datorate pastilelor anticoncepţionale. Fumătoarele care au peste 35 de ani nu ar trebui să utilizeze pastile anticoncepţionale.



Sunt disponibile 2 familii de anticoncepţionale orale. Pastilele prescrise cel mai frecvent conţin o combinaţie de estrogeni şi progesteron. Ele au doar 1/10 din cantitatea de estrogeni conţinută de pastilele originale şi doar 1/2 din cantitatea de progesteron.

Aşa numita minipilulă, care conţine doar progesteron, este de asemenea o doză mică. În cazul femeilor care alăptează, dar vor să ia o pastilă anticoncepţională pentru a se proteja de o altă sarcină, adeseori medicii vor recomanda o pastilă care conţine doar progesteron. Acest lucru deoarece estrogenii pot reduce producţia de lapte.

Pastila care conţine doar progesteron este mai puţin eficientă decât pilula combinată, dar atunci când se combină cu alăptarea – care inhibă ovulaţia – ea este adeseori eficientă. Alăptarea singură reduce, dar nu elimină, posibilitatea de a rămâne însărcinată.

O dată ce bebeluşul începe să mănânce cereale sau dacă trece pe o combinaţie de lapte de sân şi lapte praf, medicul vă poate prescrie pilula combinată, de estrogeni şi progesteron. Copilul poate încă primi o cantitate adecvată de hrană chiar dacă estrogenii scad producţia de lapte matern, iar ovulaţia nu mai este inhibată de alăptare.

Cum acţionează

Pastilele anticoncepţionale inhibă hipotalamusul, centrul controlului hormonal de la nivelul creierului, care trimite informaţii glandei hipofize să elibereze hormonul foliculostimulant şi luteinizant. Dacă aceşti hormoni sunt inhibaţi, nu mai eliberaţi ovulul (ovulaţie).

Suplimentar, pilula împiedică mucusul cervical să devină apos, aşa cum se întâmplă în mod normal în timpul ovulaţiei. Mucusul rămâne vâscos pe toată durata ciclului, ceea ce face dificil ca spermatozoizii să ajungă în trompele uterine.

Anticoncepţionalele nu împiedică menstruaţia, dar fluxul menstrual nu este la fel de abundent şi nu durează la fel de multe zile ca o menstruaţie normală. În cazul unor femei, fluxul menstrual poate fi aşa de puţin abundent

încât ele își pot pune întrebarea dacă sunt într-adevăr la menstruație. Majoritatea femeilor care iau anticoncepționale nu au crampe abdominale înainte și în timpul menstruației.

Începerea tratamentului

Pentru a începe tratamentul, vă trebuie o rețetă și sfaturi din partea medicului. O metodă folosită în mod obișnuit este să luați pastila în prima duminică după începerea ciclului menstrual. Majoritatea mărcilor care se găsesc astăzi conțin 28 de pastile, 21 cu hormoni și 7 cu ingrediente inactive. Luați câte o pastilă, fără întreruperea ritmului, în fiecare zi. Începeți o folie nouă imediat ce ați terminat-o pe precedenta. La aproximativ 3 zile după ce luați ultima pastilă activă, ciclul menstrual va începe.

Există o altă metodă în care primiți o folie cu doar 21 de pastile active. Luați una pe zi, vă opriți 7 zile, apoi începeți o nouă folie.

Nu vă îngrijorați dacă menstruația nu începe. Dacă aveți o folie de 28 de comprimate, trebuie doar să continuați să luați pastilele. Dacă luați varianta cu 21 de pastile, trebuie doar să începeți o folie nouă la o săptămână după ce ați terminat-o pe cea dinainte. Dacă nici a doua menstruație nu apare, consultați-vă medicul, dar nu vă opriți să luați comprimatele.

Contraceptivele orale nu sunt recomandate tuturor femeilor. Nu ar trebui să luați pilula combinată dacă ați avut un accident vascular cerebral, cheaguri sangvine, diabet dezechilibrat, cancer de sân sau uterin sau dacă aveți o boală hepatică activă sau siclemie. Riscurile care se asociază contraceptivelor orale cresc dacă fumați, iar studiile arată că este posibil ca ele să crească o dată cu vârsta.

Reacții adverse

Deși eficiente și ușor de folosit, pastilele anticoncepționale pot avea și efecte adverse, majoritatea lor fiind însă minore. Ele cuprind grețuri, senzație de tensiune dureroasă la nivelul sânilor, retenție de lichid, depresie, scăderea libidoului și nervozitate. Suplimentar, s-ar putea să creșteți în greutate, fie din cauza retenției lichidiene, fie datorită faptului că pastilele v-au crescut apetitul, ceea ce v-a făcut să mâncați mai mult.

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Pentru a scădea riscul de a uita să vă luați pastila anticoncepțională, obișnuiți-vă să o luați în același moment, în fiecare zi. Acest lucru vă va ajuta și să mențineți constant nivelul hormonilor din sânge.

De asemenea, este posibil să sângerați între ciclurile menstruale sau s-ar putea să nu mai aveți deloc ciclu, în special dacă tocmai ați început să luați pastilele. Există zeci de tipuri de anticoncepționale pe piață și adeseori medicul poate elimina aceste probleme doar recomandându-vă o altă marcă.

Unele femei au cicluri menstruale regulate pe perioada pe care iau anticoncepționalele, dar imediat ce le întrerup, nu mai au deloc. Acest efect este aproape întotdeauna temporar.

Deoarece există totuși un risc mic ca pastilele să determine efecte adverse grave, urmăriți, dacă le luați, semnele care pot indica un pericol. Dacă picioarele vă dor sau se umflă sau dacă vă doare foarte tare capul, cereți sfatul medicului.

Cel mai grav efect advers este tendința de apariție a cheagurilor de sânge la nivelul venelor, care pot fi fatale dacă se desprind și ajung la plămâni. Incidența apariției acestor cheaguri de sânge este un pic mai mare la femeile care iau anticoncepționale față de cele care nu iau.

Suplimentar, maxim 5% dintre femeile care iau anticoncepționale orale prezintă o anume creștere a tensiunii arteriale după aproximativ 5 ani de folosire. În majoritatea cazurilor, tensiunea arterială revine la normal dacă femeia nu mai ia anticoncepționalele.

Pastilele combinate nu par să crească incidența cancerului sferei reproductive. De fapt, există dovezi de încredere că anticoncepționalele orale pot scădea riscul de cancer ovarian și endometrial (uterin). Suplimentar, pilula este benefică pentru reducerea riscului de chisturi ovariene și la nivelul sânilor, a anemiei care apare din cauza menstruației foarte abundente, în scăderea incidenței artritei reumatoide și a infecțiilor pelvine.

Interacțiunile medicamentoase

Înainte de începerea unui nou tratament, țineți minte să spuneți medicului că luați anticoncepționale. Ar putea interacționa cu alte medicamente, cum ar fi unele anticonvulsivante și antibiotice.

Implanturile contraceptive

Implanturile contraceptive sunt similare ca acțiune pilulelor minidozate. Implanturile conțin un hormon care menține mucusul cervical gros și împiedică fecundația. Medicul dumneavoastră vă poate implanta aceste dispozitive în formă de bețe de chibrit, care conțin hormoni, sub pielea situată la interiorul brațului. Efectul lor durează cam 5 ani, iar în acest timp nu trebuie să țineți minte să faceți ceva special.

Implanturile contraceptive pot determina sângerări și neregularități ale ciclului menstrual, care le limitează utilizarea. De asemenea, ele pot să afecteze în mod negativ controlul zahărului din sânge (glicemia) dacă aveți diabet.

Această metodă este oarecum cam scumpă inițial, dar eficientă.

Inelul vaginal hormonal

Primul inel contraceptiv vaginal hormonal aprobat de Administrația Alimentelor și Medicamentelor (FDA) este denumit NuvaRing. Produsul constă într-un inel vaginal transparent, flexibil, care conține o combinație hormonală de estrogeni și progesteron, similar ingredientelor active din unele contraceptive orale. După inserarea inelului în vagin, el eliberează o cantitate mică, continuă de hormoni. Purtați inelul timp de 3 săptămâni, iar apoi îl îndepărtați pentru o săptămână, timp în care va apărea sângerarea menstruală. După menstră, inserați un inel nou.

Pe an, mai puţin de 5% dintre femeile care utilizează implantele rămân însărcinate. Dacă optaţi pentru un implant, aveţi grijă să alegeţi un medic care să aibă experienţă în plasarea şi îndepărtarea lui.

Dispozitivele intrauterine

Dispozitivele intrauterine (DIU) sunt eficiente în prevenirea a 95-99% din sarcini. DIU este o mică piesă de plastic pe care medicul o inseră în uter, de obicei în timpul ciclului menstrual, atunci când colul uterin este mai deschis. Dispozitivul are la capăt un fir mic. El face ca doctorul să poată îndepărta mai uşor dispozitivul. Suplimentar, cea care îl poartă, poate verifica cu degetele pentru a se asigura că dispozitivul a rămas la locul lui. DIU pot preveni sarcina în mai multe feluri, dar principalul este de a împiedica spermatozoizii să ajungă la ovul, la nivelul trompelor uterine.

Efectele adverse obişnuite sunt creşterea sângerării şi a durerilor în cursul ciclului menstrual. DIU poate fi cauza şi unor sângerări menstruale neregulate. Uneori, ele pot fi eliminate în cursul ciclului menstrual, astfel încât devine important să verificaţi în mod periodic pentru a vă asigura că dispozitivul a rămas la locul lui. Cele mai grave efecte adverse ale DIU sunt infecţiile pelviene şi sarcina extrauterină (ectopică). Deşi rare, infecţiile pelviene severe pot duce la apariţia sterilităţii.

Un DIU mai nou, denumit Mirena, conţine progestative. El este similar unei injecţii cu medicamentul denumit Depo-Provera, cu excepţia faptului că hormonul este eliminat direct în uter. Spre deosebire de alte DIU, Mirena mai degrabă scade decât să crească fluxul menstrual.

Metode de barieră

Metodele contraceptive de barieră blochează calea prin care spermatozoizii ajung la ovul. Există bariere fizice cum sunt diafragma şi capişonul cervical, şi metode chimice (spermicide), sub formă de creme, geluri, spume şi ovule. Puteţi creşte eficienţa metodelor de barieră de la 80 la 90%, combinând o barieră fizică cu un spermicid.

Diafragma

Diafragma este o metodă de barieră eficientă pentru femei dacă este folosită constant şi corect. Inventată cu peste 100 de ani în urmă, diafragma este un disc de cauciuc care se inseră în vagin, în aşa fel încât să acopere colul uterin. Dispozitivul trebuie adaptat de către medic. Potrivirea exactă este esenţială deoarece, pentru a fi eficientă, diafragma trebuie să acopere întreaga deschidere a colului uterin. În cazul în care creşteţi sau scădeţi foarte mult în greutate sau naşteţi, s-ar putea să fie nevoie de o diafragmă de dimensiune diferită.

Înainte de actul sexual trebuie să inseraţi diafragma unsă pe margini şi în centru, cu aproximativ o linguriţă de cremă sau gel spermicid. După actul sexual trebuie să aşteptaţi cel puţin 6 ore înaite de a scoate diafragma. Dacă mai aveţi un act sexual mai devreme de 6 ore, trebuie să aplicaţi mai mult spermicid, fără a scoate dispozitivul. Încercaţi să nu o lăsaţi pe loc mai mult de 24 de ore.

Spălaţi diafragma cu apă şi cu săpun. Verificaţi periodic pentru a vedea dacă nu au apărut găuri sau subţieri ale cauciucului. Dacă găsiţi vreuna, vă trebuie o diafragmă nouă.

Reacţiile adverse legate de folosirea diafragmei sunt rare atât timp cât nu sunteţi alergică la spermicid sau latex. Cea mai frecventă nemulţulmire printre femeile care o folosesc este că trebuie să întrerupă preludiul sexual pentru a o insera.

Capişonul cervical

Capişonul cervical este o căciuliţă de plastic astfel făcută încât să se potrivească exact pe colul uterin. Este similar cu diafragma prin faptul că medicul este cel care

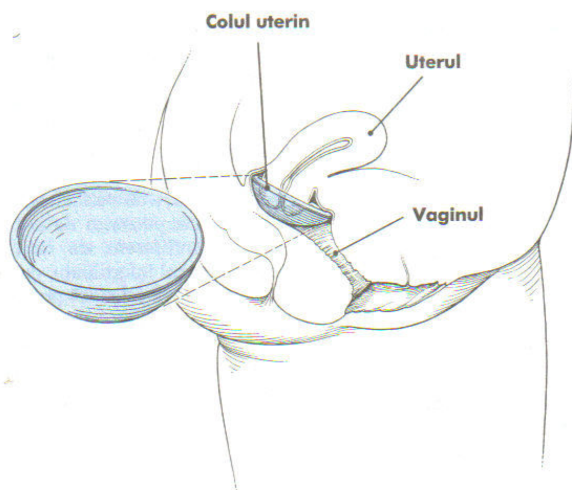
Injecţii şi plasturi contraceptivi

O injecţie cu medroxiprogesteron (Depo-Provera) conţine progestative sintetice, similare unui implant contraceptiv. Pentru a păstra protecţia împotriva sarcinii, trebuie să faceţi o injecţie în braţ sau în fesă, la fiecare 3 luni.

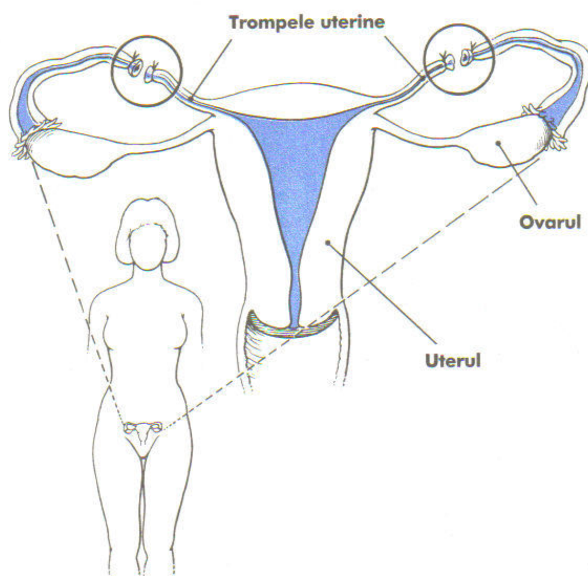
Metoda este sigură imediat după naştere şi în timpul alăptării. Se poate întâmpla să apară cicluri menstruale neregulate şi sângerări intermenstruale; de asemenea, există şanse mari ca ciclurile menstruale să dispară complet după 6 luni de folosire. Există un risc puţin mai mare de apariţie a unei sarcini la femeile care cântăresc mai mult de 80 de kilograme. Dacă depăşiţi această greutate, s-r putea să fie necesar ca medicul să ajusteze cantitatea de medicament pe care o primiţi. Acest lucru este valabil şi în cazul implantelor.

O altă metodă contraceptivă, denumită Lunelle, este reprezentată de o injecţie lunară care acţionează ca pastilele anticoncepţionale. Această combinaţie de estrogeni şi progestative oferă avantajul comodităţii. A fost creată pentru femeile care au probleme să-şi amintească în fiecare zi să ia pastile anticoncepţională. Are aceleaşi riscuri ca şi pastilele anticoncepţionale, dar este posibil să fie mai eficientă.

Există şi plasturi anticoncepţionali. Ei eliberează aceiaşi hormoni ca şi pastila. Plasturele trebuie aplicat o dată pe săptămână, într-un loc diferit, în partea inferioară a abdomenului, fese sau în zona superioară a corpului, dar nu pe sâni. Plasturii prezintă aceleaşi riscuri ca şi pastilele, inclusiv greaţă şi senzaţie de tensiune la nivelul sânilor şi, rar, cheaguri de sânge şi accident vascular cerebral, în special dacă sunteţi fumătoare. Femeile care cântăresc mai mult de 100 de kilograme este posibil să nu primească, prin intermediul plasturilor, o doză de hormoni eficientă din punct de vedere contraceptiv.



Dispozitivul contraceptiv cunoscut sub numele de diafragmă este un disc de plastic care se introduce în vagin pentru a acoperi colul uterin, deschiderea de la nivelul uterului.



În cazul ligaturii trompelor uterine, cea mai obişnuită metodă feminină de sterilizare, calea prin care ovulul trece în mod normal este întreruptă prin tăierea şi coaserea capătului trompelor uterine.

trebuie să-i adapteze dimensiunea. Spre deosebire de diafragmă, totuşi, capişonul este mai greu de utilizat de majoritatea femeilor pentru că trebuie introdus profund în vagin. Ca rezultat, femeile au tendinţa de a-l lăsa pe loc perioade lungi de timp. Acest lucru poate fi cauza unor probleme, deoarece poate deveni un mediu de cultură pentru bacterii.

Capişonul are o eficienţă contraceptivă de aproximativ 85%, apropiată de cea a diafragmei.

Prezervativul feminin

Prezervativul feminin, care este un tip de prezervativ folosit de femeie, are mai multe forme. Multe dintre ele sunt confecţionate dintr-un plastic mai gros decât cel folosit pentru fabricarea celor masculine. El iese în afara vaginului şi multe tipuri au un capăt asemănător unei diafragme, care se potriveşte la nivelul colului uterin. Metodele de inserare variază. Frecveţa de rupere este mai puţin de jumătate comparativ cu cele masculine.

Ligatura trompelor uterine

Ligatura trompelor uterine împiedică întâlnirea dintre spermatozoizi şi ovul. Pentru a realiza o ligatură a trompelor, chirurgul taie şi apoi coase capetele trompelor uterine astfel încât ovulul să nu mai poată coborî prin trompe şi spermatozoizii să nu mai poată urca. Rata de eşec a ligaturii pare să fie mai mare decât s-a crezut iniţial. În unele studii s-au raportat rate de eşec de 5% pe parcurul a mai multor ani.

Histerectomia – scoaterea uterului - nu este recomandată ca metodă având drept scop doar sterilizarea. Histerectomia trebuie făcută doar la femeile care mai au o altă afecţiune care să justifice acest lucru.

Multe femei optează pentru sterilizare imediat sau la scurt timp după naştere. Este momentul optim pentru ligatura trompelor uterine deoarece femeia se află deja în spital. Peretele abdominal este relaxat şi marginea uterului este în apropierea ombilicului, punctul de intrare al intervenţiei chirurgicale, ceea ce facilitează accesul direct la trompe. Intervenţia necesită o anestezie de scurtă durată, dar nu prelungeşte spitalizarea obişnuită postpartum. Dacă abdomenul este deja deschis pentru naşterea prin cezariană, medicul poate face ligatura trompelor în câteva minute.

Pentru femeile care au născut recent pe cale vaginală, una dintre metodele obişnuite pentru a face o ligatură a trompelor este minilaparoscopia. Doctorul face o incizie mică sub ombilic, prin care ridică o porţiune a fiecărei trompe, o

leagă, o taie şi suturează apoi cele două capete separate. La câteva săptămâni sau luni după naştere, cel mai frecvent sterilizarea se face cu ajutorul unui laparoscop. Această metodă nu este folosită mai curând după naştere datorită dimensiunii uterului.

Laparoscopul este un instrument subţire, care se introduce printr-o incizie mică, făcută sub ombilic, după ce abdomenul a fost umflat cu gaz. Instrumentul este prevăzut cu o cameră video care-i permite doctorului să vadă organele reproductive. Folosind instrumentele cu care operează fie introducându-le prin aceeaşi incizie, fie printr-o a doua, medicul localizează trompele uterine şi fie le cauterizează, fie le obstruează cu ajutorul unor clipsuri de plastic sau a unor inele.

Ca în cazul oricărei operaţii, ligatura tubară prezintă câteva riscuri. Aproximativ 1 din 1000 de femei vor prezenta o complicaţie datorită procedurii. Acestea pot fi reacţii la anestezice, infecţii pelviene, leziuni ale vaselor sangvine din abdomen sau leziuni ale intestinelor sau vezicii urinare.

După o ligatură tubară, este posibil să aveţi nevoie de medicamente care să atenueze durerea de intensitate nu prea mare care se datorează iritaţiei abdomenului. S-ar putea să mai resimţiţi ameţeli, astenie, greaţă şi senzaţie de balonare. După 8 ore, majoritatea femeilor se pot mişca fără probleme, pot mânca normal şi pot avea grijă de copii. Majotitatea femeilor se întorc acasă în aceeaşi zi şi-şi reiau activităţile zilnice în decurs de câteva zile.

Dacă sunteţi însărcinată şi vă gândiţi la sterilizare, vorbiţi cu medicul dumneavoastră. Unii medici realizează ligatura imediat după naştere, în timp ce alţii preferă să aştepte 3-6 luni. Înainte ca medicii să realizeze ligatura tubară, ei recomandă adeseori părinţilor să aştepte pentru a se asigura că ultimul lor copil este sănătos. Dacă există o problemă, este posibil ca părinţii să decidă că mai vor un copil. Ligatura tubară se poate face în spital sau ca pacient în ambulator, într-un centru de chirurgie, la o dată ulterioară.

Atunci când vă gândiţi la sterilizare, ar trebui să discutaţi cu partenerul dumneavoastră mai degrabă posibilitatea unei vasectomii decât a unei ligaturi tubare. Vasectomia se realizează făcând o mică incizie la nivelul scrotului bărbatului, apoi tăind şi legând vasele deferente, cele două tuburi care transportă spermatozoizii de la testicule. Vasectomia este sigură, are complicaţii mai puţine şi este mai ieftină decât ligatura tubară. Ea poate fi şi mai eficientă, având o rată de eşec de mai puţin de 1%.

Reversibilitatea ligaturii tubare

Unele dintre femeile care au fost sterilizate, decid mai târziu că vor să rămână însărcinate. Se poate face o operaţie care să anuleze ligatura tubară. 60 - 80% dintre femeile care au suferit această intervenţie vor mai fi eventual capabile să procreeze. Totuşi, riscul de sarcină extrauterină (ectopică) creşte. Din aceste motive, medicii insistă foarte tare ca înainte de a fi supusă intervenţiei de sterilizare să fiţi foarte convinsă că nu mai vreţi să rămâneţi însărcinată.

O altă posibilitate de a avea un copil după o ligatură a trompelor uterine, este fertilizarea în vitro, o procedură în care se scot ovule mature din ovar, se fertilzează cu spematozoizii partenerului în laborator şi apoi sunt reimplantate în uterul femeii. Această procedură se face astăzi mai frecvent decât refacerea continuităţii tubare.

Infertilitatea

Cel puţin 10-15% dintre cupluri sunt infertile. Din fericire, multe cauze de infertilitate pot fi tratate.

Cauzele de infertilitate pot cuprinde probleme ale spermatozoizilor, ale ovulelor sau dificultăţi întâlnite în procesul lor de unire. Alte cauze de infertilitate pot fi funcţia anormală a trompelor uterine sau a uterului, infecţiile, factori imunitari sau altele. Problemele de infertilitate pot fi şi rezultatul disfuncţiilor sexuale.

Pentru medici, termenul de *infertilitate* înseamnă de obicei incapacitatea de a obţine o sarcină după un an de raporturi sexuale regulate, fără folosirea metodelor contraceptive. Infertilitatea poate fi adeseori învinsă, dar pentru multe cupluri sarcina s-ar putea să nu fie obţinută în primul an după începerea tratamentului.

Trebuie să ştiţi că infertilitatea nu este acelaşi lucru cu sterilitatea, care înseamnă incapacitatea de a avea un copil indiferent de circumstanţe. În cazul infertilităţii, conceperea unui copil este încă posibilă.

În aproape 30% din cazuri, partenerul infertil este bărbatul. Femeia este infertilă în aproximativ 40% din cazuri. În cazurile care rămân, amândoi partenerii contribuie la infertilitate sau cauza nu poate fi determinată.

Faptul de a fi infertil nu-l face pe bărbat mai puţin bărbat sau pe femeie mai puţin femeie. Infertilitatea nu înseamnă că persoana în cauză are un defect. Acest lucru nu are nimic de a face cu atractivitatea sau atracţia sexuală. Mai mult, nu poate fi un comentariu adus vieţii de cuplu.

Din punct de vedere medical, infertilitatea este pur şi simplu existenţa unui obstacol în lanţul lung şi extrem de complex de evenimente care duc la apariţia sarcinii. Infertilitatea poate fi cauza unor sentimente de frustrare şi dezamăgire, şi poate fi sursa unei mari suferinţe pentru cuplurile care trec prin ea.

Evaluare

Dacă dumneavoastră sau partenerul dumneavoastră nu puteţi să concepeţi un copil într-un interval de timp rezonabil, cereţi ajutor. Un ginecolog, un urolog sau un medic de familie pot determina dacă este vorba de o problemă de fertilitate care necesită ajutorul unui specialist în probleme de infertilitate.

Înainte de a decide dacă să faceţi analize pentru infertilitate, trebuie să fiţi avertizaţi că procesul are nevoie de angajament. Medicul va trebui să vă cunoască obiceiurile sexuale şi v-ar putea face recomandări despre cum să le modificaţi. Analizele şi perioadele de încercare şi eroare se pot întinde pe mai multe luni şi, în unele cazuri, pot cuprinde operaţii şi proceduri neplăcute.

Evaluarea este scumpă şi s-ar putea să nu fie acoperită de asigurări. În final, nu există nici o garanţie, chiar după toate testele şi procedurile, că veţi fi în final capabili de a avea copii. Totuşi, dacă sunteţi hotărâţi să încercaţi să aveţi propriul copil, evaluarea cauzelor de infertilitate este calea care trebuie urmată şi adeseori rezultatul este o sarcină reuşită.

Analize pentru bărbaţi

Pentru ca un bărbat să fie fertil, testiculele sale trebuie să producă suficienţi spermatozoizi, aceştia trebuie să fie capabili să ajungă în veziculele seminale, iar sperma trebuie ejaculată eficient în vaginul femeii.Testele care evaluează fertilitatea masculină trebuie să determine dacă oricare dintre aceste etape este alterată.

Este foarte probabil că medicul va începe cu istoricul medical, inclusiv cu bolile şi incapacităţile, medicamentele luate sau obiceiurile sexuale. E posibil să vi se facă un examen fizic, inclusiv al zonei genitale.

Probabil că medicul va cere o mostră de spermă ejaculată. Această mostră se obţine prin masturbare şi prin ejaculare într-un recipient curat. Este posibil să vi se ceară mai multe mostre de spermă pe parcursul perioadei de investigaţii.

Analiza de laborator a spermei trebuie să evalueze cantitatea, culoarea, numărul de spermatozoizi şi prezenţa infecţiei sau sângelui. Examenele de laborator determină, de asemenea, concentraţia spermatozoizilor prezenţi în ejaculat, forma lor şi activitatea (mobilitatea).

Vi s-ar putea cere şi alte teste, cum ar fi determinarea nivelului de testosteron sau a altor hormoni în sânge.

Analize pentru femei

Pentru ca o femeie să fie fertilă, ovarele ei trebuie să elibereze ovule sănătoase în mod regulat, iar sistemul ei reproducător trebuie să permită ovulului şi spermatozoizilor să parcurgă căi neobstruate până la unirea posibilă de la nivelul trompelor uterine. Probabil că medicul dumneavoastră va începe cu istoricul medical, urmat apoi de examenul fizic, inclusiv examenul ginecologic. Probabil că doctorul vă va pune întrebări despre medicamentele pe care le luaţi, despre ciclul menstrual şi obiceiurile sexuale.

Testele următoare sunt folosite pentru determinarea cauzelor posibile ale infertilităţii feminine. Nu toată lumea trebuie să facă toate aceste teste sau chiar multe dintre ele până când este găsită cauza. Veţi discuta împreună cu medicul toate testele şi, cu acordul dumneavoastră, veţi determina care trebuie folosit şi în ce ordine. La până la 20% dintre femeile infertile, în ciuda analizelor făcute cu atenţie, nu poate fi găsită nici o cauză.

Analize de sânge

Probabil că vi se va cere să vi se ia sânge pentru a determina nivelurile de hormoni implicaţi în succesul ovulaţiei şi, uneori, pentru a căuta prezenţa unei infecţii. După ce va primi rezultatele unuia sau mai multor dintre aceste teste, doctorul va şti dacă are loc ovulaţia şi dacă spermatozoizii pot supravieţui în sistemul dumneavoastră reproducător. Dacă analizele nu descoperă prezenţa unei probleme, probabil că va fi nevoie de informaţii suplimentare.

Biopsia

Biopsia endometrială poate fi utilă pentru determinarea faptului dacă ovulaţia apare şi dacă stratul intern al uterului este pregătit din punct de vedere hormonal pentru sarcină. În cadrul acestei analize, medicul ia o mostră mică de ţesut de la nivelul stratului intern al uterului, chiar cu puţin înainte de începerea ciclului menstrual.

Ecografia

Medicul poate folosi ecografia pentru a examina zona pelvină şi pentru a căuta anomalii ale ovarelor şi uterului.

Histerosalpingografia

Această procedură poate fi utilizată pentru evaluarea afecţiunilor uterului, precum şi a trompelor uterine. După ce o substanţă de contrast este injectată în uter, se determină cu ajutorul razelor X dacă lichidul iese din uter şi trece în trompele uterine. Această analiză poate adeseori localiza obstrucţii sau poate descoperi alte probleme.

Histeroscopia

Histeroscopia este o procedură în care medicul foloseşte un instrument de dimensiuni mici pentru a examina interiorul colului uterin şi uterul pentru a descoperi neregularităţi care pot duce la infertilitate. Acest test se poate face sub anestezie generală. Nu este eficient pentru studierea trompelor uterine.

Chirurgia

Uneori, medicul va face o intervenţie chirurgicală minim-invazivă - fie în timpul unei spitalizări, fie ca pacient ambulator al unui centru de chirugie – sub anestezie locală sau generală. În timpul acestei proceduri, medicul vă va insera în abdomen un dispozitiv subţire, iluminat, dotat cu o cameră de luat vederi (laparoscop), pentru a vă examina trompele uterine, ovarele şi uterul.

Cauzele de infertilitate cel mai frecvent identificate prin intermediul laparoscopiei sunt aderenţele la nivelul trompelor uterine sau ovarelor sau endometrioza, o afecţiune în care ţesutul uterin scapă din uter şi se implantează la nivelul altor organe reproductive. Prin intermediul laparoscopiei, medicul poate localiza obstrucţii sau cicatrice ale trompelor uterine sau ale uterului, care pot împiedica fecundaţia.

Cauzele

Rareori, cauza infertilităţii este una sexuală. De exemplu, un bărbat impotent poate fi fertil dacă reuşeste să atingă o erecţie suficientă pentru actul sexual. În mod similar, ejacularea prematură - ejacularea care are loc înainte ca penisul să ajungă în vagin – reduce serios şansele ca spermatozoidul să se întâlnească cu ovulul.

În majoritatea cazurilor, cauza nu este o disfuncţie sexuală, ci o problemă de fertilitate.

Cauzele de origine feminină

În cazul femeilor, incapacitatea de a elibera un ovul la fiecare ciclu menstrual (anovulaţia) este responsabilă de infertilitate în până la 15% din cazuri. Ea poate apărea datorită mai multor factori. Dacă femeia nu are cicluri menstruale, este posibil să existe o problemă de dezvoltare a utetrului sau ovarelor.

Totuşi, chiar şi o femeie care are cicluri menstruale normale poate avea probleme de ovulaţie.

Hiperprolactinemia, o afecţiune în care există în sânge o cantitate excesivă a hormonului denumit prolactină, poate inhiba ovulaţia. Hipotalamusul, situat la nivelul creierului, produce hormoni care stimulează în mod normal glanda hipofiză a femeii care, ca rezultat, declanşează eliberarea ovulului. Dacă hipotalamusul nu secretă aceşti hormoni, nu este eliberat ovulul.

Sindromul ovarelor polichistice poate şi el duce la infertilitate. În cazul acestei afecţiuni, organismul femeii produce o cantitate excesivă de hormoni masculini. Ovarele se pot mări de volum şi pot prezenta numeroase chisturi. Majoritatea femeilor care au această afecţiune nu mai recapătă niciodată un ritm normal al ciclului menstrual. Unele dintre ele nici nu încep să aibă cicluri menstruale. Alte cauze de anovulaţie pot fi afecţiuni cronice debilitante cum ar fi diabetul necontrolat sau afecţiunile tiroidei.

Dacă ovulaţia este normală, problema trebuie căutată în altă parte. În până la 1/3 din cazuri, cauza determinantă, sau o parte a ei, este reprezentată de anomalii ale trompelor uterine. Distrugerea trompelor cauzată de infecţii poate bloca trecerea ovulului. În endometrioză, o parte a ţesutului care căptuşeşte uterul şi este eliminat lunar în cursul ciclului menstrual, se găseşte în abdomen, undeva în afara uterului. Prezenţa lui poate afecta fertilitatea.

Uneori, după ovulaţie, ovulul trece cu succes prin trompele uterine doar pentru a întâlni alte probleme. Pot fi afectate multe dintre procesele aflate sub control hormonal, de la producerea mucusului cervical la proliferarea stratului intern al uterului.

Uneori, cauzele infertilităţii se datorează uterului. Un uter de formă neregulată sau tumori la nivelul cavităţii uterine pot determina probleme. Corectarea chirurgicală poate sau nu reface fertilitatea. Problemele colului uterin care pot fi cauza infertilităţii cuprind îngustarea canalului cervical (stenoza) sau alterarea mucusului, care distruge spermatozoizii sau le împiedică trecerea.

Cauzele de origine masculină

Prima cauză a infertilităţii la bărbat este alterarea producţiei de spermă. Azoospermia, absenţa spermatozoizilor în spermă, este, în general, datorată unei afecţiuni a testiculelor sau, rareori, unui blocaj al căilor de trecere de la testicule. În cazul oligospermiei, spermatozoizii sunt prezenţi în spermă, dar nu în cantitate suficientă pentru a fertliza ovulul.

Una dintre cauzele posibile ale infertilităţii masculine este varicocelul, o afecţiune în care testiculele sunt înconjurate de vene varicoase care le împiedică răcirea normală. Creşterea temperaturii testiculelor alterează producţia de spermatozoizi. Există şi alte probleme ale testiculelor care pot fi responsabile de infertilitate.

Unele teste de laborator pot adeseori identifica afecţiuni hormonale care pot fi cauza ce stă la baza problemelor testiculare. Bolile cu transmitere sexuală (BTS) sau alte infecţii pot obstrua căile prin care circulă sperma, sau pot afecta sau omorî spermatozoizii, determinând astfel infertilitate. Oreionul sau alte infecţii poate determina uneori inflamaţii a unuia sau ambelor testicule (orhită), lucru care poate altera permanent sau poate împiedica producţia spermatozoizilor în testiculul afectat. şi traumatismele pot afecta producerea de spermă.

Unii bărbaţi au o afecţiune denumită ejaculare retrogradă, în care spermatozoizii sunt produşi în mod normal, dar ejaculaţi în vezica urinară în loc să fie ejaculaţi prin penis. Aceasta se întâlneşte cel mai frecvent la bărbaţii care au diabet.

Cauze de orgine masculină şi feminină

Există cauze imunologice care pot determina infertilitate. Unele femei produc anticorpi care omoară spermatozoizii înainte ca aceştia să apuce să penetreze ovulul. În mod similar, unii bărbaţi produc anticorpi care ar trebui să lupte cu infecţiile, dar în loc, atacă în mod inadecvat spermatozoizii. Vindecarea infecţiei poate eradica problema.

Atât la bărbaţi cât şi la femei, există numeroase boli care pot afecta tractul genitourinar şi determina infertilitate. Acestea cuprind bolile cu transmitere sexuală (BTS). Boala inflamatorie pelvină este o afecţiune frecventă, determinată de bolile cu transmitere sexuală, cum este gonoreea, infecţia cu *Clamydia* şi vaginita, şi, mai rar, tuberculoza şi infecţiile streptococice anaerobe. La femeile care au o boală inflamatorie pelvină, tratamentul agresiv cu antibiotice poate eradica infecţia şi restabili fertilitatea. Chiar şi cu tratament, însă, boala inflamatorie pelvină poate avea drept rezultat obstrucţia tubară (ocluzia) şi infertilitatea.

Tratament

Tratamentele pentru infertilitatea sunt numeroase, iar descoperirile recente au crescut numărul de cupluri care au obţinut o sarcină. Metoda care poate da cele mai bune rezultate depinde de cauza infertilităţii. Unele cauze nu pot fi corectate. Totuşi, chiar şi în aceste cazuri, există numeroase mijloace de inseminare şi de transfer de embrioni care pot fi folosite pentru ca femeia să rămână totuşi însărcinată.

Recăpătarea fertilităţii

Spermatozoizii supravieţuiesc în tractul reproducător feminin până la 72 de ore, iar ovulul poate fi fertilizat timp de câteva ore după ce este eliminat. De aceea, având relaţii sexuale la fiecare 2-3 zile la mijlocul ciclului menstrual, cuplurile pot elimina în mod eficient nesincronizările în timp care pot fi un factor ce contribuie la infertilitate. Problemele sexuale, cum ar fi impotenţa sau ejacularea precoce, pot fi şi ele tratate pentru a îmbunătăţi fertilitatea.

Atunci când cauza este reprezentată de spermatozoizii masculini, este uneori posibilă refacerea sau iniţierea fertilităţii. De exemplu, corecţia chirurgicală a varicocelului pare să readucă uneori fertilitatea. De asemenea, pot fi uneori corectate unele afecţiuni ale testiculelor, prostatei, veziculelor seminale şi uretrei.

Atunci când producţia spermatozoizilor este afectată datorită distrugerii celulelor testiculare care îi fabrică, tratamentul medical pare să fie de mic ajutor. În cazuri extrem de rare, în care problemele glandei hipofize

alterează producția de spermatozoizi, administrarea gonadotropinei corionice umane sau a gonadotropinei umane hipofizare care să înlocuiască hormonii hipofizari, poate fi utilă. Atunci când infecțiile alterează producția spermatozoizilor, vindecarea infecției poate reface fertlitatea. Acest lucru este în mod particular eficient în cazul bolilor cu transmitere sexuală, caz în care trebuie tratați ambii parteneri.

În cazul femeii, tratamentul depinde și de rezultatele examenului fizic și al analizelor. Tratarea oricărei infecții sau afecțiuni subiacente este primul pas. Dacă problema de fertilitate este legată de imposibilitatea de eliminare a ovulului (anovulație), medicul poate încerca să o obțină prin administrarea unor substanțe care o provoacă, cum ar fi citratul de clomifen, gonadotropinele umane sau hormonul de eliberarer a gonadotropinelor, cu sau fără gonadotropină corionică umană.

Uneori, se poate folosi o intervenție chirurgicală pentru a corecta obstrucțiile sau alte probleme ale trompelor uterine. Tehnicile de microchirurgie fac aceste operații posibile. Vindecarea chirurgicală oferă o șansă pentru sarcină. Astăzi, totuși, tehnicile de reproducere asistată sunt adeseori folosite în locul intervenției chirurgicale.

Deși pastilele anticoncepționale pot fi mijloace eficiente în tratarea endometriozei și atenuarea durerii determinate de această afecțiune, ele nu sunt eficiente în tratarea infertilității pe care endometrioza o poate determina. Dacă aveți endometrioză, medicul poate încerca să vă trateze prin chirurgie laparoscopică. Pentru restaurarea fertilității poate fi nevoie și de tratament de inducere a ovulației. Dacă nici una dintre metodele de tratament nu este eficientă, poate fi luată în considerare fertilizarea în vitro.

Tehnicile de reproducere asistată

Tehnicile de reproducere asistată (TRA) se referă la proceduri medicale care fac posibil ca multe cupluri să aibă copii atunci când fertilitatea nu poate fi recăpătată. Fertilizarea în vitro este cea mai frecvent folosită tehnică TRA. Ea implică recoltarea de la femeie a ovulului matur, fertilizarea cu un spermatozoid într-un mediu de cultură în laborator și implantarea oului fertilizat în uter, 2 zile mai târziu.

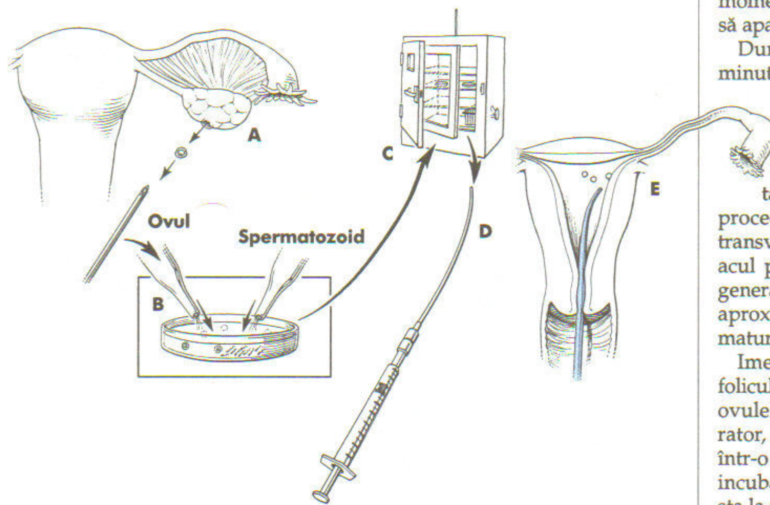
Veți începe fertilizarea în vitro luând medicamente care să vă stimuleze ovarele să producă mai multe ovule decât de obicei. Cam cu o săptămână înainte de apariția ciclului menstrual – înainte ca hormonii dumneavoastră să înceapă procesul de stimulare a ovulului – este posibil să primiți un tratament injectabil care să reducă nivelul hormonilor care declanșează dezvoltarea ovulelor în ovare. După aproximtiv 10 zile, se determină prin ecografie și analize de sânge dacă medicamentul a redus dezvoltarea ovulelor. Dacă nu, s-ar putea să trebuiască să continuați tratamentul timp de încă o săptămână sau două.

Atunci când funcția ovarelor a fost oprită temporar, veți primi hormoni injectabili timp de 7 zile, care vor stimula dezvoltarea foliculilor ovarieni, săculeții umpluți cu lichid în care se maturizează ovulele. Mai multe teste sangvine și o examinare ecografică vaginală determină creșterea foliculară. Monitorizarea creșterii foliculare este importantă pentru a determina momentul în care ovulele sunt mature.

După ce ovarele au fost stimulate în mod adecvat, veți primi injectabil un alt hormon, gonadotropina corionică umană (HCG), care să ajute ovulele să se maturizeze și să declanșeze ovulația. Ovulele se recoltează la 34-38 de ore după injectarea HCG sau imediat după momentul în care ovulația ar trebui să apară în mod normal.

Durează în general 20-50 de minute pentru a recolta ovulele. Veți primi medicamente administrate pe cale intravenoasă (iv) care să vă ajute să vă simțiți confortabil și relaxată pe parcursul procedurii. Folosind ecografia transvaginală, medicul va ghida acul prin vagin până la ovare. În general, sunt recoltate ovulele din aproximativ 80% dintre foliculii maturi văzuți la ecografie.

Imediat după ce a fost scos din foliculi, lichidul extras, care conține ovulele, este imediat dus la laborator, unde ovulele sunt introduse într-o soluție specială și puse la incubator. Timpul cât ovulele vor sta la incubator depinde de gradul lor de maturitate. Atunci când sunt mature, ovulele sunt amestecate cu spermatozoizii (inseminate). În mod tipic, aproximativ 80% dintre ovule sunt fertilizate cu succes,



În timpul fertilizării în vitro: (A) Medicul extrage ovulele din ovar cu ajutorul unui ac. (B) Ovulele și spermatozoizii de la donatori sunt combinate într-un mediu de cultură și (C) plasate la incubator. (D) După fertilizare, ouăle sunt recoltate cu ajutorul unei canule și (E) transferate în uter.

acest lucru dacă nu există nici un factor masculin care să contribuie la infertilitate.

Unii dintre embrioni sunt transferați în uter la 2 zile după ce fertilizarea este confirmată. Transferul de embrioni este o procedură de scurtă durată, în cadrul căreia doctorul introduce în uter un cateter moale, flexibil (canulă), prin orificiul colului uterin. De obicei sunt transferați 2 sau 3 embrioni. Embrionii rămași pot fi crioprezervați (înghețați), astfel încât nu va mai trebui repetat procesul de stimulare ovariană și de recoltare. În cazul în care concepția nu apare după transferul de embrioni sau dacă mai doriți și alți copii, embrionii congelați pot fi utilizați ulterior. Veți face un test de sarcină, de obicei la 2 săptămâni după procedură.

Rata obișnuită de succes a fertilizării în vitro – procentul de cicluri TRA necesare pentru a obține nașterea unui copil viabil – este de aproximativ 25%. Fertilizarea în vitro este, în general, tratamentul de ales atunci când ambele trompe uterine sunt obstruate. De asemenea, este folosită pe scară largă în cazul unui număr de alte afecțiuni care determină infertilitate, inclusiv endometrioza, infertilitatea de cauză necunoscută, infertilitatea datorată unor cauze localizate la nivelul colului uterin, infertilitatea de cauză masculină și afectarea ovulației.

TRA are cele mai bune rezultate atunci când uterul femeii este sănătos, răspunde bine la tratamentul medicamentos, iar ovulația apare în mod natural. Rata de succes este mai mică la femeile de peste 40 de ani și la cele care au afecțiuni netratate ale uterului, cum ar fi țesut cicatricial, fibroame sau polipi. Rata de succes este de asemenea mai mică la bărbații care au un număr mic de spermatozoizi, spermatozoizi cu mobilitate redusă sau cu funcție anormală.

Printre alte forme de TRA care nu sunt prea des folosite se află și transferul zigotului în interiorul trompei uterine. În cadrul acestei proceduri, oul fertilizat (zigotul) este plasat la nivelul trompei uterine în ziua de după recoltare. În cazul transferului intratubar de gameți, ovulul nefertilizat și spermatozoizii sunt plasați la nivelul trompei uterine, acolo unde are

Factori care trebuie luați în considerare

Depistarea și tratarea cauzei infertilității poate fi o provocare atât pentru cuplu cât și pentru medic. E nevoie de energie și de dăruire pentru ceva ce poate dura o perioadă lungă de timp.

Atitudinea personală

Este important pentru un bărbat și o femeie care se gândesc să înceapă un tratament de fertilizare să analizeze ce atitudine au față de acest proces. Doar pentru că un lucru este posibil, aceasta nu înseamnă că el trebuie făcut. Atitudinea față de concepție variază în mare măsură. Unele cupluri cred că dacă actul sexual nu produce un copil, trebuie să accepte situația și să nu ia nici o atitudine suplimentară pentru a obține eventual o sarcină. Contrar, alte cupluri sunt așa de îndârjite în dorința de a avea propriul lor copil biologic încât cred că nici o procedură nu este de prisos, nici un tratament prea complicat și nici o cheltuială sau corvoadă prea mare.

Majoritatea cuplurilor se află undeva la mijloc între cele două atitudini. Medicii care sunt specializați în probleme de fertilizare sunt adeseori pregătiți să discute cu dumneavoastră aceste chestiuni. Ei vă pot ajuta să vă examinați atitudinea și să vă mențineți așteptările în limite realiste. Chiar dacă științele medicale au oferit o mulțime de tehnici noi, toate au limite și nici una nu este încununată 100% de succes.

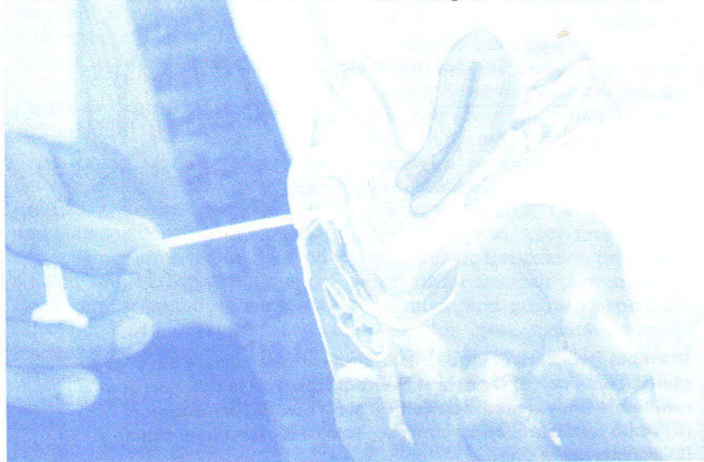
Considerații etice

Atunci când fertilizarea este posibilă doar prin intervenția unei proceduri medicale, unele cupluri cred că faptul de a profita de avantajele noilor tehnologii depășește o anumită limită. În aceste cazuri se ridică problema unor considerații etice.

O preocupare semnificativă pentru multe persoane este folosirea donorului de spermă sau de ovule de la cineva care nu este propriul partener. Folosirea spermatozoizilor sau ovulelor unui străin ridică multe întrebări: are donorul vreun drept în ce privește copilul? Este oare posibil ca o decizie judecătorească ulterioară să-i dea donorului dreptul de vizită?

Alte considerații etice se referă la probleme legate de reducerea selectivă a numărului de embrioni în cazul sarcinilor multiple.

În final, doar dumneavoastră și propriul partener puteți decide cât de departe veți merge și dacă vă veți descurca cu problemele care pot apărea. Momentul pentru a lua în considerare laturile etice ale terapiei de fertilizare este înainte de a începe tratamentul efectiv.



loc fertilizarea. O altă tehnică este numită injectarea intracitoplasmatică a spermatozoizilor. Ea constă într-o tehnică microscopică, în cadrul căreia un singur spermatozoid este injectat în interiorul ovulului pentru a produce fertilizarea. Rata de fertilizare este mai mare decât cea obținută prin inseminarea tradițională. Această procedură este în special utilă în cazul cuplurilor la care fertilizarea a eșuat prin tehnicile standard și în cazul bărbaților care au un număr mic de spermatozoizi.

Ajutoare suplimentare pentru TRA sunt autoejacularea, care folosește stimuli electrici pentru ejaculare și obținerea spermei. Această procedură poate fi folosită la bărbații cu leziuni ale coloanei vertebrale care nu pot altfel ejacula. Tehnicile de aspirare constau în recoltarea spermei din părți ale sistemului reproducător masculin cum ar fi epididimul, vasele deferente și testiculele.

Riscurile asociate cu TRA se datorează medicamentelor și procedurilor folosite pentru recoltarea ovulelor. Acestea pot fi hemoragii, infecții, lezarea organelor adiacente și suprastimularea ovarelor, care determină mărirea în dimensiune a ovarelor și dureri abdominale. Cel mai mare risc este creșterea șansei de sarcini multiple.

Disfuncții sexuale

Femeile răspund în mod diferit la stimularea sexuală dar, în general, ele trec printr-un ciclu de răspuns alcătuit din 4 faze:

- *dorința.* Ideea de act sexual face plăcere;
- *lubrifierea sexuală.* Modificări fizice, cum ar fi umezirea vaginului și tumefierea clitorisului și labiilor, care pregătesc organismul pentru sex;
- *orgasmul.* Contracția mușchilor vaginali, care determină plăcere;
- *recuperarea.* Corpul revine la starea de dinainte de actul sexual.

Pentru femei, răspunsul sexual este complex. El este frecvent legat de sentimentele față de partener și de stimulii sexuali. Pe lângă apetitul sexual, multe femei au chef de sex deoarece vor să se apropie sau să-și comunice afecțiunea pentru partener.

Disfuncția sexuală implică pur și simplu probleme sau obstacole întâlnite în unul sau mai multe stadii ale răspunsului sexual. Atât femeile cât și bărbații pot avea probleme, și majoritatea persoanelor le pot avea la un moment dat în viață. De fapt, rezultatele unui studiu realizat în SUA pe persoane cu vârste cuprinse între 18 și 59 de ani arată că disfuncția sexuală este frecventă - 43% dintre femei și 31% dintre bărbați recunosc că au avut probleme sexuale.

Multe cazuri de disfuncție sexuală se datorează lipsei unei educații sexuale de bază. Este important să-ți înțelegi propria anatomie și răspunsurile normale, fiziologice ale corpului la stimularea sexuală. Poate fi greu de atins orgasmul dacă nu ați avut niciodată unul, nu știți cum e și de ce stimuli are nevoie corpul dumneavoastră pentru a ajunge în acest stadiu. De asemenea, multe persoane nu sunt conștiente de faptul că o femeie are nevoie de mai mult timp pentru preludiul sexual decât are nevoie un bărbat.

Una dintre problemele obișnuite ale femeilor este oboseala și prezența unei multitudini de factori stresanți și îndatoriri care rezultă din dorința lor de a îndeplini roluri multiple, cum este cel de la serviciu, rolul de soție, mamă și persoană care se ocupă de îngrijirea părinților în vârstă. În cazul bărbaților, factorii care pot duce la disfuncții sexuale cuprind hipertensiunea arterială, anumite medicamente, afecțiunile cronice cum este diabetul și abuzul de unele substanțe. Descoperiri mai recente indică faptul că și femeile prezintă mulți dintre acești factori de risc.

Disfuncția sexuală la femei este în general împărțită în 4 categorii: scăderea dorinței sexuale, afecțiuni care alterează preludiul sexual, tulburări ale orgasmului și afecțiuni sexuale dureroase. Rețineți că acestea sunt categorii, nu cauze. Categoriile au multe trăsături comune. Modificările hormonale, cum sunt cele care apar în timpul sarcinii sau menopauzei, pot afecta răspunsul sexual. Acest lucru poate avea drept rezultat alterarea relației sau sentimente negative față de partener. Problemele emoționale, cum este anxietatea sau depresia, pot contribui la oricare dintre afecțiunile sexuale. La fel pot face și antecedentele de abuz sexual. Drept urmare, disfuncția sexuală vă poate afecta respectul de sine sau cel al partenerului, relațiile pe care le aveți și calitatea vieții.

Scăderea dorinței sexuale

Semne și simptome

- Diminuarea sau absența dorinței sexuale, inclusiv lipsa recurentă sau de lungă durată a gândurilor și fanteziilor sexuale.
- Dorința sexuală insuficientă pentru susținerea interesului în activitatea sexuală.
- Setimentul neplăcut legat de lipsa dorinței.

Probabil cel mai frecvent tip de afecțiune sexuală la femei, dorința sexuală hipoactivă, se referă la scăderea libidoului sau lipsa apetitului sexual. Ea nu se mai gândește și nu mai are fantezii legate de sex. Este încă posibil să mai aveți orgasm în cursul actului sexual, dar să vă lipsească dorința. Această stare este considerată afecțiune sexuală doar dacă femeia este deranjată de ea.

În medie, bărbații își doresc să aibă relații sexuale mai des decât femeile. Dacă partenerul dumneavoastră vrea să facă sex mai des decât dumneavoastră, nu înseamnă neapărat că aveți o problemă de dorință. De fapt, ea sugerează o nepotrivire între dumneavoastră și partener. În aceste cazuri, poate fi utilă consilierea psihologică. Ea poate duce la apariția unui compromis și la o mai bună înțelegere în cuplu.

Scăderea dorinței sexuale nu înseamnă că e ceva în neregulă la nivel psihologic sau în relațiile interpersonale. Aproape fiecare femeie trece prin așa ceva la un moment dat în viață. Este frecvent după naștere, atunci când multe proaspete mame sunt obosite și-și concentrează toată energia asupra copilului. Nu prea mai rămâne mare lucru pentru sex.

Scăderea dorinței sexuale este, în general, trecătoare. Dorința diminuată sau absentă care persistă, totuși, poate fi cauză de stres, poate crea probleme asupra imaginii de sine a femeii și poate distruge viața sexuală a ambilor parteneri.

Diminuarea lubrifierii sexuale

Semne şi simptome

- Scăderea lubrifierii în timpul activităţii sexuale dorite.
- Uscăciune vaginală în cursul actului sexual, în ciuda stimulării sexuale suficiente în cursul preludiului.
- Uneori, durere în cursul actului sexual.
- Neplăcere datorată lipsei de lubrifiere.

În cazul afectării lubrifierii sexuale, dorinţa sexuală este intactă, dar sunteţi incapabilă de a menţine lubrifierea în timpul actului sexual. Corpul dumneavoastră nu cooperează. Nu produce suficiente secreţii şi senzaţii care să menţină plăcerea.

Ca şi în cazul altor probleme sexuale, lipsa ocazională a lubrifierii nu înseamnă că aveţi o boală. Este considerată ca o afecţiune doar dacă persistă sau vă creează neplăceri. Lipsa răspunsului sexual atunci când partenerul nu vă stimulează suficient sau preludiul nu durează cât trebuie nu este nici ea o boală. Este o reacţie normală la o stimulare sexuală inadecvată.

Există multe lucruri care pot afecta lubrifierea sexuală. Cauzele fizice pot fi reprezentate de radioterapia regiunii pelvine, anumite medicamente sau afecţiuni vasculare periferice care duc la scăderea fluxului de sânge la nivelul organelor genitale.

Tulburările orgasmului

Semne şi simptome

- Incapacitatea de a atinge orgasmul în timpul actului sexual, după o stimulare suficientă.
- Întârzieri în atingerea orgasmului, în ciuda stimulării suficiente.
- Senzaţie de neplăcere datorată lipsei orgasmului.

Deşi majoritatea femeilor sunt apte din punct de vedere biologic să aibă orgasm, unele nu reuşesc niciodată să îl atingă, unele îl ating doar rareori, iar altele au orgasm la fiecare act sexual. O modificare a tiparului obişnuit, care vă cauzează neplăceri sau duce la lipsa de satisfacţie legată de activitatea sexuală, trebuie evaluată.

Tulburările orgasmului sunt definite ca dificultăţi persistente sau recurente, sau întârzieri în atingerea orgasmului după stimularea şi lubrifierea sexuală suficientă. Dacă situaţia nu vă deranjează, atunci nu este considerată o afecţiune. Atunci când o femeie care nu a avut niciodată orgasm primeşte acest diagnostic, se numeşte tulburare primară a orgasmului. În cazul unei femei care a avut orgasm, dar nu mai poate atinge această stare, se numeşte tulburare secundară a orgasmului.

Tulburările orgasmului sunt strâns legate de tulburările lubrifierii sexuale. În general, dacă nu aveţi senzaţii plăcute datorate activităţii sexuale, nu o să aveţi nici orgasm. În unele cazuri de tulburări ale orgasmului, femeia poate avea orgasm, dar trebuie să lucreze neobişnuit de mult sau de dificil pentru a-l atinge.

Răspunsul sexual feminin este complex, cuprinzând dorinţa şi stimularea sexuală. Faptul de a înţelege cum răspunde corpul dumneavoastră la stimularea sexuală, de a şti ce vă face plăcere şi de a vă comunica nevoile partenerului este important pentru atingerea orgasmului.

Un număr mare de femei – între 1/3 şi 2/3 – au nevoie de stimularea clitoridiană pentru a atinge orgasmul. Nu presupuneţi că aveţi o tulburare orgasmică până în momentul în care partenerul sau dumneavoastră înşivă nu aţi încercat stimularea clitoridiană directă înainte, în cursul sau după actul sexual.

O altă cauză comună a acestei afecţiuni este o clasă de medicamente denumită inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (ISRS). Aceasta cuprinde fluoxetina (Prozac), paroxetina (Paxil), sertralina (Zoloft) şi citalopramul (Celexa). Alte cauze fizice cuprind leziuni ale măduvei spinării, alte afecţiuni neurologice sau traumatisme. Cauzele nefizice cuprind inhibiţia sexuală, teama de a pierde controlul sau alte lucruri care vă distrag atenţia şi vă afectează capacitatea de a vă concentra asupra senzaţiilor de plăcerea sexuală.

Afecţiunile sexuale dureroase

Semne şi simptome

- Dureri generalizate în timpul stimulării sexuale, înaintea actului sexual propriu-zis.
- Dureri în momentul intrării penisului în vagin.
- Neplăcere datorată acestei dureri.

În cazul afecţiunilor sexuale dureroase, femeile cred că stimularea sexuală fără act sexual le cauzează durere sau că resimt durere în momentul intrării penisului. Unele au dureri genitale recurente sau persistente asociate cu actul sexual (dispareunie) sau spasme dureroase, involuntare ale muşchilor care înconjoară intrarea în vagin (vaginism).

Mai multe afecţiuni fizice care interesează zona genitală pot fi responsabile de dispareunie, inclusiv modificările hormonale, lubrifierea vaginală diminuată, vaginita, endometrioza şi reacţiile la dispozitivele sau substanţele folosite pentru contracepţie. Absenţa unei lubrifieri vaginale suficiente poate determina dureri

Vaginismul

O cauză rară de dureri în cursul actului sexual este vaginismul. Dacă aveţi vaginism, nu se face lubrifierea naturală a vaginului în cursul preludiului. În acelaşi timp, muşchii care înconjoară intrarea în vagin se contractă, făcând actul sexual dificil, dacă nu chiar imposibil.

Cauza vaginismului poate fi psihologică, posibil ca răspuns la o experienţă sexuală traumatizantă. Dacă aveţi vaginism, consultaţi-vă medicul sau un psihoterapeut specializat în tratarea afecţiunilor sexuale.

Adeseori, tratamentul combină ajutorul psihologic cu lărgirea vaginală progresivă (dilatarea). Începeţi prin introducerea în vagin a unui tub mic. O dată ce aţi putut tolera acest lucru fără apariţia durerii, inseraţi tuburi de mărimi din ce în ce mai mari, până când puteţi insera un tub de grosimea unui penis, fără a resimţi durere. Această tehnică trebuie de obicei însoţită de ajutor psihologic.

în cursul actului sexual. După menopauză, mucoasa care căptușește vaginul devine, în general, mai subțire și mai uscată, și actul sexual care era înainte plăcut, poate deveni dureros.

Traumele psihice, cum ar fi violul sau molestarea sexuală, pot fi cauza unor afecțiuni sexuale dureroase. În cazul vaginismului, spasmele musculaturii vaginale sunt adeseori un răspunns condiționat la o penetrare dureroasă sau pot fi rezultatul unor traume emoționale.

Unde să cereți ajutor

Dacă tulburarea dumneavoastră sexuală vă provoacă neplăceri, s-ar putea să doriți să cereți ajutor. Afecțiunile sexuale sunt frecvente și nu sunt un motiv pentru care să vă rușinați. Medicii sunt din ce în ce mai sensibili la problemele sexuale. Căutați un medic care să fie interesat și începe să pună întrebări în efortul de a fi de ajutor.

Un medic înțelegător vă poate ajuta să determinați cauza afecțiunii și vă poate sugera tratamentul. Acesta poate căuta și apoi trata cauzele care stau la baza tulburării. Medicul v-ar putea întreba și despre relația cu partenerul, starea dumneavoastră fizică și emoțională, antecedentele medicale, medicamentele pe care le luați, precum și întrebări despre dorințele sexuale sau dacă ați fost victima unui abuz sexual.

Seriozitatea afecțiunii sexuale se datorează mai mult neplăcerii pe care o determină sau efectului asupra relației cu partenerul, decât tulburării însăși.

Tratament

Dacă aveți o afecțiune care ar putea fi cauza tulburării, probabil că medicul o va aborda pas cu pas pentru a o trata. Acesta va modifica sau elimina, probabil, medicamentele pe care le luați, pentru a determina dacă ele ar putea fi cauza responsivității dumneavoastră sexuale.

Lubrifianții vaginali pot fi utili pentru a atenua durerea din cursul actului sexual. Dacă vă aflați în perioada de după menopauză, doctorul v-ar putea recomanda estrogeni – pe cale orală, vaginală sau plasturi – pentru a contracara uscăciunea și subțierea mucoasei vaginale datorate menopauzei.

Dacă suferiți de o tulburare a orgasmului, medicul vă poate sugera un set de exerciții simple (exercițiile Kegel, vezi pag. 1089), care vă pot ajuta să vă dezvoltați musculatura din treimea externă a vaginului, care sunt implicați în obținerea senzațiilor de plăcere. Aceiași mușchi controlează și jetul de urină.

În unele cazuri, sfaturile psihologice vă pot fi utile atât dumneavoastră cât și partenerului. Ele pot cuprinde sugestii care să mărească plăcerea sexuală. Dacă există o problemă subiacentă în relația cu partenerul dumneavoastră, consilierea psihologică vă poate ajuta să o depășiți.

Tulburările ciclului menstrual

Ciclul dumneavoastră menstrual este reglat de hormoni care sunt, în cele din urmă, reglați de hipotalamus, o zonă de la baza creierului care acționează ca un fel de reglator al întregului sistem reproducător. Hipotalamusul interacționează cu glanda hipofiză, iar unii dintre acești hormoni reglează funcția hormonală a ovarelor. Hormonii ovarieni sunt cei care influențează în mod principal uterul.

Dată fiind complexitatea acestui sistem și faptului că atât stresul fizic cât și mental pot afecta hipotalamusul, este remarcabil că ciclul menstrual feminin rămâne totuși atât de regulat. Uneori, totuși, pot apărea neregularități. Există factori variați care pot fi cauza tulburărilor menstruale.

Absența ciclurilor menstruale

Semne și simptome

- Lipsa de apariție a menstruației până la vârsta de 16 ani.
- Lipsa menstruației timp de 3 luni la o femeie care nu este însărcinată și nici la menopauză.

Lipsa menstruației este denumită amenoree. Dacă nu ați avut niciodată menstruație, boala se numește amenoree primară.

Dacă ajungeți la vârsta de 16 ani fără a avea menstruație, există riscul de a vă dezvolta mai târziu decât celelalte fete, dar normal. Faptul de a fi foarte sportivă sau foarte slabă poate duce la întârzierea menarhăi. Totuși, există o mică posibilitate de a avea o anomalie hormonală care poate fi cauza lipsei ciclurilor menstruale (amenoreei). Consultați un medic, în special dacă și alte caractere sexuale întârzie să apară, cum ar fi apariția sânilor sau a părului pubian.

Dacă ați avut cicluri menstruale timp de mai mulți ani, dar în ultima vreme nu ați avut ciclu timp de 3 luni sau mai mult, se cheamă că aveți amenoree secundară. Există mai multe explicații posibile pentru acest lucru. Cea mai evidentă este sarcina. Alte motive pentru lipsa ciclurilor menstruale pot cuprinde o afecțiune denumită sindromul ovarelor polichistice (vezi pag. 1074), pierderea unui număr mare de kilograme într-o perioadă scurtă de timp, exercițiile fizice excesive, faptul de a fi permanent sub stres, obezitatea sau administrarea unor medicamente care suprimă menstrele ca efect secundar. Contraceptivele orale pot fi și ele cauza lipsei ciclurilor menstruale, în special în primele luni de utilizare. Dacă acest lucru apare, este totuși important să continuați să luați pastilele.

Dacă tocmai ați întrerupt tratamentul anticoncepțional, este posibil să nu aveți cicluri menstruale timp de mai multe luni. Alăptarea poate și ea întârzia apariția menstrelor. Dacă vă apropiați de vârsta menopauzei, faptul de a sări unele cicluri menstruale este o parte normală a acestui proces.

Amenoreea secundară datorată acestor cauze este destul de frecventă. Probleme mai grave, cum ar fi tumori sau afecțiuni ale glandei hipofize, pot și ele determina amenoree, dar acest lucru este rar. Lipsa reluării menstruației după naștere, în special dacă nu aveți lapte (lactație), poate însemna că glanda hipofiză a încetat parțial sau total să funcționeze în timpul nașterii, o afecțiune rară denumită necroza hipofizară postpartum (sindromul Sheehan).

Dacă aţi avut menstruaţii regulate, dar ciclul v-a întârziat mai mult de 2 săptămâni, probabil că veţi dori să faceţi acasă un test de sarcină sau să mergeţi la medic pentru a afla dacă sunteţi însărcinată.

Totuşi, dacă sunteţi convinsă că nu puteţi fi însărcinată şi nu aveţi alte simptome, nu e foarte rău dacă aşteptaţi 3 luni înainte de a merge la doctor. Reţineţi totuşi că puteţi încă rămâne însărcinată chiar dacă nu aveţi cicluri menstruale. Continuaţi să folosiţi metode contraceptive aproximativ un an după ce nu mai aveţi ciclu.

Diagnostic

Fie că aveţi o amenoree primară sau secundară, medicul vă poate face un examen ginecologic pentru a determina dacă pereţii vaginali par umezi şi au caracteristici normale. Acesta v-ar putea examina mucusul cervical, căutând semne care să arate dacă ovarele vă produc cantităţi adecvate de estrogeni.

O altă modalitate de a determina nivelul dumneavoastră de estrogeni este să luaţi progesteron timp de câteva zile şi să aşteptaţi apoi să vedeţi dacă acest lucru nu induce sângerare vaginală. Apariţia sângerării indică faptul că nu nivelul estrogenilor este problema. Dacă nu sângeraţi în ciuda faptului că aţi luat progesteron, probabil că ovarele dumneavoastră secretă estrogeni puţini sau deloc. Unele analize de sânge şi investigaţii radiologice îl pot ajuta pe medic să determine cauza.

Cât de gravă este lipsa ciclurilor menstruale?

Amenoreea indică adeseori faptul că ceva nu funcţionează cum trebuie şi că ar trebui să faceţi un tratament. Dacă nu aveţi menstre, s-ar putea să fie dificil să rămâneţi însărcinată. Amenoreea poate fi rezultatul unor afecţiuni care vă pot face probleme mai târziu în viaţă. Dacă produceţi estrogeni, dar nu aveţi cicluri menstruale, s-ar putea să aveţi un risc mai mare pe termen lung de a face cancer endometrial (uterin).

Tratament

Tratamentul depinde de cauza care stă la bază. Este posibil ca medicul să vă prescrie contraceptive orale sau terapie de substituţie hormonală pentru a induce cicluri menstruale regulate. Dacă există o afecţiune care stă la baza amenoreei primare sau secundare, probabil că medicul vă va prescrie tratamentul adecvat pentru a rezolva problema.

Amenoreea primară

Semne şi simptome

- Lipsa apariţiei primei menstruaţii până la vârsta de 16 ani.
- Lipsa de dezvoltare a sânilor şi părului pubian.
- Organe genitale externe de aspect anormal.

Lipsa de apariţie a menstruaţiei la pubertate poate fi primul simptom al unei anomalii cromozomiale care face ca fetele să se nască fără toate organele genitale externe sau interne caracteristice sexului. Uneori, problema poate fi observată la naştere. Alteori, ea nu este evidentă până la pubertate, atunci când nu se dezvoltă sânii şi nu apare părul pubian, în funcţie de natura problemei genetice.

O treime dintre fetele la care nu apare menstruaţia au ovare incomplet dezvoltate (disgenezie gonadală). Există mai multe forme de disgenezie gonadală, dar cea mai frecventă este sindromul Turner, care apare la 1 din 2500 fetiţe nou-născute. O adolescentă care are sindromul Turner are înălţime foarte mică şi corpul ei seamănă cu cel al unui copil. Sânii nu se dezvoltă Şi nu are păr pubian sau axilar. Şi organele reproductive interne seamănă cu ale unui copil, ovarele fiind doar nişte simple benzi de fibre (streak gonads), fără foliculi sau ovule.

Există o altă afecţiune în care fetiţa va avea sâni, dar păr pubian şi axilar puţin sau deloc. Organele genitale externe par a fi normale, dar vaginul este scurt şi nu există col uterin, uter, ovare sau trompe uterine. Unele fete care au această afecţiune nu au nici vagin. În locul organelor feminine, poate fi prezent ţesut gonadal undeva în cavitatea abdominală, iar riscul de cancerizare al acestui ţesut este crescut. De obicei, acesta este îndepărtat chirurgical.

Diagnostic

Atunci când o fată ajunge la sfârşitul adolescenţei fără a avea cicluri menstruale, cel mai adeseori cauza este doar o dezvoltare întârziată. Totuşi, medicul poate verifica prezenţa problemelor congenitale printr-un examen ginecologic şi, eventual, prin analize de sânge care să măsoare şi să evalueze nivelul hormonilor circulanţi. Dacă există o anomalie, studiile cromozomiale pot ajuta la indicarea cromozomilor implicaţi.

Medicul poate afla mai multe depre starea ovarelor fetei administrând o cură din hormonii feminini denumiţi progesteron. Dacă ovarele produc estrogeni, administrarea progesteronului poate induce apariţia sângerării la nivelul uterului. Această sângerare semnifică prezenţa stratului interior al uterului (endometru), care poate fi stimulat.

Cât este de gravă amenoreea primară?

Fără o intervenţie chirurgicală care să îndepărteze ţesutul gonadal, copilul are un risc mai mare de a face un cancer. Afecţiunea poate fi cauza unor probleme emoţionale.

Tratament

În unele cazuri de amenoree primară, ţesutul ovarian este atât de nedezvoltat încât este necesar tratamentul cu hormoni feminini pentru a ajuta dezvoltarea sânilor şi a altor caractere sexuale secundare feminine. În general, sarcina nu este posibilă fără donare de ovul.

Sindromul ovarelor polichistice

Semne şi simptome

- Cicluri menstruale neregulate sau lipsa ciclurilor menstruale.
- Infertilitate.
- O cantitate neobişnuită de păr facial şi pe corp.
- Un nivel mare al zahărului în sânge (hiperglicemie).

Sindromul ovarelor polichistice (SOP) este cea mai frecventă afecţiune hormonală printre femeile de vârstă reproductivă din SUA, afectând 4 – 12% dintre acestea. Majoritatea femeilor cu SOP nu au niciodată un ritm menstrual normal în adolescenţă

și, uneori, menstruația dispare imediat după apariție. În unele cazuri nici nu începe vreodată. În general, ciclurile menstruale nu sunt dureroase, iar femeile care au această afecțiune ovulează arareori.

O femeie cu SOP produce o cantitate excesivă de hormoni masculini (androgeni), care pot duce la apariția în exces a părului facial și a acneei. De asemenea, femeile care au această afecțiune pot fi supraponderale.

Numele bolii vine de la aspectul ovarelor la unele dintre femeile care au această afecțiune. Ele sunt mari și pline cu numeroase chisturi. Aceste chisturi sunt foliculi, săculeți umpluți cu lichid care conțin ovulele imature. Afecțiunea poate determina infertilitate, dar este, de obicei, tratabilă.

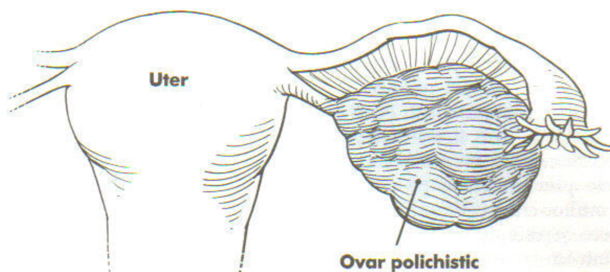
Medicii nu cunosc cauza SOP, dar unele cercetări sugerează o legătură cu insulina, hormonul produs de pancreas, care facilitează transportul zahărului (glucozei) din sânge în interiorul fiecărei celule. De obicei, afecțiunea este pe viață și necesită supraveghere și tratament atent pentru a preveni apariția cancerului endometrial.

Diagnostic

În timpul examenului ginecologic, medicul poate depista creșterea în dimensiune a ambelor ovare. Testele de sânge pot arăta un model tipic al hormonilor, care sunt prezenți în cantități anormale. Doctorul poate cere un examen ecografic pentru a determina grosimea stratului intern al uterului și o biopsie endometrială, în care se prelevează o mostră de țesut pentru un studiu de laborator care să determine orice stare precanceroasă.

Cât este de grav sindromul ovarelor polichistice?

Femeile care au SOP prezintă un risc crescut de diabet, hipertensiune arterială, niveluri anormale ale grăsimilor sangvine și boală a arterelor coronare. Deoarece SOP întrerup ciclul reproductiv normal și expun uterul unor cantități constante de estrogeni – datorită lipsei ovulației – femeile cu SOP au un risc crescut de apariție a unor sângerări uterine anormale și a cancerului uterin.



Sindromul ovarelor polichistice este o afecțiune care constă în apariția unor cicluri menstruale anormale și uneori a părului în exces pe față și pe corp. Ovarele prezintă numeroase chisturi și nu reușesc să elibereze ovulele.

Tratament

Femeile supraponderale cu SOP au semne și simptome mai grave. Scăderea în greutate poate reduce atât nivelurile de insulină cât și de androgeni. Dacă nu doriți să rămâneți însărcinată, medicul vă poate prescrie pastile anticoncepționale sau progestative cu durată lungă de acțiune cum este medroxiprogesteronul, pentru a inhiba ovulația și a vă feri de apariția eventuală a unor modificări precanceroase la nivelul mucoasei uterine. Medicul poate adăuga un medicament, cum ar fi spironolactona (Aldactone), pentru a contracara efectele excesului de androgeni.

Cercetătorii evaluează, în tratamentul SOP, folosirea metforminei (Glucophage), un medicament care se administrează pe cale orală în tipul 2 de diabet (denumit înainte diabetul adultului sau diabet noninsulinodependent). Metformina inhibă producția și eliberarea de glucoză de la nivelul ficatului, fiind astfel nevoie de mai puțină insulină pentru a transporta zahărul sangvin în celule.

Dacă doriți să aveți un copil, vi s-ar putea administra un medicament pentru fertilitate, care să inducă ovulația. Aproape 50% dintre femeile care iau un astfel de medicament rămân însărcinate. Dacă, în ciuda tratamentului, nu reușiți să aveți un copil, în cazuri foarte rare se poate face o intervenție chirurgicală la nivelul peretelui ovarului care să vă amelioreze șansele de a concepe.

Sindromul premenstrual

Semne și simptome

- Balonare, retenție de lichid, tumefacție abdominală, umflarea mâinilor și picioarelor și creștere în greutate.
- Dureri la nivelul sânilor.
- Neîndemânare.
- Astenie fizică.
- Cefalee.
- Tulburări gastrointestinale, incluzând greață, vomă, diaree și constipație.
- Tulburări respiratorii și ale pielii.
- Modificări de dispoziție, dificultăți de concentrare și letargie.
- Iritabilitate, anxietate, furie și tensiune.

Sindromul premenstrual (SPM) constă într-un model predictibil de modificări fizice și emoționale care apar chiar înaintea menstruației. Pentru 2-5% dintre femei, SPM este o problemă importantă. Multe altele trec prin simptome de intensitate mai redusă. Acestea pot apărea în orice moment după mijlocul ciclului și dispar în general imediat după apariția menstruației. Simptomele SPM tind să fie din ce în ce mai supărătoare de la lună la lună, și afectează cu preponderență femeile cu vârste cuprinse între 20 și 30 de ani.

Nimeni nu știe cu adevărat care este cauza SPM. Este, fără îndoială legată, de modificările ciclice ale nivelurilor hormonale, deoarece simptomele dispar în cursul sarcinii și după menopauză. Stresul poate agrava problema, dar nu este singura afecțiune. Uneori, femeile care au un SPM sever au de fapt o depresie nediagnosticată, deși depresia singură nu poate explica toate simptomele de SPM. Nu întotdeauna este vina SPM pentru dispoziția capricioasă.

Diagnostic

Medicul poate atribui un simptom anume SPM doar dacă acesta face parte dintr-un model predictibil, cu apariţie premenstruală. Pentru a-l încadra într-un tipar, medicul vă poate cere să vă notaţi simptomele premenstruale pe durata mai multor cicluri. Vă puteţi nota tot ceea ce resimţiţi pe un calendar sau într-un jurnal, din prima zi în care au apărut şi până în ziua în care au dispărut. Notaţi, de asemenea, şi prima zi a ciclului.

Cât este de grav sindromul premenstrual?

SPM poate fi greu de tolerat, dar el nu se asociază cu nici o boală. Adeseori, dispare singur înainte de menopauză. Dacă vi se pare că SPM este greu de suportat, există posibilitatea mai multor tratamente.

Tratament

Medicul vă poate adeseori ajuta să atenuaţi o parte dintre simptomele SPM şi vă poate uşura disconfortul.

Tratament medicamentos

Nici unul dintre medicamentele folosite în tratamentul SPM nu este util pentru toate femeile. Reacţiile individuale la tratament sunt diferite şi fiecare poate ajuta o parte dintre femei.

În cazul SPM sever, prima opţiune de tratament a devenit o clasă de antidepresive denumite inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (ISRS). Medicamentul cel mai studiat este fluoxetina (Prozac), dar şi altele, cum ar fi paroxetina (Paxil) şi sertralina (Zoloft) pot fi eficiente.

Un diuretic, uneori denumit pastilă pentru apă, poate reduce retenţia premenstruală de apă şi balonarea, deşi unele studii nu arată vreun beneficiu de pe urma folosirii acestui medicament care poate avea efecte adverse grave. Contraceptivele orale pot fi şi ele eficiente în tratarea unora dintre femeile care au un SPM.

Alimentaţia şi exerciţiul fizic

Evitând sarea timp de câteva zile înainte de ciclul menstraul, puteţi reduce balonarea şi retenţia de lichide. Dacă evitaţi cofeina, vă puteţi simţi mai puţin iritabilă şi tensionată şi s-ar putea ca sânii să vă doară mai puţin. Multe femei spun că exerciţiul fizic le ameliorează starea emoţională.

Femeile care au doar simptome moderate spun uneori că simplul fapt de a-şi nota simptomele timp de câteva luni este singurul ajutor de care au nevoie. O dată ce e clar că problemele lor sunt predictibile şi durează puţin, li se pare că SPM este mai uşor de suportat.

Sindromul intermenstrual (Mittelschmerz)

Semne şi simptome

- Dureri în partea inferioară a abdomenului în momentul ovulaţiei.
- Uşoară sângerare vaginală care însoţeşte această durere.

Mittelschmerz este cuvântul german care semnifică «durere la mijloc». Problema apare la mijlocul ciclului menstrual, aproximativ în momentul ovulaţiei. Tipic, este o durere de intensitate destul de mare, care durează între câteva minute şi câteva ore. Poate fi acompaniată de o sângerare minimă.

Atunci când foliculul se rupe şi eliberează ovulul, lichidul din interiorul lui intră în cavitatea abdominală şi poate determina o iritaţie. Şi întinderea peretelui ovarului datorată dezvoltării ovulului poate fi dureroasă. Scăderea rapidă a estrogenilor care apare în momentul ovulaţiei poate determina sângerarea.

Momentul apariţiei şi localizarea durerii poate facilita diagnosticarea sindromului intermenstrual. În cazuri rare, durerea poate fi atât de severă încât să semene cu apendicita.

Tratament

Tratamentul depinde de cât de des apare sindromul intermenstrual şi de cât de severă este durerea. Puteţi lua un antialgic uşor, cum este acetaminofenul, aspirina sau ibuprofenul, pentru a atenua durerea. Dacă aceasta este severă şi apare în majoritatea lunilor, medicul v-ar putea recomanda să luaţi anticoncepţionale orale pentru a inhiba ovulaţia.

Ciclurile menstruale dureroase

Semne şi simptome

- Dureri în zona inferioară a abdomenului în timpul menstruaţiei, care este posibil să se extindă spre şolduri, spate şi coapse.

Mai mult de 1/2 dintre femei au dureri de intensitate moderată în primele una-două zile ale ciclului menstrual. Totuşi, 10% prezintă dureri menstruale atât de severe (dismenoree) încât le împiedică activităţile obişnuite dacă nu iau medicamente.

Dacă durerea nu este simptomul unei afecţiuni ginecologice de bază, ci este doar o manifestare exagerată a unui ciclu menstrual normal, afecţiunea se numeşte dismenoree primară.

Atunci când afecţiunea ginecologică este cauza menstruaţiilor dureroase, ea este cunoscută sub numele de dismenoree secundară. În general, este foarte probabil să existe o cauză secundară atunci când durerea depăşeşte primele 1-3 zile ale ciclului menstrual. Cauzele care stau la bază pot fi fibroamele, adenoamele, endometrioza, boala inflamatorie pelvină sau un chist sau tumoră ovariană.

Diagnostic

Prima preocupare a medicului dumneavoastră este de a depista dacă nu cumva există o afecţiune care stă la baza dismenoreei secundare. Probabil că vi se va face un examen ginecologic şi poate că vi se vor cere analize de sânge şi urină. Medicul mai poate cere şi alte teste de diagnostic, cum ar fi ecografia, pentru a obţine imagini ale organelor pelvine.

Cât de grave sunt ciclurile menstruale dureroase?

Dismenoreea primară poate fi extrem de dureroasă, dar nu este periculoasă. Mai frecventă în adolescenţă, este foarte probabil să se atenueze sau să dispară cu timpul, spre mijlocul decadei a doua de viaţă sau după naşterea primului copil. Dismenoreea secundară este mai gravă, dar

majoritatea afecţiunilor care-i stau la bază sunt tratabile.

Tratament

Tratamentul depinde de tipul de dismenoree. În cazul dismenoreei primare, medicul v-ar putea prescrie medicamente antiinflamatoare nesteroidiene (AINS), cum ar fi ibuprofenul (Advil, Motrin etc.) sau naproxenul (Aleve, Naprosyn etc.), care să vă atenueze durerea. Aceste medicamente, care blochează formarea prostaglandinelor, sunt eficiente pentru 80% dintre femeile care le iau. Contraceptivele orale atenuează în mod semnificativ disconfortul. În cazul dismenoreei secundare, tratamentul se concentrează pe vindecarea şi tratarea cauzei care stă la bază.

Sângerile uterine disfuncţionale

Semne şi simptome

- Sângerări vaginale care apar la intervale de timp neregulate.
- Sângerări vaginale impredictibile ca durată şi cantitate.

Ciclul menstrual variază de la femeie la femeie, dar sângerarea menstruală apare, în general, la fiecare 28 de zile, durează 4-5 zile şi produce o pierdere de sânge de 60-250 ml (de la 4 linguri la aproximativ o cană).

Sângerările uterine disfuncţionale se referă la sângerări neregulate care nu sunt determinate de o anomalie anatomică. Frecvente şi de obicei nedureroase, ele apar mai frecvent la fetele care sunt la primele cicluri menstruale, la femeile care se apropie de menopauză sau drept consecinţă a stresului sau unor boli. În majoritatea cazurilor, stratul intern al uterului devine prea gros deoarece ovarele nu produc cantităţi normale de hormoni.

Sângerările uterine disfuncţionale pot avea forme diferite: cicluri menstruale abundente (menoragii), puţin abundente (oligomenoree), foarte frecvente (polimenoree) şi neregulate şi foarte abundente (metroragii).

Atunci când nu se datorează vârstei sau stresului, sângerările uterine disfuncţionale sunt mai frecvent datorate anovulaţiei asociate sindromului ovarelor polichistice. Mai rar, problema este reprezentată de o tumoră ovariană sau de metabolizarea anormală a estrogenilor datorată unei afecţiuni hepatice.

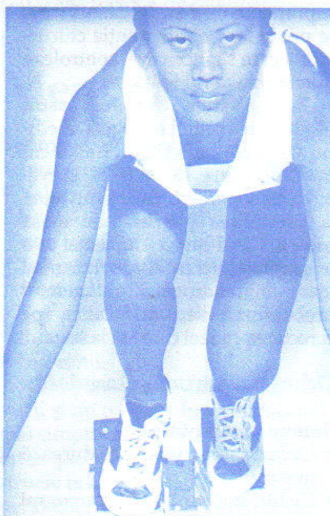
Rareori, o femeie care nu este în apropiere de menopauză începe să prezinte cicluri menstruale neregulate, acnee şi o cantitate neobişnuită de păr pe faţă şi corp. În aceste cazuri, cauza problemei poate fi un exces de androgeni produs fie de o tumoră a glandei suprarenale, fie de o tumoră ovariană.

Diagnostic

Probabil că medicul vă va pune întrebări despre antecedentele dumneavoastră medicale, despre ciclul menstrual şi vă va face un examen ginecologic pentru a se asigura că sursa sângerării este uterul şi nu vezica urinară, colul uterin sau vaginul. De asemenea, medicul poate încerca să determine dacă nu cumva cauza sângerării este reprezentată de o sarcină extrauterină (tubară) sau de un avort precoce. Există unele simptome care, dacă se asociază, pot fi cauză de îngrijorare. Ele pot fi apariţia părului pe faţă, secreţii de la nivelul sânilor, probleme tiroidiene sau tulburări de coagulare.

Este posibil ca medicul să vă recomande un chiuretaj pentru a determina cauza sângerării. În cadrul acestei proceduri chirurgicale minore, medicul vă dilată colul uterin şi răzuieşte stratul intern al uterului cu ajutorul unui instrument subţire, în formă de lingură (chiuretă). Fragmente din acest strat intern vor fi trimise la laborator pentru a verifica dacă nu cumva există un cancer.

Sportul şi ciclul menstrual



Dansatoarele, atletele şi femeile care fac sport intens şi frecvent observă adeseori că sar peste un ciclu menstrual sau chiar nu mai au de loc menstruaţie (amenoree). Acest lucru este mai probabil să se întâmple dacă sunteţi tânără, în mod special dacă ciclul dumneavoastră menstrual tinde să fie neregulat. De fapt, unele dintre adolescentele care se antrenează puternic pentru concursuri atletice, ating sfârşitul adolescenţei înainte de a începe să aibă cicluri menstruale.

Medicii specialişti cred că există mai mulţi factori care sunt implicaţi, inclusiv stresul şi proporţia celulelor grase faţă de celelalte celule în organism. În oricare dintre aceste cazuri, menstruaţia se opreşte deoarece ovarele nu produc hormoni într-o manieră ciclică, care să facă mucoasa uterină să se îngroaşe şi apoi să se elimine.

Reducerea nivelului de efort fizic şi creşterea în greutate pot ajuta la reluarea menstruaţiei. Dacă acest lucru nu se întâmplă, sau nu vreţi să reduceţi nivelul de efort sau să creşteţi în greutate, medicul v-ar putea propune tratamente hormonale, adeseori sub forma contraceptivelor orale. Există un motiv serios pentru acest lucru. Dacă nu produceţi cantităţi normale de estrogeni, sunteţi susceptibilă de a face osteoporoză, care creşte riscul de fractură mai târziu în viaţă.

Reţineţi că vindecare spontană este frecventă şi aţi putea ovula în orice moment, fiind astfel în pericolul de a rămâne însărcinată, aşa că nu uitaţi de metodele contraceptive.

Cât este de gravă sângerarea uterină disfuncţională

Dacă sângeraţi într-un mod care iese din tiparul obişnuit al ciclului dumneavoastră menstrual, mergeţi la medic. De obicei, sângerările uterine disfuncţionale necesită administrarea unui tratament. Dacă menstrele dumneavoastră sunt rare şi nu puteţi avea copilul dorit, este posibil să trebuiască să mergeţi la un specialist în probleme de fertilitate. Femeile care prezintă sângerări frecvente sunt uneori infertile.

Tratament

Tratamentul depinde de cauza afecţiunii. O dată ce cauza a fost definită, contraceptivele orale pot fi foarte utile în reglarea ciclurilor menstruale. Dacă sângerarea este abundentă, este posibil să aveţi nevoie de spitalizare, repaus la pat şi injecţii de estrogeni sau progesteron. Dacă deveniţi anemică, s-ar putea să aveţi nevoie de suplimente de fier. În cazuri rare, se poate face o intervenţie chirurgicală care să încerce să controleze sângerarea abundentă.

Dacă ovarele dumneavoastră produc prea puţini estrogeni, medicul vă poate prescrie un tratament hormonal care să ajute la prevenirea osteoporozei. Estrogenii ajută la prevenirea pierderii de masă osoasă. Când cauza problemei este o cantitate excesivă de hormoni masculini (androgeni), tratamentul probabil că se va focaliza pe corectarea cauzei care stă la bază.

Cicluri menstruale abundente

Semne şi simptome

- Cicluri menstruale care durează mai mult de 7 zile.
- Cicluri menstruale pe parcursul cărora sângerarea este neobişnuit de abundentă.

Menoragia este termenul medical pentru ciclurile menstruale abundente. Afecţiunea mai este denumită şi hipermenoree.

Menstruaţiile abundente sunt frecvente în special la femeile tinere care nu ovulează în mod regulat şi la cele care se apropie de menopauză. Totuşi, orice femeie, în orice moment al vieţii ei reproductive poate avea, la un moment dat, cicluri menstruale abundente. Unele femei au această problemă la aproape fiecare ciclu.

Aproximativ 30% dintre femei se plâng de cicluri menstruale abundente, dar doar 10% prezintă o pierdere de sânge atât de importantă încât să fie definită ca menoragie. Adeseori, aceste tulburări reflectă o perturbare spontană a ciclului hormonal. Ele mai pot fi rezultatul fibroamelor, unei infecţii pelviene, anumitor medicamente, cum ar fi anticoagulantele sau endometriozei. Unele dispozitive intrauterine folosite ca metodă anticoncepţională pot şi ele determina menoragii.

Dacă sângeraţi puternic mai târziu decât v-aţi aştepta în cazul unui ciclu menstrual normal, este posibil să fi suferit un avort. Dacă avortul a fost incomplet, este posibil să fie necesară dilatarea colului uterin şi chiuretajul sau o procedură de aspirare.

Probabil că nu aveţi nevoie de atenţia medicului dacă aveţi un singur ciclu menstrual abundent. Dacă sângerarea nu se opreşte sau nu se atenuează semnificativ în 24 de ore, sunaţi-vă medicul. Dacă aveţi mai multe cicluri menstruale abundente, faceţi o vizită medicului pentru a vă asigura că nu apare o anemie prin deficit de fier, o afecţiune care poate rezulta datorită pierderii de sânge.

Diagnostic

Probabil că medicul vă va face un examen ginecologic pentru a depista anomaliile uterine. Doctorul ar mai putea face un test Papanicolaou şi o biopsie a stratului intern al uterului (endometru).

Suplimentar, vi s-ar putea face şi alte teste, cum ar fi o ecografie sau dilatarea colului uterin şi chiuretaj pentru a încerca identificarea cauzei sângerării abundente. Este posibil ca medicul să ceară o analiză de sânge prin care să se asigure că nu sunteţi anemică.

Cât de grave sunt ciclurile menstruale abundente ?

Menoragia este neplăcută şi poate fi stresantă. Totuşi, în majoritatea cazurilor nu este indicaţia unei afecţiuni grave. Trebuie doar să vă asiguraţi că nu deveniţi anemică.

Tratament

Tratamentul depinde de vârstă şi de starea uterului.

Tratament medicamentos

Dacă sunteţi tânără şi uterul este normal, medicul vă poate prescrie anticoncepţionale care să reducă sângerarea. Antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS), cum este ibuprofenul (Advil, Motrin etc.) sau naproxenul (Aleve, Naprosyn etc.) pot şi ele scădea fluxul, la fel cum pot face şi alte tratamente hormonale. Dacă sunteţi anemică, s-ar putea să aveţi nevoie de tratament cu fier.

Tratament chirurgical

Când alte tratamente eşuează, medicul vă poate recomanda histerectomia sau o procedură denumită ablaţia endometrială.

Sângerările apărute după menopauză

Semne şi simptome

- Sângerare menstruală apărută la un an sau mai mult după ultimul ciclu menstrual.
- Sângerări ocazionale apărute după actul sexual.

Sângerarea menstruală după menopauză are un număr de explicaţii posibile. Ea se poate datora unei infecţii vaginale sau atrofiei vaginale, caz în care pereţii vaginului devin subţiri şi mai fragili. Sângerarea datorată atrofiei vaginale apare, în mod obişnuit, după actul sexual. Terapia de substituţie hormonală poate şi ea determina sângerări. Sângerarea uterină apărută după menoapauză poate fi un simptom precoce al unui cancer uterin.

Diagnostic

Mergeţi la medic dacă sângeraţi de la nivelul vaginului după menopauză. Probabil că medicul vă va face un examen ginecologic. Prima preocupare va fi stabilirea sursei şi cauzei sângerării.

Acest lucru poate cuprinde un test Papanicolaou, o ecografie sau alte metode de diagnostic. Dacă oricare dintre teste este anormal, următorul pas poate fi o histerescopie sau dilataţia colului uterin şi chiuretaj pentru a evalua în continuare cauza sângerării.

Uneori, în ciuda analizelor amănunţite, nu se găseşte cauza sângerării apărute după menopauză.

Ablaţia endometrului

Este o procedură chirurgicală mai nouă, care face inutilă histerectomia în cazul unora dintre femeile care au cicluri menstruale abundente. În mod tipic, procedura se face fără a fi internată şi, în general, vă puteţi întoarce la activităţile obişnuite în decurs de 48 de ore. Totuşi, sunteţi candidată la această procedură doar dacă nu mai doriţi să rămâneţi însărcinată, deoarece sarcina nu mai poate evolua normal după ce stratul intern al uterului (endometrul) a fost îndepărtat pe cale chirurgicală sau distrus.

Alternativele chirurgicale cuprind îndepărtarea sau distrugerea (ablaţia) stratului intern al uterului. Cele mai frecvent folosite tehnici sunt ablaţia standard, diatermia cu ansă şi ablaţia cu balon termic. Există şi alte metode de ablaţie care sunt încă pe cale de investigare.

Aţi putea fi candidată la unul dintre aceste tratamente noi în cazul în care:

- Trebuie să vă schimbaţi tamponul igienic mai des decât o dată pe oră.
- Prezentaţi o anemie prin deficit de fier, ca rezultat al pierderii sangvine.
- Sângerarea excesivă vă împiedică să vă desfăşuraţi activitatea normală.
- Tratamentele hormonale sau de alt tip eşuează.
- Cauza sângerării este necanceroasă (benignă).
- Vreţi să evitaţi histerectomia.

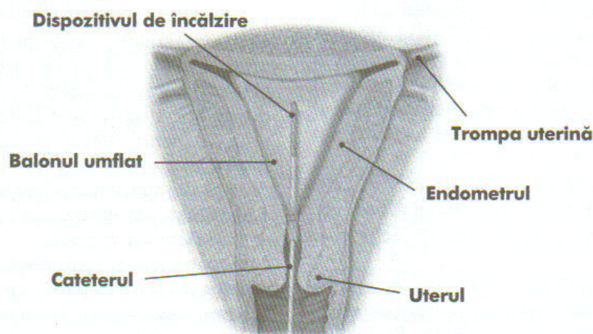
Trebuie să fiţi avertizată că până la 25% dintre femeile care suferă o ablaţie a endometrului vor avea nevoie mai târziu de histerectomie pentru a controla sângerarea sau datorită altor motive.

Ablaţia histeroscopică

Folosind un dispozitiv cu care vede în interiorul cavităţii uterine, chirurgul poate astfel trata stratul intern al uterului cu ajutorul laserului sau unui curent electric. Complicaţiile posibile cuprind perforarea uterului şi tulburările lichidiene, ca rezultat al absorbţiei excesive de lichid în cursul procedurii.

Ablaţia cu balon termic

Această tehnică utilizează un balon umplut cu lichid, care este umflat în interiorul uterului. După ce rezistenţa din interiorul balonului încălzeşte lichidul, acesta este lăsat pe loc aproximativ 8 minute. Căldura distruge celulele de la nivelul stratului intern al uterului, iar eventual acesta se scurge la exterior. Întreaga procedură durează cam 30 minute. Majoritatea baloanelor folosite nu sunt pe bază de latex, astfel încât pot fi tratate şi femeile care sunt alergice la acest material. Această procedură, faţă de tehnicile histeroscopice, este mai puţin probabil să determine o ruptură uterină.



Doctorul introduce un balon termic umplut cu lichid şi apoi îl umflă. Rezistenţa caldă din interiorul balonului încălzeşte lichidul. Acesta este lăsat pe loc aproximativ 8 minute. Căldura distruge celulele de la nivelul stratului intern al uterului.

Totuşi, chiar în cazul în care cauza nu se găseşte, dacă simptomul reapare, ar trebui să fiţi reexaminată.

Cât de gravă este sângerarea apărută postmenoapauză?

În majoritatea cazurilor, sângerarea apărută postmenopauză nu este gravă, dar ea poate fi simptomul cel mai frecvent al cancerului endometrial (uterin). Diagnosticul şi tratamentul precoce oferă şansele cele mai mari pentru vindecare.

Tratament

Tratamentul depinde de cauza care stă la bază. Infecţiile vaginale sunt, în general, tratate cu antibiotice. Dacă ţesutul care vă căptuşeşte vaginul a devenit fragil, medicul vă poate prescrie estrogeni, fie sistemic fie doar pe cale vaginală. Estrogenii pot fi utili contra subţierii mucoasei vaginale. Dacă sângerarea este datorată unui cancer, poate fi necesară o intervenţie chirurgicală sau o altă metodă de tratament.

Menopauza

Semne şi simptome

- Încetarea ciclurilor menstruale.
- Valuri de căldură, o înroşire bruscă a feţei şi gâtului, asociată cu o senzaţie de căldură.
- Subţierea ţesutului vaginal şi diminuarea lubrifierii, care poate fi cauza raporturilor sexuale dureroase.
- Insomnii.

Menopauza este un stadiu al vieţii şi nu o boală. În termenii cei mai simpli, este o stare de tranziţie între perioada cu cicluri menstruale în care puteaţi avea copii şi perioada când nu mai aveţi cicluri menstruale şi nu mai puteţi rămâne însărcinată. Acest lucru se întâmplă atunci când ovarele nu mai conţin ovule şi nu mai produc suficienţi estrogeni care să stimuleze adecvat stratul intern al uterului şi vaginului.

Menopauza apare în mod natural la femeile cu vârste cuprinse între 45 şi 55 de ani. O dată ce aţi ajuns la mijlocul vieţii, se presupune că vă apropiaţi de menopauză în momentul în care ciclurile dumneavoastră devin neregulate. Puteţi avea menstre

mai rar sau mai des, puteţi sări peste unele menstruaţii, sau ele pot deveni mai scurte, mai lungi sau mai abundente.

Aproximativ 1/3 dintre femei nu prezintă neregularităţi menstruale înainte de menopauză. Ele pur şi simplu nu mai au ciclu menstrual. Pentru majoritatea femeilor, menopauza este un proces gradat, care poate dura între câteva luni şi câţiva ani, pe măsură ce ovarele produc din ce în ce mai puţini estrogeni. Mai puteţi încă produce estrogeni în alte zone din organism, dar cantitatea totală disponibilă scade dramatic după menopauză. Atunci când nivelul de estrogeni este atât de mic încât nu mai poate stimula stratul intern al uterului (endometrul) să prolifereze şi să crească, aţi ajuns la menopauză.

Clasic, menopauza începe atunci când aţi avut ultimul ciclu menstrual. Clinic, ea apare atunci când nu aţi mai avut ciclu timp de 12 luni. Perimenopauza este perioada de 5-10 ani care începe atunci când aţi avut prima dată menstre neregulate şi se termină atunci când organismul s-a adaptat complet modificărilor hormonale.

Deşi fetele din SUA au primul ciclu menstrual la o vârstă mai mică decât cele din generaţiile anterioare, vârsta de instalare a menopauzei a rămas relativ constantă. Deşi nu este ceva neobişnuit ca o femeie să aibă încă menstruaţie la mijlocul deceniului cinci de viaţă, vârsta medie a ultimei menstruaţii este între 50 şi 51 de ani. Deoarece speranţa de viaţă a unei femei poate ajunge la 80 de ani, acest lucru înseamnă că mai are de trăit o treime din viaţă după menopauză.

Modificări frecvente

Menopauza se asociază cu un număr de semne şi simptome cum sunt valurile de căldură (bufeurile) şi modificările vaginale. Valurile de căldură apar atunci când vasele de sânge se dilată. Unele femei prezintă valuri de căldură de intensitate moderată. Altora, bufeurile le creează un mare disconfort. Femeile din ultimul grup se pot trezi inundate de transpiraţie de mai multe ori în cursul nopţii (transpiraţii nocturne). Pe durata zilei se pot simţi neplăcut şi jenate atunci când valurile de căldură apar şi simt că faţa li se încălzeşte şi încep să transpire. E util să ştiţi că, în majoritatea cazurilor, valurile de căldură produc doar o mică modificare a culorii feţei, astfel încât ceilalţi nici nu observă.

Toate femeile trec prin modificări gradate la nivel vaginal, pe perioada menopauzei. Subţierea ţesutului vaginal şi lubrifierea redusă fac ca actul sexual să devină dureros. Modificările vaginale şi subţierea ţesuturilor la nivelul tractului urinar pot creşte susceptibilitatea atât vaginală cât şi urinară la infecţii.

Osteoporoza, o afecţiune în care oasele devin mai poroase şi mai fragile, poate deveni o afecţiune gravă. Ea este mult mai frecventă la femeile aflate postmenopauză. Alte afecţiuni, cum ar fi boala arterelor coronare şi cancerul de sân, sunt şi ele mai frecvente după menopauză.

Multe femei au tulburări de somn în timpul menopauzei şi un procent redus au tulburări emoţionale. Totuşi, legătura dintre dificultăţile emoţionale şi menopauză este greu de demonstrat sau infirmat, deoarece vârsta medie este adeseori o perioadă dificilă atât pentru femei cât şi pentru bărbaţi, în special în cazul în care copiii pleacă de acasă, soţii sau prietenii se îmbolnăvesc şi părinţii vârstnici mor. Oricare dintre aceste modificări pot declanşa tulburări de dispoziţie care sunt uneori atribuite menopauzei.

Menopauza vă poate afecta sănătatea fizică şi mentală şi în sens pozitiv. De exemplu, dacă aveţi migrene sau endometrioză, simptomele adeseori diminuează sau dispar după menopauză. De obicei, fibroamele se micşorează. În plus, nu mai trebuie să vă îngrijoraţi de posibilitatea de a rămâne însărcinată.

Vizita la medic

Problemele de la menopauză nu vă ameninţă viaţa şi, în general, sunt autolimitate. Dacă nu faceţi nimic în legătură cu ele, trec în general singure în câteva luni sau câţiva ani. Totuşi, s-ar putea să vreţi să cereţi sfatul medicului pentru a vă atenua valurile de căldură şi alte simptome supărătoare determinate de menopauză, cum ar fi uscăciunea vaginală.

Menopauza creşte riscul de apariţie a unor afecţiuni cum este osteoporoza sau boala arterelor coronare. De aceea, este o idee bună să discutaţi cu medicul dumneavoastră despre ce puteţi face pentru a reduce riscul acestor afecţiuni frecvente.

Anomaliile hormonale şi menstruaţia

Ciclul menstrual este guvernat de o cascadă complexă de hormoni. Hipotalamusul de la nivelul creierului trimite substanţe chimice, denumite factori de eliberare, către glanda hipofiză. Glanda hipofiză eliberează apoi hormonii hipofizari (gonadotropine) care circulă prin sânge până la ovare. Aceşti hormoni fac ca foliculii ovarieni să producă estrogeni şi progesteron. Estrogenii şi progesteronul pregătesc uterul pentru o posibilă sarcină. În orice stadiu al acestui proces, lucrurile pot să decurgă prost.

Multe afecţiuni hormonale pot determina tulburări menstruale. Hipotalamusul poate fi afectat de boli, stres sau medicamente. Mai rar, la nivelul lui pot apărea afecţiuni cum ar fi o tumoră sau o infecţie, care pot afecta menstruaţia.

Dacă hipotalamusul nu mai reuşeşte să stimuleze hipofiza, producţia de estrogeni şi menstruaţia vor înceta. Uneori, glanda hipofiză produce o cantitate prea mare din hormonul denumit prolactină. Prolactina stimulează producţia de lapte atunci când femeia alăptează. Eliberată în exces în altă perioadă decât alăptarea, ea poate inhiba ovulaţia şi menstruaţia.

Tratament

Deşi funcţia ovariană nu mai poate fi păstrată, semnele şi simptomele menopauzei pot fi adeseori tratate cu medicamente. Unele modificări în stilul de viaţă pot fi şi ele utile pentru controlarea simptomelor menopauzei.

Stilul de viaţă

Dieta echilibrată, exerciţiul fizic regulat şi evitarea tuturor factorilor declanşatori ai diferitelor probleme, vă pot ajuta să treceţi mai uşor prin acest stadiu din viaţă, având simptome mai puţine şi mai puţin severe.

Dieta

Dacă mâncaţi o dietă hrănitoare, săracă în grăsimi saturate şi colesterol, şi vă menţineţi o greutate sănătoasă, se pot reduce valurile de căldură şi riscul de apariţie a bolii coronariene.

Pentru a ajuta la reducerea riscului de osteoporoză, trebuie să aveţi o dietă bogată în calciu, în special când sunteţi tânără. Calciul se găseşte în produsele lactate şi în legumele verzi. Femeile cu vârsta sub 50 de ani trebuie să aibă un aport zilnic de aprox. 1000 mg de calciu, iar cele de peste 50 de ani, 1200-1500 mg zilnic.

Exerciţiul fizic

Exerciţiul fizic cu contragreutăţi, cum este mersul pe jos sau ridicatul greutăţilor, poate diminua pierderea osoasă. Exerciţiul fizic poate, de asemenea, contribui la ameliorarea stării generale de bine şi vă poate ajuta să vă adaptaţi mai uşor la simptomele determinate de menopauză.

Factorii declanşatori

Pentru a reduce valurile de căldură şi transpiraţiile nocturne, identificaţi ce anume le declanşează şi încercaţi să-i evitaţi sau contracaraţi. Factorii declanşatori pot fi stresul, căldura, alimentele condimentate, cofeina şi băuturile fierbinţi.

Tratament medicamentos

Terapia de substituţie hormonală (TSH) a fost utilizată pentru atenuarea simptomelor menopauzei sau pentru reducerea frecvenţei afecţiunilor asociate cu scăderea nivelurilor de estrogeni (vezi pag. 1082). Datorită existenţei unor motive de îngrijorare în legătură cu riscurile asociate TSH, se pot folosi şi alte medicamente pentru a trata anume simptome specifice.

Semnele şi simptomele menopauzei

Semnele şi simptomele asociate în mod obişnuit menopauzei, cum sunt valurile de căldură, transpiraţiile nocturne, uscăciunea vaginală şi tulburările de dispoziţie, pot fi tratate cu ajutorul următoarelor medicamente:

- *Antidepresive.* Unele medicamente antidepresive pot ajuta la reducerea valurilor de căldură şi a transpiraţiilor nocturne. Venlafaxina (Effexor) este unul dintre cele mai folosite şi s-a demonstrat că poate fi util împotriva valurilor de căldură, în cazul femeilor care nu pot lua estrogeni. Alte antidepresive, cum este fluoxetina (Prozac) şi paroxetina (Paxil) pot şi ele atenua bufeurile în unele cazuri. De asemenea, antidepresivele pot fi utile pentru controlarea tulburărilor de dispoziţie care apar la menopauză.
- *Suplimentele.* Vitamina E şi plantele din familia Dracilei pot avea un oarecare efect în reducerea valurilor de căldură. Deşi Dracila poate avea unele efecte asemănătoare estrogenilor, nu se cunoaşte dacă nu cumva prezintă şi riscurile legate de acest tratament. Siguranţa şi efectele ei la peste 6 luni de utilizare nu au fost studiate. FDA nu poate supraveghea cu atenţie administrarea suplimentelor, astfel încât nu există o garanţie a securităţii, purităţii şi controlului de calitate.
- *Contraceptivele orale.* Contraceptivele orale pot fi o opţiune în anii care preced instalarea menopauzei (premenopauză). Ele pot fi utile pentru reglarea sângerărilor neregulate, diminuarea cantităţii de sânge pierdut şi reducerea valurilor de căldură, transpiraţiilor nocturne şi uscăciunii vaginale. Există însă riscuri legate şi de aceste medicamente, cum sunt formarea cheagurilor de sânge şi apariţia hipertensiunii arteriale.
- *Estrogenii topici.* Estrogenii sub formă de tablete, cremă sau inele impregnate, care se inseră în vagin, pot fi utilizate pentru a atenua uscăciunea vaginală, durerea în decursul actului sexual şi simptomele urinare supărătoare care pot apărea după menopauză. Ţesutul vaginal absoarbe estrogenii, iar restul corpului este, în mare, neafectat.
- *Lubrifianţii.* Un lubrifiant pe bază de apă, cum este Astroglide sau K-Y lichid, poate fi util în cursul actului sexual. Lubrifiantul Replens, care se poate cumpăra direct din farmacie, fără reţetă, poate fi util pentru umezirea şi creşterea elasticităţii ţesutului vaginal, dacă este folosit regulat. Suplimentar, stimularea sexuală regulată creşte fluxul sangvin şi poate fi utilă pentru menţinerea supleţei ţesuturilor.

Osteoporoza

Prevenirea apariţiei sau încetinirea progresiei acestei boli caracterizate prin subţierea oaselor se poate face cu:

- *Bifosfonaţi.* Medicamentele alendronat (Fosamax) şi risedronat (Actonel) ajută la prevenirea pierderii de masă osoasă şi vă reduc riscul de fractură, la fel de eficient sau chiar mai eficient decât tratamentul hormonal. Singurele probleme sunt legate de simptomele gastrointestinale pe care aceste medicamente le pot determina sau, rar, riscului de ulceraţii esofagiene, în special dacă le luaţi incorect sau aţi avut deja înainte afecţiuni legate de refluxul de acid din stomac.
- *Modulatorii selectivi ai receptorilor de estrogeni (MSRE).* Medicamentul raloxifen (Evista) face parte din această categorie. MSRE au efectele benefice ale estrogenilor asupra densităţii osoase şi nivelurilor de grăsimi sangvine şi reduc riscul de fracturi ale coloanei vertebrale. Spre deosebire de TSH, MSRE nu stimulează ţesutul mamar şi uterin, astfel încât nu determină sângerare uterină sau senzaţie de tensiune la nivelul sânilor. MSRE nu au aceleaşi riscuri de apariţie a cheagurilor de sânge ca TSH. Totuşi, adeseori înrăutăţesc valurile de căldură.
- *Calcitonina.* Calcitonina este un hormon produs de glanda tiroidă, care ajută la menţinerea densităţii osoase şi previne riscul de fracturi. Totuşi, suplimentele de calcitonină par să aducă beneficii mai mici decât alte tratamente pentru osteoporoză

şi s-ar putea să nu prevină apariţia fracturilor în alte zone decât coloana vertebrală. Medicamentul este adeseori administrat sub forma unui spray nazal. În mod tipic, el este prescris celor care nu pot lua bfosfonaţi sau alte tratamente pentru osteoproză. Principalul efect advers, care apare ocazional, este iritaţia nazală.

Boala arterelor coronare

Pe lângă modificările aduse stilului de viaţă, există mai multe medicamente care pot ajuta la prevenirea îngustării arterelor dumneavoastră coronare.

Acestea cuprind:

- *Statinele.* Medicamentele împotriva colestorolului atorvastatină (Lipitor), fluvastatină (Lescol), lovastatină (Mevacor), pravastatină (Pravachol) şi simvastatină (Zocor) sunt mult mai eficiente în tratarea nivelurilor crescute de colesterol şi în reducerea riscului de boală coronară decât estrogenii.
- *Altele.* Alte medicamente care pot reduce nivelul de colesterol cuprind sechestranţii acizilor biliari, acidul nicotinic şi acizii fibrici (vezi pag. 737).

Cancerul de sân

În cazul femeilor care prezintă un risc mare de cancer de sân, medicul poate prescrie:

- *Tamoxifen.* Tamoxifenul (Nolvadex) este un hormon sintetic care este utilizat de peste 20 de ani în tratarea cancerului de sân. El a fost, de asemenea, aprobat pentru a fi folosit în reducerea riscului de cancer de sân la femeile care prezintă un risc crescut.

Suplimentar, tamoxifenul poate îmbunătăţi densitatea osoasă la femeile aflate postmenopauză. Totuşi, tinde să determine valuri de căldură şi prezintă acelaşi risc de apariţie a cheagurilor de sânge ca şi TSH şi raloxifenul. De asemenea, poate creşte riscul de cancer uterin.

Terapia de substituţie hormonală

Terapia de substituţie hormonală (TSH) înlocuieşte parţial hormonii care diminuează o dată cu menopauza. Acest lucru se face prin administrarea unei doze mici de estrogeni, adeseori în combinaţie cu un progestativ – o formă naturală sau sintetică de progesteron.

TSH este cel mai frecvent folosită pentru controlul simptomelor apărute postmenopauză, cum sunt valurile de căldură (bufeurile) şi senzaţia de uscăciune vaginală. Poate fi, de asemenea, prescrisă pentru protecţia pe termen lung contra unor afecţiuni care apar după menopauză, cum este cazul osteoporozei. Totuşi, în ciuda folosirii de mult timp încoace, beneficiile şi riscurile TSH nu sunt încă pe deplin cunoscute. Un studiu de amploare indică faptul că terapia ar putea prezenta mai multe riscuri decât se credea o dată. S-a demonstrat că riscul de apariţie a cancerului de sân, atacurilor de cord, accidentelor vasculare cerebrale şi cheagurilor grave de sânge a fost uşor mai mare la femeile care luau o combinaţie anume de estrogeni şi progestative (Prempro) decât la femeile cărora li s-a administrat un placebo.

Este foarte important de cântărit împreună cu medicul dumneavoastră beneficiile şi dezavantajele terapiei de substituţie hormonală. Decizia de a lua sau nu TSH trebuie luată împreună, pe baza acestei discuţii.

Formele TSH

Dacă decideţi să luaţi TSH, tipul de terapie pe care vi-l va recomanda medicul depinde în parte de faptul dacă uterul dumneavoastră a fost sau nu îndepărtat pe cale chirurgicală, o procedură denumită histerectomie.

- *Dacă nu aţi suferit o histerectomie.* Dacă încă mai aveţi uter, probabil că veţi fi sfătuită să luaţi şi un progestativ alături de estrogeni. Estrogenii stimulează creşterea mucoasei uterine (endometrului), care, dacă este nesupravegheată, poate deveni canceroasă. Progestativele contrabalansează efectul estrogenilor asupra uterului. Dacă luaţi progesteron în asociere cu estrogenii, riscul de apariţie a cancerului endometrial (uterin) nu este crescut.
- *Dacă aţi suferit o histerectomie.* Dacă uterul a fost scos, estrogenii se pot administra singuri, fără progestative. Deoarece nu mai aveţi uter, nu trebuie să vă faceţi griji în legătură cu creşterea riscului de cancer endometrial.

Cel mai frecvent, estrogenii sunt administraţi sub formă de tablete. Ei sunt disponibili şi sub formă de plasturi, cremă, tablete sau inel vaginal. Şi progestativele se găsesc sub formă de tablete. Se pot lua separat sau în tablete combinate care cuprind atât estrogeni cât şi progesteron. Progestativele se vând şi sub formă de plasturi sau gel.

Atât estrogenii cât şi progestativele pot fi forme naturale sau sintetice. Natural nu înseamnă neapărat mai bun decât sintetic. Fiecare formă vă poate afecta organismul în moduri diferite.

În mod obişnuit administrarea TSH se face după 2 scheme:

- *Ciclic.* Această metodă constă în administrarea estrogenilor zilnic şi a progestativelor doar 10-14 zile pe lună. Acest lucru duce la apariţia unei sângerări vaginale lunare, previzibile, cel puţin în anii de început ai tratamentului.
- *Continuu.* Metoda continuă constă în administrarea zilnică a unei mici doze de estrogeni şi progestative şi, deşi nu determină sângerare lunară, poate avea drept rezultat apariţia unor mici sângerări neregulate, în special în primul an de utilizare.

TSH poate consta în administrarea unor doze de mărime diferită. Regimul cu doze moderate poate fi la fel de eficient ca şi cel cu doze mari în reducerea simptomelor şi poate fi util în prevenirea osteoporozei. Deşi dozele reduse de estrogeni ajută la prevenirea osteoporozei, ele nu sunt la fel de eficiente ca regimul cu doze obişnuite. Unele femei au nevoie de doze mai mari de estrogeni pentru atenuarea valurilor de căldură. Aceste doze pot fi reduse gradat pe parcursul timpului.

Riscuri şi beneficii

Dacă vă gândiţi la TSH, trebuie să înţelegeţi riscurile şi beneficiile tratamentului. Tabelul următor cuprinde unele dintre riscurile şi beneficiile cunoscute, probabile şi posibile. Suplimentar, fiecare formă de TSH îşi are propriile beneficii şi riscuri.

Tabletele

Administraţi pe cale bucală, estrogenii intră în corp prin intestin unde sunt absorbiţi şi trec prin ficat înainte de a ajunge în sistemul circulator. Evitaţi tabletele dacă aveţi antecedente de afecţiuni

solicitare mică sau fără solicitare. Osteoporoza vă afectează de asemenea stilul de viaţă. Pentru mulţi oameni, osteoporoza înseamnă modificări în dietă şi programe de exerciţii pentru minimalizarea pierderii ulterioare de masă osoasă. Ea înseamnă, de asemenea, desfăşurarea cu înţelepciune a activităţilor zilnice pentru a evita expunerea oaselor la riscuri evitabile.

Fracturile vertebrale prin tasare datorate osteoporozei necesită rareori tratament chirurgical. În mod normal, durerea severă începe brusc, este centralizată la nivelul spatelui, putând iradia în jurul trunchiului, fiind agravată de mişcare şi ameliorată prin aplicarea de caldură şi diminuă treptat în 1 - 2 luni. După ani de zile, totuşi, fracturile vertebrale prin compresie pot duce la apariţia cocoaşei („cocoaşa văduvei") şi la o poziţie din ce în ce mai aplecată.

Dacă oasele dumneavoastră sunt sever slăbite, osteoporoza poate fi invalidantă. Afecţiunea se asociază cu aproximativ 40 000 de decese anual, majoritatea după complicaţii ale fracturii de şold.

Tratament

Există o serie de metode terapeutice care pot trata sau preveni scăderea densităţii osoase. Stilul de viaţă joacă de asemenea un rol semnificativ

Tratament medicamentos

Medicul dumneavoastră vă poate prescrie unul din următoarele tratamente medicamentoase, în funcţie de vârsta, starea de sanătate, sex şi cauza bolii.

- *SERM.* Raloxifenul (Evista) este un modulator selectiv de receptori estrogenici (SERM) utilizat pentru prevenirea şi tratamentul osteoporozei. Spre deosebire de extrogeni, raloxifenul nu pare că stimulează ţesutul uterin sau al sânului, dar studiile sunt în desfăşurare.
- *Bifosfonaţii.* Alendronatul (Fosamax) şi risedronatul (Actonel) aparţin unei clase de medicamente numită bifosfonaţi.



Unul dintre efectele posibile pe termen lung ale osteoporozei este o serie de fracturi prin tasare vertebrală ce pot duce la încovoiere şi apariţia cocoaşei în partea superioară a spatelui.

Care sunt riscurile?

Riscul principal asociat vertebroplastiei este că cimentul osos se poate pierde în ţesuturile din jur şi vasele sangvine, exercitând o presiune asupra măduvei spinării sau a rădăcinilor nervoase, producând durere şi slăbiciune.

Un alt risc este ca cimentul să pătrundă în vasele sangvine, să meargă apoi către plămâni şi să se localizeze într-o arteră pulmonară (embolism pulmonar), producând durere în piept şi probleme respiratorii. Totuşi, ambele riscuri sunt rare.

O persoană cu oase moi îşi poate fractura o coastă prin întinderea pe burtă pe perioada procedurii. Alte riscuri posibile includ infecţia, sângerarea şi lezarea posibilă a vertebrei datorată plasării acului.





Vertebra cu fractură prin tasare



Vertebra după vertebroplastie



Vertebra injectată cu ciment osos

Acestea ajută la reducerea pierderii osoase şi creşterea densităţii osoase. Aceste medicamente sunt utilizate pentru tratamentul osteoporozei la bărbaţi şi la cei care iau corticosteroizi.

- *Terapia de substituţie hormonală.* Dacă sunteţi o femeie în perioada de postmenopauză, medicul dumneavoastră vă poate recomanda o terapie de substituţie hormonală, care implică de obicei administrarea unei combinaţii de hormoni estrogeni şi progesteron. Estrogenii pot reduce pierderea osoasă şi cresc densitatea osoasă. Progesteronul are alte beneficii şi riscuri care trebuie discutate cu medicul dumneavoastră. Dacă aveţi histerectomie, veţi avea nevoie doar de estrogeni.
- *Alte tratamente hormonale.* Pentru femeile cu mai mult de 5 ani trecuţi de la menopauză se poate prescrie uneori calcitonina, un hormon natural implicat în reglarea calciului şi a metabolismului osos, cu scopul încetinirii pierderii osoase şi creşterii densităţii osoase la nivelul coloanei. Calcitonina se administrează injectabil sau sub formă de spray nazal (Miacalcin).

Exerciţiile fizice

Este importantă efectuarea regulată a unui program de exerciţii pentru controlul şi prevenţia osteoporozei. Exerciţiile de ridicare a greutăţilor şi creştere a forţei pot ajuta la menţinerea densităţii osoase. Exerciţiile de creştere a forţei musculaturii spatelui vă ajută la menţinerea unei posturi corecte. Exerciţiile fizice duc la creşterea forţei musculare, ducând astfel la îmbunătăţirea echilibrului şi evitarea căderilor şi a fracturilor.

Alegeţi-vă cu grijă exerciţiile. Un bun exerciţiu este mersul. Începeţi încet şi creşteţi gradat ritmul şi durata. În mod paradoxal, femeile atlete de performanţă au risc de osteoporoză deoarece slăbirea şi efortul excesiv pot reduce producţia de estrogeni.

Tratarea fracturilor

Dacă vă fracturaţi încheietura mâinii, şoldul sau un alt os, puteţi avea nevoie de o procedură de urgenţă pentru alinierea osului în vederea vindecării sale corecte. Fracturile vertebrale pot necesita pentru stabilizarea osului efectuarea unui procedeu numit vertebroplastie. Fizioterapia este adeseori o componentă importantă a recuperării după orice fractură.

Profilaxie

La ora actuală indicaţiile sunt ca femeile să stocheze mai mult calciu la nivelul scheletului înainte de menopauză, scăzând astfel riscul dezvoltării osteoporozei semnificative. Deci, femeile trebuie să consume o dietă bogată în calciu şi cu o cantitate adecvată de vitamina D pentru a ajuta absorbţia calciului încă de la vârste tinere.

Alimentele bogate în calciu includ produsele lactate, verdeţurile, fasolea, nucile şi cerealele. Mulţi doctori vă pot recomanda un supliment de calciu pentru a vă asigura că primiţi cantitatea adecvată de calciu în dietă. Un aport de calciu de cel puţin 1000 miligrame (mg) pe zi prin dietă sau suplimente vă poate ajuta la menţinerea unui nivel maximal al calciului. Dacă sunteţi în vârstă, mai ales dacă aveţi osteoporoză, aportul recomandat este de 1 200 până la 1 500 mg/zi. Efectuarea regulată a exerciţiilor de purtare a greutăţii şi de creştere a forţei este importantă pentru prevenirea osteoporozei. Exerciţiile de purtare

Afecţiunile scheletului în copilărie

Numeroase probleme ale scheletului sunt specifice copiilor. Din fericire, majoritatea lor sunt rare. Aceste afecţiuni includ:

Boala Legg-Calvé-Perthes

Boala Legg-Calvé-Perthes afectează mai frecvent băieţii decât fetele. Afecţiunea devine de obicei evidentă între 3 şi 10 ani. Copiii care dezvoltă boala înainte de vârsta de 6 ani au de regulă un prognostic mai bun decât cei care o dezvoltă mai târziu.

Boala Legg-Calvé-Perthes produce deteriorarea progresivă a porţiunii de sus a osului coapsei (capul femural) datorită unui aport sangvin insuficient către osul în creştere. Cauza nu este clară, dar pot juca un rol factorii ereditari, hormonali şi traumatismele.

După ce celulele osoase mor, organismul le înlocuieşte cu unele noi. Dar, în timp ce aceste noi celule se formează, osul este instabil, se poate rupe şi deforma.

Copilul se poate plânge de dureri în şold şi poate merge şchiopătând. Este importantă indentificarea cauzei deoarece există şi alte afecţiuni la copii care produc durere de şold şi şchiopătare.

Scopul tratamentului este de a proteja osul şi articulaţia de solicitare şi leziuni pe parcursul procesului natural de vindecare, care poate dura de la 1½ la 3 ani. Tratamentul depinde de severitatea bolii, dar poate include repaus la pat, un grad de exerciţii de mişcare, purtarea cârjelor şi medicamente antiinflamatoare nesteroidiene (AINS). Poate fi necesară tracţiunea osului pentru imobilizarea lui, ajutând astfel vindecarea, fixarea şi intervenţia chirurgicală.

Majoritatea copiilor cu această afecţiune îşi pot relua activitatea normală. Totuşi, ei pot continua să şchiopăteze câţiva ani. Copiii cu afectare severă au risc crescut de a dezvolta artroza articulaţiei şoldului.

Alunecarea epifizei capului femural

Pe parcursul perioadei explozive de creştere chiar înainte de pubertate, platoul de creştere a părţii sferice a capului femural poate aluneca. Osul coapsei se va rota în afară şi alunecă în sus faţă de capul femural. Această afecţiune neobişnuită se numeşte alunecarea epifizei capului femural.

Simptomele frecvente sunt durerea în genunchi, coapsă sau şold şi o şchiopătare care implică

- Zone albe sau îngroşate la nivelul vulvei.

Vulvita este o inflamaţie a organelor genitale externe (vulva). Poate fi determinată de o reacţie la un spray vaginal, la un detergent cu care vă spălaţi lenjeria sau la un medicament. Ea se mai poate datora şi umezelii excesive sau unei infecţii bacteriene, vaginale sau fungice.

Diagnostic

Probabil că medicul va face un examen ginecologic şi va cere analize de sânge, de urină şi alte analize de laborator. Dacă este posibil să aveţi o boală cu transmitere sexuală (BTS), el va cere analize pentru a elucida acest lucru. Dacă inflamaţia persistă, este posibil să fie nevoie de o biopsie care să asigure că nu este vorba de o afecţiune malignă.

Tratament

Tratamentul variază în funcţie de cauza problemei. De obicei, este prescris un tratament medical. Pentru a ajuta la reducerea simptomelor şi a preveni apariţia recurenţelor, menţineţi zona curată şi uscată, şi purtaţi haine comode, absorbante şi lenjerie de bumbac. Dacă vulvita continuă să apară după folosirea unui spray sau deodorant, nu mai folosiţi produsul respectiv. Vulvita poate fi o reacţie la ceea ce folosiţi. De obicei, reacţia alergică apare după câteva zile.

Distrofia vulvară

Semne şi simptome

- Zona vulvară este uscată şi roşie.
- Mâncărimi în zona afectată.
- Piele cartonoasă şi lucioasă în jurul vulvei şi anusului.
- Îngustarea deschiderii dintre labiile mici şi vagin.

Distrofia este un fel de degenerare a ţesuturilor. Cuvântul este derivat din termenul grecesc care înseamnă o nutriţie proastă. De obicei, distrofia vulvară apare la femeile care au trecut de menopauză. Ea poate determina apariţia unor zone vulvare albe şi îngroşate (distrofia vulvară hipertrofică) sau a unor zone albicioase, subţiate în jurul vulvei şi anusului (lichen scleros).

Diagnostic

Pentru a se asigura că nu aveţi un cancer, probabil că medicul va preleva un mic fragment de ţesut pentru a face o analiză microscopică (biopsie). De asemenea, acesta va căuta semnele unei infecţii care ar putea sta la baza afecţiunii. În general, distrofia vulvară nu este o afecţiune care vă ameninţă viaţa.

Tratament

Tratamentul depinde de cauza problemei. Medicul poate presrie o cremă locală pe bază de cortizon, cum ar fi clobetasol propionat, pentru a atenua simptomele, inclusiv mâncărimile. Este important să faceţi examene fizice periodice pentru a determina dacă nu au apărut modificări precanceroase.

Vulvodinia

Semne şi simptome

- Arsuri sau înţepături, iritaţie, mâncărimi la nivelul vulvei.
- Durere supărătoare în regiunea vulvară.
- Asprime în regiunea vulvară.

Vulvodinie înseamnă «vulvă dureroasă». Vulva este zona din jurul deschiderii vaginului. Ea este alcătuită din labii, clitoris şi deschiderea vaginului.

Durerea din vulvodinie poate fi constantă sau intermitentă, localizată sau difuză, şi poate dura luni sau chiar ani. De asemenea, ea poate dispărea la fel de repede cum a apărut. În tipul de vulvodinie cunoscută drept vestibulită vulvară, durerea poate apărea doar atunci când există o presiune pe zona din jurul intrării în vagin, cum este cazul şeii de la bicicletă sau a unor blugi strâmţi.

Diagnostic

Vulvodinia poate fi dificil de diagnosticat deoarece este posibil să nu aibă semne vizibile, iar durerea poate veni şi trece. Disconfortul creat poate fi aşa de important încât să vă afecteze viaţa de zi cu zi, dar afecţiunea însăţi nu vă ameninţă viaţa.

Tratament

Tratamentul vulvodiniei se concentrează pe atenuarea simptomelor. Uneori, antidepresivele triciclice, cum este amitriptilina (Elavil), ajută la atenuarea durerii. Unele simptome pot fi atenuate prin aplicarea unor comprese reci pe zona genitală.

Igiena vaginală

În mod normal, vaginul se curăţă singur. Pereţii vaginali produc ei singuri un lichid care ajută la eliminarea celulelor moarte şi microorganismelor. Această secreţie normală este fie limpede, fie lăptoasă şi devine galbenă când se usucă. E oarecum lipicioasă şi are un uşor miros, dar care nu este neplăcut. Creşte în cantitate în apropiere de momentul ovulaţiei şi în timpul preludiului sexual. Dacă aveţi o secreţie vaginală care este diferită la culoare sau are un miros puternic, este posibil să aveţi o infecţie vaginală şi ar trebui să mergeţi la medic.

Spălarea o dată pe zi a organelor genitale cu apă şi săpun este suficientă. Gelurile de duş şi spray-urile pentru igiena feminină nu sunt necesare şi, în timp, pot fi chiar dăunătoare. Unele geluri de duş comerciale pot conţine substanţe chimice iritante. Folosirea lor poate modifica mediul acid vaginal normal care împiedică creşterea ciupercilor şi a altor microorganisme care pot determina infecţii.

Bacteriile şi ciupercile care determină infecţii vaginale tind să se dezvolte în condiţii de căldură şi umezeală. Din acest motiv, e bine să purtaţi lenjerie din bumbac sau din material sintetic, căptuşită cu bumbac şi să evitaţi chiloţii strâmţi. Lenjeria strâmtă, din plastic, păstrează căldura şi umiditatea în zona genitală. Faptul de a dormi fără chiloţi – exceptând, probabil, perioada ciclului menstrual – poate fi util.

Un ultim lucru: întotdeauna ştergeţi-vă zona genitală din faţă spre spate pentru a evita contaminarea vaginului cu bacterii rezultate din intestin, în urma defecaţiei.

Verucile genitale

Semne şi simptome

- Noduli roz sau albi, de dimensiuni mici, la nivelul zonei genitale.

Verucile genitale (verucile veneriene sau condyloma acuminata) sunt determinate de papilomavirusul uman. Le puteţi lua prin contact sexual direct cu cineva care le are. Perioada de incubaţie este de 1-6 luni. La femei, aceşti negi pot creşte la nivelul vulvei, pereţilor vaginului, colului uterin sau anusului. La bărbaţi, verucile pot fi situate pe capătul penisului, pe scrot sau pe anus. Ele pot apărea şi în gură sau gât la persoanele care au făcut sex oral cu o persoană bolnavă.

Diagnostic

În general, medicul poate diagnostica verucile genitale doar după aspect. Totuşi, deoarece puteţi lua concomitent şi alte boli cu transmitere sexuală, cum ar fi infecţia cu *Chlamydia* sau virusul imunodeficienţei umane (HIV), prin intermediul aceleiaşi expuneri sexuale care a determinat apariţia verucilor, este posibil să vi se facă analize pentru a depista aceste afecţiuni. Uneori, medicul va face o biopsie, în care se ia un mic fragment de ţesut care va fi studiat în laborator pentru a exclude prezenţa unui cancer.

Cât de grave sunt verucile genitale?

Prin ele însele, verucile genitale sunt în principal supărătoare doar pentru că au tendinţa să reapară. Totuşi, ele au fost asociate cu cancerul de col uterin şi de rect. Papilomavirusul uman care determină aceste veruci poate fi cauza cancerului acestor ţesuturi. Dacă aţi avut veruci genitale, trebuie să faceţi anual testul Papanicolaou.

Tratament

Modul în care sunt tratate verucile genitale depinde de dimensiunea şi de localizarea lor. Uneori, tratamentul medical poate rezolva infecţia virală care determină şi verucile genitale. Dacă virusul care stă la bază nu este complet eliminat, totuşi, verucile pot reapărea chiar şi după tratament.

Tratament medicamentos

Există medicamente care se pot aplica direct pe piele. Tratamentul topic poate cuprinde imiquimod (Aldara), podoxifilina (Condylox), acidul tricloroacetic (TCA) sau crema 5% de 5-fluorouracil. Nu folosiţi medicamente fără prescripţie despre care se spune că îndepărtează verucile. Ele nu sunt făcute să fie folosite în zona genitală.

Alte tratamente

Verucile pot fi îndepărtate cu ajutorul laserului, prin îngheţare cu azot lichid (criochirurgie) sau prin ardere (electrocauterizare). Uneori, este necesară intervenţia chirurgicală pentru a îndepărta verucile mari sau cele care nu răspund la tratament.

SUGESTII DE PREVENIRE

Pentru a reduce riscul de apariţie a verucilor genitale sau a altor afecţiuni cu transmitere sexuală (BTS), trebuie să practicaţi sexul protejat. În afară de abstinenţă, faptul de a avea un singur partener sexual, care nu are o boală care să se poată transmite pe cale sexuală, este calea cea mai sigură de a vă proteja. Folosirea prezervativului este următorul pas. Totuşi, prezervativele nu sunt în totalitate protectoare contra acestor boli.

Abcesele glandelor Bartholin

Semne şi simptome

- Un nodul cald, sensibil, umflat, la nivelul labiilor mari.

Glandele Bartholin, denumite aşa după anatomistul danez Casper Bartholin, sunt situate la intrarea în vagin, câte una de fiecare parte. Glanda sau canalul prin care ea se deschide la suprafaţă se pot infecta. La început, infecţia poate produce puroi. Dacă deschiderea glandei este blocată, apare abcesul.

Diagnostic

Medicul va face un examen ginecologic, examinând nodulul şi, posibil, va cere analize de laborator pentru a depista prezenţa bolilor cu transmitere sexuală (BTS). Abcesul însuşi necesită de obicei o intervenţie chirurgicală. Uneori, apar apoi chisturi cronice ale glandei Bartholin care probabil că vor trebui îndepărtate chirurgical.

Tratament

În general, tratamentul constă în drenarea abcesului.

Păduchii pubieni

Semne şi simptome

- Insecte de culoare gri, de mărimea unei gămălii de ac, localizate la nivelul părului pubian.
- Mici particule albe – ouăle păduchilor – agăţate de firele de păr.
- Mâncărimi severe în zona pubiană.

Puteţi lua păduchii pubieni având contact sexual cu cineva care îi are sau, rareori, prin intermediul hainelor sau a lenjeriei de pat. Ei pot determina mâncărimi intense şi o uşoară roşeaţă. Păduchii pubieni sunt deseori denumiţi crabi pentru că se agaţă cu nişte cleşti asemănători crabilor. Această afecţiune este denumită şi pediculoză pubiană.

Tratament

Există medicamente eliberate cu prescripţia medicului şi medicamente eliberate fără prescripţie, care pot distruge păduchii. Pentru a împiedica reinfestarea, curăţaţi-vă chimic hainele pe care le-aţi purtat şi cearşafurile, păturile şi prosoapele folosite sau spălaţi-le cu apă foarte fierbinte.

Păstraţi restul hainelor, prosoapelor şi aşternuturilor timp de 2 săptămâni departe de contactul uman. În timpul acesta, păduchii rămaşi vor ieşi din ouă şi vor muri de foame. Trataţi în acelaşi mod saltelele infestate.

Vaginita

Semne şi simptome

- Scurgeri vaginale neobişnuite.
- Mâncărimi şi iritaţie în zona vaginală.
- Dureri în timpul actului sexual.
- Un miros neplăcut din zona vaginală.
- Dureri în zona inferioară a abdomenului.

Vaginita este o inflamaţie a vaginului, de obicei determinată de o infecţie. Infecţia vaginală poate fi transmisă pe cale sexuală, deşi majoritatea infecţiilor vaginale nu sunt rezultatul unor infecţii transmise sexual (BTS). Întrebaţi-vă medicul dacă partenerul dumneavoastră sexual trebuie şi el tratat.

Majoritatea infecţiilor vaginale sunt frecvente şi tratabile, dar cele care sunt rezultatul unei BTS pot fi mai grave. Este posibil să aveţi o infecţie, dar să nu aveţi simptome.

Tipurile frecvente

Trei dintre cele mai frecvente cauze ale vaginitei sunt tricomoniaza, infecţiile fungice (candida) şi vaginita bacteriană.

Tricomoniaza

Acest tip de infecţie este determinată de un parazit. Puteţi să nu aveţi de loc simptome sau poate apărea o secreţie galben-verzuie, urât mirositoare, uneori grunjoasă. În majoritatea cazurilor, tricomoniaza este luată în cursul actului sexual.

Infecţiile fungice

Principalul simptom al infecţiilor fungice este mâncărimea în zona vaginală, dar puteţi avea şi o secreţie albă, brânzoasă. Este mai probabil să faceţi o infecţie fungică dacă sunteţi însărcinată, luaţi antibiotice, medicamente corticosteroide sau pastile anticoncepţionale.

Vaginita bacteriană

Acest tip de vaginită poate fi rezultatul mai multor bacterii şi este foarte frecventă. Simptomele cuprind o secreţie vaginală albă sau gri, care are miros de peşte.

Diagnostic

Medicul vă va întreba despre antecedentele dumneavoastră medicale şi va face un examen ginecologic. Este posibil ca acesta să recolteze o mostră de secreţie vaginală pentru a determina microorganismul responsabil. Vaginita este frecventă şi, deoarece tinde să reapară, poate fi supărătoare.

Tratament

Tratamentul depinde de tipul de vaginită pe care îl aveţi. Doctorul va trata de obicei tricomoniaza cu metronidazol administrat pe cale orală sau vaginală (MetroGel) şi infecţiile fungice cu creme antimicotice, supozitoare sau pastile (Diflucan). În cazul vaginitei bacteriene, doctorul poate prescrie metronidazol pe cale orală (Flagyl) sau clindamicină (Cleocin).

Vaginita atrofică

Semne şi simptome

- Usturimi, senzaţie de arsură sau mâncărime la nivelul vaginului.
- Sângerare după actul sexual.
- Dureri în timpul actului sexual.
- Scurgeri vaginale fluide, apoase.

Vaginita atrofică este o inflamaţie a vaginului determinată de subţierea (degenerarea) ţesuturilor vaginale. Această afecţiune apare mai probabil după menopauză, deşi poate apărea şi în cursul alăptării. În ambele situaţii, producţia de estrogeni este scăzută şi pereţii vaginului pot deveni mai uscaţi, mai subţiri, mai puţin elastici şi mai predispuşi la sângerare.

Diagnostic

Examenul ginecologic poate fi tot ce este necesar pentru a diagnostica afecţiunea, deşi medicul mai poate cere unele analize dacă se pare că aveţi o infecţie vaginală. Vaginita atrofică nu este gravă, dar vă poate afecta viaţa sexuală şi, de aceea, poate fi necesar un tratament.

Tratament

La femeile care alăptează, problema este temporară. Dacă aţi trecut de menopauză, nu mai este trecătoare. Medicul vă poate prescrie o terapie de substituţie hormonală sau puteţi aplica estrogeni direct în vagin sub formă de cremă, inel sau ovule. Dacă problema principală sunt durerile în cursul actului sexual, folosirea unui lubrifiant pe bază de apă poate fi utilă.

Chisturile vaginale

Semne şi simptome

- Mici umflături apărute în pereţii vaginului.
- Un nodul care proemină prin deschiderea vaginului.

La nivelul vaginului pot apărea mai multe tipuri de chisturi necanceroase (benigne). Cele mai frecvente sunt chisturile de incluziune şi chisturile Gartner. Chisturile de incluziune sunt determinate de traume, cum ar fi o intervenţie chirurgicală sau o naştere. Chisturile Gartner sunt resturi ale unui canal care are un scop anume în timpul dezvoltării fetale şi apoi dispare. Uneori, chisturile Gartner se măresc suficient de mult pentru a proemina prin deschiderea vaginului.

Durerea vaginală

Atunci când durerea vaginală apare în cursul actului sexual, se numeşte dispareunie. Una dintre cauzele frecvente este vaginita atrofică. Simptomele sunt usturimi vaginale sau durere persistentă sau recurentă în timpul actului sexual. Uneori, vaginul poate fi pur şi simplu iritat de către un spray pentru igiena feminină sau de o cremă sau un gel contraceptiv.

Rareori, dispareunia poate fi rezultatul unor probleme ale vezicii urinare, cum este cistita sau uretrita. Dacă actul sexual determină apariţia unei dureri interne profunde, aţi putea avea o endometrioză sau alte afecţiuni ale colului uterin, uterului, trompelor uterine, ovarelor sau planşeului pelvin.

Dacă alăptaţi sau aţi trecut de menoapuză, stratul intern al vaginului se poate subţia deoarece produceţi mai puţini estrogeni. Unele femei pot avea o afecţiune denumită vaginism – contracţii involuntare ale muşchilor situaţi la intrarea în vagin.

Pentru a determina cauza durerii vaginale, probabil că medicul va face un examen ginecologic şi poate cere alte teste imagistice. Tratamentul depinde de cauza durerii.

Diagnostic

Doctorul poate identifica majoritatea chisturilor în timpul examenului ginecologic. În general chistul nu este o problemă decât dacă este atât de mare încât să vă afecteze viața sexuală.

Tratament

Dacă nu vă deranjează, puteți alege să ignorați chisturile vaginale. Dacă vă creează un grad de disconfort, medicul le poate îndepărta pe cale chirurgicală.

Pierderea suportului pelvin

Semne și simptome

- O proeminență apărută la nivelul pereților vaginului.
- O senzație de corp străin și disconfort atunci când vă aplecați, uneori însoțită de dureri de spate.
- Dificultăți la defecație.
- Incontinență urinară atunci când râdeți sau tușiți.
- Senzație de presiune în zona pelvină atunci când ridicați greutăți sau când stați în picioare o perioadă mai lungă de timp.

Planșeul pelvin este alcătuit dintr-un strat de mușchi și ligamente care sprijină organele – cum este vezica urinară, uterul, colonul și intestinul subțire – care umplu cavitatea pelvină. Acești mușchi ajută și la închiderea uretrei acolo unde ea iese din vezica urinară.

Mușchii se pot întinde sau slăbi ca rezultat al nașterii sau a înaintării în vârstă sau datorită unei slăbiciuni ereditare. Atunci când acest lucru se întâmplă, unele dintre organele interne coboară mai jos în corp (prolabează). Prolapsul apare cu mai mare probabilitate la femeile în vârstă sau la cele care au născut mai mulți copii.

Uneori, slăbirea mușchilor planșeului pelvin permite uterului să alunece prin vagin. În cazuri extreme, colul uterin poate protruziona prin deschiderea vaginului. Fie că protruzionează vezica urinară, fie uretra, acest lucru produce o proeminență pe peretele din față al vaginului. Proeminența pe peretele posterior poate însemna fie că prolabează intestinul, fie porțiunea inferioară a rectului. Dacă se întâmplă acest lucru, puteți avea dificultăți la defecație.

Diagnostic

Proeminențele de formă alungită la nivelul peretelui vaginal, de obicei, fac prolapsul ușor de diagnosticat în timpul unui examen ginecologic. Prolapsurile minore sunt obișnuite, în special la femeile în vârstă. Probabil că nu sunt grave dacă nu vă creează nici un disconfort. Cazurile grave necesită tratament.

Tratament

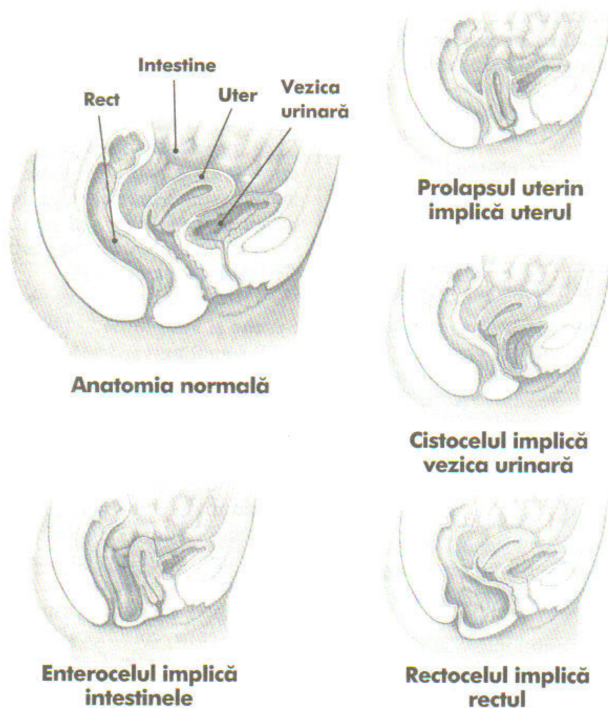
În funcție de severitatea prolapsului, măsurile de autoîngrijire vă pot aduce ușurarea de care aveți nevoie. Prolapsul vezicii urinare sau al uretrei pot fi cauza incontinenței urinare sau a infecțiilor repetate. Repararea chirurgicală poate fi cea mai bună soluție. Prolapsul porțiunii inferioare a rectului nu necesită de obicei intervenție chirurgicală decât dacă proeminența este de dimensiuni mari sau există dificultăți la defecație. Ori de câte ori proeminența este atât de mare încât să iasă prin deschiderea vaginului, se impune tratamentul.

Autoîngrijire

Uneori, niște exerciții simple, denumite exercițiile Kegel, sunt singurul tratament de care aveți nevoie. Dacă sunteți supraponderală, scăderea în greutate vă poate ameliora simptomele. Consumul de alimente bogate în fibre poate fi util, deoarece vă permite să aveți scaun fără efort.

Dispozitive

Dacă măsurile de autoîngrijire nu sunt utile, iar intervenția chirurgicală poate fi riscantă, medicul vă poate monta un pesar vaginal, un



Slăbirea mușchilor planșeului pelvin poate afecta unul sau mai multe organe pelvine feminine. Această slăbire poate determina prolapsul uterului (prolaps uterin), vezicii urinare (cistocel), intestinelor (enterocel) sau porțiunii inferioare a rectului (rectocel).

dispozitiv de plastic care se potriveşte în jurul colului uterin şi ajută la punerea la loc a organelor prolabate. Trebuie să-l scoateţi regulat pentru a-l curăţa.

Tratament chirurgical

Intervenţia chirurgicală poate consta în repararea vaginului, în timpul căreia chirurgul ridică organele prolabate la locul lor şi întăreşte muşchii şi ligamentele planşeului pelvin. O altă opţiune este îndeărtarea uterului (histerectomia) însoţită de refacerea poziţiei restului organelor prolabate.

Medicul poate lua în considerare şi posibilitatea de a vă face injecţii de colagen pentru a trata incontinenţa determinată de prolaps. Colagenul este o proteină care se găseşte în piele şi care se subţiază o dată cu diminuarea estrogenilor.

În timpul injecţiilor de colagen, proteina este injectată prin intermediul unui cistoscop, la nivelul stratului intern al uretrei. Colagenul este o proteină care se găseşte în mod natural în piele. Diminuarea estrogenilor o face să se subţieze, astfel încât injectarea ei la nivelul uretrei aduce un plus de volum ţesuturilor de la acest nivel, ajutând astfel la închiderea orificiului care permite scurgerea urinei.

Exerciţiile Kegel

Muşchii planşeului pelvin – cei care vă înconjoară anusul şi vaginul – sunt denumiţi muşchi pubococcigieni. În anii '50, fizicianul A.M. Kegel a inventat un set de exerciţii care pot fi utile în întărirea acestor muşchi.

- *Găsiţi muşchii potriviţi.* Acest lucru este foarte important. Imaginaţi-vă că încercaţi să vă opriţi din urinat. Atunci când folosiţi muşchii potriviţi, veţi avea sentimentul că împingeţi.
- *Împingeţi în muşchii pelvieni.* Menţineţi această poziţie până număraţi la 3 şi apoi relaxaţi până număraţi la 3. Repetaţi de 10-15 ori.
- *Repetaţi exerciţiul cel puţin de 3 ori pe zi.* Vă puteţi exersa muşchii aproape oricând – în timp ce staţi întinsă, sunteţi în maşină sau staţi în picioare la bucătărie. Folosirea mai multor poziţii întăreşte în mod suplimentar muşchii.

Pe măsură ce tonusul muşchilor pubococcigieni se îmbunătăţeşte, foarte probabil că suportul dumneavoastră pelvin se va ameliora. Aveţi răbdare. E posibil ca ameliorarea să apară după 3-6 săptămâni. Ca recompensă suplimentară, unele femei descoperă şi o ameliorare a senzaţiilor sexuale.

Afecţiunile colului, uterului şi trompelor uterine

Uterul este organul care adăposteşte fătul atunci când sunteţi însărcinată. El are forma unei pere întoarse. Capătul îngust, colul uterin, se prelungeşte cu vaginul.

Trompele uterine sunt conectate la uter, una de fiecare parte a porţiunii mai late a acestuia. Fiecare trompă se extinde de la interiorul uterului până în apropierea fiecărui ovar. O dată pe lună, unul dintre ovare eliberează un ovul care va coborî prin trompele uterine spre uter.

Tulburări de dezvoltare

Semne şi simptome

- Lipsa de apariţie a menstruaţiei la pubertate.
- Incapacitatea de a concepe sau de a duce sarcina la termen.

Datorită afecţiunilor genetice sau faptului că ceva nu se petrece cum ar trebui în timpul dezvoltării fetale, unele femei se nasc cu anomalii ale colului uterin, uterului sau trompelor uterine. Acestea pot varia de la absenţa aproape totală a organelor reproducătoare feminine la anomalii minore care fac dificilă concepţia sau ducerea sarcinii la termen.

De exemplu, la fătul de sex feminin, un canal intern denumit duct müllerian va duce la apariţia în mod normal a trompelor uterine, uterului şi poţiunii superioare a vaginului. Dacă ceva interferă acest proces, fetiţa se poate naşte fără uter sau cu unul foarte mic. Această afecţiune este cunoscută sub denumirea de agenezie mülleriană.

Deoarece majoritatea acestor anomalii sunt interne, în cazul în care copilul are o deschidere vaginală, poate să nu existe nici un indiciu al afecţiunii până nu ajunge la pubertate şi menstruaţia nu apare.

Diagnostic

Dacă medicul dumneavoastră suspectează o tulburare de dezvoltare, probabil că va cere efectuarea unei investigaţii cu raze X, denumită histerosalpingografie. Deoarece ţesuturile moi nu pot fi văzute cu ajutorul razelor X, această procedură utilizează o substanţă de contrast specială care va apărea pe filmul radiologic. Substanţa de contrast este injectată în cavitatea uterină şi urcă prin trompele uterine până în cavitatea abdominală, unde organismul o va absorbi. În timp ce substanţa de contrast se răspândeşte, radiologul face o serie de radiografii.

Alte proceduri de diagnostic pot cuprinde ecografia sau rezonanţa magnetică nucleară (RMN). În unele cazuri, se poate face o intervenţie chirurgicală laparoscopică ce va ajuta la vizualizarea directă a organelor interne.

Cât de grave sunt tulburările de dezvoltare ?

Deşi în general nu ameninţă viaţa, aceste afecţiuni pot fi cauza unor probleme emoţionale. Fetele care au agenezie mülleriană sunt infertile.

Tratament

Tratamentul depinde de anomalia care stă la bază. Uneori, chirurgii pot corecta un col uterin care nu poate duce sarcina până la termen şi pot repara unele probleme structurale ale uterului.

Polipii colului uterin

Semne şi simptome

- Sângerare după actul sexual, între ciclurile menstruale sau după menopauză.
- Secreţii vaginale apoase, sangvinolente.

Polipii colului uterin sunt proeminenţe, de aspectul unor boabe de strugure, care în general protuzionează

prin deschiderea colului uterin. Puteţi avea un polip sau mai mulţi. Ei sunt frecvenţi, adeseori apărând în timpul sarcinii, ca rezultat al modificărilor hormonale.

Diagnostic

Medicul poate adeseori detecta polipii colului uterin în cursul unui examen ginecologic. El poate îndepărta proeminenţa pentru a o examina apoi în laborator.

Cât de gravi sunt polipii colului uterin?

Ei sunt aproape întotdeauna necanceroşi. Un polip mic poate să nu producă nici un simptom şi poate să nu fie detectat până când medicul îl depistează în timpul unui examen ginecologic obişnuit. Polipii mari pot fi cauza unor hemoragii, astfel încât probabil că veţi dori să fie extirpaţi.

Tratament

Doctorul poate scoate un polip unic în timpul unei scurte intervenţii, la cabinet. Dacă aveţi mai mulţi polipi, de dimensiuni mai mari, este posibil să aveţi nevoie de o intervenţie chirurgicală, deşi aceasta este rareori necesară.

Cervicita

Semne şi simptome

- Scurgeri vaginale de culoare gri sau galbenă.
- Dureri în timpul actului sexual.
- Sângerare după actul sexual.

Cervicita este inflamaţia colului uterin. Frecvent, nu determină apariţia unor simptome şi este descoperită ca rezultat al unui test Papanicolaou sau a unei biopsii făcute pentru o altă afecţiune. Bolile obişnuite cu transmitere sexuală (BTS), ca şi expunerea la anumite bacterii, pot fi cauza cervicitei.

Diagnostic

Probabil că medicul va preleva cu un tampon de vată mostre de secreţie cervicală pentru a le examina în laborator.

Tratament

În cazul în care cauza inflamaţiei este o BTS, atât dumneavoastră cât şi partenerul sexual trebuie să fiţi trataţi. Este posibil să nu aveţi nevoie de tratament dacă aveţi doar o inflamaţie minoră care nu este determinată de o BTS.

Chisturile Naboth

Semne şi simptome

- Un nodul plin cu lichid la nivelul colului uterin, pe care probabil că nu-l simţiţi.

Chisturile Naboth sunt denumite aşa după numele anatomistului german Martin Naboth. Ele se formează atunci când orificiul unei glande de la nivelul colului, care secretă mucus, se obstruează. Sunt mai frecvente în adolescenţă sau după naştere. Medicul diagnostichează de obicei un chist Naboth în timpul unui examen ginecologic de rutină.

Tratament

Afecţiunea necesită rar tratament. Dacă este necesar, medicul poate îndepărta chistul prin cauterizare sau prin aplicarea unei temperaturi extrem de scăzute (intervenţie crioscopică).

Displazia de col uterin

Displazia colului uterin este o anomalie a celulelor de la suprafaţa acestuia. Această afecţiune nu este un cancer, dar poate indica o zonă care s-ar putea canceriza.

Displazia cervicală este detectată prin intermediul testului Papanicolaou. Afecţiunea poate apărea la orice vârstă, o dată ce a început activitatea sexuală. Este puternic legată de un virus denumit papilomavirus uman. Displazia apare cu mai mare probabilitate la cele care şi-au început activitatea sexuală în adolescenţă sau la cele care au avut mai mulţi parteneri sexuali.

Diagnostic

Dacă testul Papanicolaou arată o displazie, este posibil să mai aveţi nevoie şi de alte analize, inclusiv un nou test Papanicolaou sau o colposcopie. Colposcopul este un dispozitiv echipat cu o lupă şi o sursă de lumină. Medicul îl foloseşte pentru a examina colul uterin. Dacă medicul depistează o anomalie, va preleva o mostră de ţesut (biopsie) pentru a o trimite la o analiză de laborator care să confirme displazia şi să-i arate severitatea.

În funcţie de rezultatul testului, doctorul va recomanada un tratament sau doar supravegherea afecţiunii.

Cât de gravă este displazia de col uterin?

Netratată, afecţiunea poate duce la apariţia unui cancer. Anomaliile celulare benigne dispar uneori.

Tratament

Medicul poate trata displazia cervicală în mai multe moduri.

- *Supraveghere.* Se aşteaptă o perioadă de timp pentru a vedea dacă organismul nu «rezolvă» problema de unul singur.
- *Cauterizarea cu ansă.* În timpul acestei proceduri, denumită excizie electrochirurgicală cu ansă, medicul va îndepărta ţesutul anormal folosind un fir subţire, sub formă de ansă, prin care circulă un curent electric atent controlat.
- *Criocauterizarea.* Constă în îngheţarea colului uterin, pentru a distruge ţesuturile anormale.
- *Intervenţia cu laser.* În timpul unei intervenţii chirurgicale cu laser, ţesutul anormal este ars (vaporizat) cu ajutorul unei raze de lumină de energie mare. Această procedură afectează puţin sau deloc ţesuturile înconjurătoare, iar zona tratată se vindecă rapid.
- *Conizaţia.* În cazul displaziilor mai profunde sau mai îngrijorătoare, se îndepărtează o porţiune a colului uterin.

Fibroamele

Semne şi simptome

- Cicluri menstruale abundente sau prelungite.
- Dureri sau senzaţie de presiune în porţiunea inferioară a abdomenului sau a spatelui.

Fibroamele sunt tumori necanceroase (benigne), care apar în grosimea peretelui uterin sau sunt ataşate de el. Se mai numesc şi leiomioame, mioame sau fibromioame şi sunt foarte frecvente (20 - 40% dintre femeile cu vârstă peste 40 de ani).

Este mai probabil să aveţi fibroame multiple decât unul singur. Ei pot fi mici ca o boabă de mazăre sau mai mari decât un grapefruit. Adeseori nu determină apariţia nici unui simptom. În mod normal cresc lent, dar pot răspunde la creşterea nivelului de

hormoni, fapt care le permite să se mărească rapid în cursul sarcinii. După menopauză, aceste tumori scad de obicei în dimensiuni şi adeseori dispar complet.

Diagnostic

Medicul poate detecta fibroamele în cursul unui examen ginecologic de rutină. Dacă se pune problema ce sunt, probabil că medicul va cere un test diagnostic cum ar fi tomografia coputerizată (CT) sau ecografia. În timpul unei alte proceduri denumite histeroscopie, se inseră în uter un mic dispozitiv care permite doctorului să vadă fibroamele.

Cât de grave sunt fibroamele?

Fibroamele se cancerizează foarte rar şi majoritatea determină puţine probleme. Totuşi, dacă aveţi fibroame, trebuie făcute controale regulate care să asigure că ele nu cresc prea mult.

Prezenţa fibroamelor poate face ca ciclurile menstruale să devină foarte abundente, ceea ce poate avea drept rezultat apariţia anemiei prin deficit de fier. Ele pot face dificilă concepţia şi pot cauza avorturi sau interfera naşterea. Uneori, un fibrom ataşat de peretele uterin se poate torsiona, oprindu-şi aprovizionarea cu sânge. Dacă se întâmplă aşa ceva, puteţi simţi brusc o durere ascuţită în porţiunea inferioară a abdomenului. Această situaţie necesită intervenţie chirurgicală de urgenţă pentru îndepărtarea fibromului torsionat.

Tratament

Dacă fibroamele nu determină nici un fel de simptome, medicul vă poate sugera să aşteptaţi să vedeţi ce se întâmplă. Va trebui să faceţi controale regulate şi, dacă este posibil, examene ecografice pentru a determina mărimea fibroamelor.

În cazul în care apar simptome, medicul vă poate recomanda tratamentul medical sau intervenţia chirurgicală.

Tratament medicamentos

Contraceptivele orale pot fi utile pentru controlarea hemoragiei. Tratamentul hormonal cu danazol (Danocrine) poate fi şi el util pentru controlarea hemoragiei menstruale excesive. Totuşi, acest tip de tratament nu controlează creşterea fibroamelor. Medicamentele cunoscute ca agonişti ai hormonului de eliberare de gonadotropine (Lupron, Viadur) pot ajuta la micşorarea fibroamelor prin reducerea cantităţii de estrogeni din corp. Această formă de tratament nu este o soluţie pe termen lung, dar poate fi folosită în aşteptarea intervenţiei chirurgicale.

Din nefericire, agoniştii GnRH determină toate simptomele caracteristice menopauzei, inclusiv valuri de căldură, tulburări de dispoziţie, dureri de cap, uscăciune vaginală şi pierdere de masă osoasă. Dacă aveţi nevoie de un tratament prelungit, medicul poate folosi alte medicamente pentru a reduce simptomele de menopauză.

Tratament chirurgical

Uneori, este nevoie de o intervenţie chirurgicală pentru îndepărtarea fibroamelor. Una dintre opţiuni este miomectomia, o procedură prin care sunt îndepărtate doar fibroamele, nu şi uterul. Aceasta este o opţiune importantă dacă vă gândiţi să aveţi copii. După miomectomie, fibroamele reapar în aproximativ 10% din cazuri.

Dacă aveţi simptome şi nu plănuiţi să aveţi copii, medicul vă poate recomanda îndepărtarea uterului (histerectomia). Histerectomia are o rată de complicaţii mai mică decât miomectomia şi este o soluţie care rezolvă definitiv problema fibroamelor.

O altă procedură, denumită embolizarea fibroamelor uterine, poate fi o soluţie pentru femeile care vor să evite intervenţia chirurgicală. Ea face să se micşoreze fibroamele prin tăierea sursei vasculare care le hrăneşte. Medicul ghidează un tub subţire (cateter) de la nivelul uneia dintre arterele membrului inferior până la acele artere din uter care hrănesc fibroamele. Apoi, doctorul trimite pe cateter mici particule de plastic sau gelatină, care blochează curgerea sângelui la nivelul fibromului, ceea ce are drept rezultat micşorarea lui în timp.

Efectele pe termen lung ale embolizării fibroamelor uterine necesită mai multe cercetări. Efectele procedurii asupra sarcinilor viitoare şi riscul de reapariţie a afecţiunii sunt neclare.

Polipii endometriali

Semne şi simptome

- Mici hemoragii între ciclurile menstruale.
- Crampe pelvine.
- Cicluri menstruale mai abundente sau mai prelungite.

Polipii endometriali sunt proeminenţe mici, moi, ale stratului intern al uterului (endometrul). Puteţi avea unul singur sau mai mulţi.

Sângerarea este simptomul cel mai frecvent. Uneori, polipii nu produc simptome. Totuşi, ei pot proemina în vagin, determinând crampe atunci când apasă pe deschiderea colului uterin. Dacă polipii care proemină se răsucesc şi îşi pierd sursa vasculară, se pot infecta.

Diagnostic

Uneori, aceste proeminenţe pot fi depistate ecografic. Cel mai frecvent se foloseşte o procedură denumită histeroscopie. Se inseră în uter un mic dispozitiv care permite căutarea polipilor. În acelaşi timp, instrumentul poate fi inserat în scopul de a îndepărta proeminenţele.

Tratament

Polipii pot fi îndepărtaţi prin histeroscopie sau printr-o procedură denumită dilataţia colului uterin şi chiuretaj, o operaţie minoră în timpul căreia se curăţă stratul intern al uterului. După ce îi scoate, probabil că doctorul va analiza polipii pentru a se asigura că nu sunt canceroşi (maligni). Uneori, polipii pot reapărea.

Hiperplazia endometrială

Semne şi simptome

- Sângerare între ciclurile menstruale.
- Cicluri menstruale abundente sau prelungite.

Hiperplazia endometrială simplă apare atunci când stratul intern al uterului (endometrul) se îngroaşă prea mult ca rezultat al stimulării estrogenice. Problema apare cu

mai mare probabilitate la femeile care au cicluri menstruale neregulate şi nu ovulează. Trebuie făcută diferenţa cu o afecţiune denumită hiperplazie complexă, care poate duce la cancer endometrial (uterin).

Diagnostic

Dacă medicul suspectează hiperplazia endometrială, probabil că va face o biopsie endometrială pentru a lua o mică mostră de endometru pentru a-l analiza în laborator. Acest lucru se poate face prin intermediul unei proceduri denumite histeroscopie, în care un mic dispozitiv având ataşate diferite instrumente va fi inserat la nivelul uterului, sau prin dilataţie şi chiuretaj în care se curăţă ţesutul de la nivelul stratului intern al uterului.

Cât de gravă este hiperplazia endometrială?

Hiperplazia endometrială simplă nu este gravă. Ea poate indica o tulburare hormonală care trebuie corectată. Hiperplazia endometrială complexă poate fi precursoarea unui cancer endometrial.

Tratament

Tratamentul este destul de simplu atât timp cât analiza ţesutului nu descoperă celule precanceroase. Administrarea timp de câteva luni a pastilelor anticoncepţionale sau a progesteronului va corecta adeseori problema. Dacă biopsia indică prezenţa celulelor precanceroase, puteţi fi sfătuită să faceţi o histerectomie.

Mola hidatiformă

Semne şi simptome

- În timpul sarcinii, creştere uterină prea rapidă.
- Sângerare vaginală.
- Greaţă şi vomă severe.
- Lipsa mişcărilor fetale.
- Eliminarea prin vagina a unui ţesut asemănător boabelor de struguri.
- Hipertensiune arterială.

Este o afecţiune rară, necanceroasă (benignă), care poate apărea uneori la începutul sarcinii, de la nivelul ţesuturilor care înconjoară ovulul fertilizat şi care ar produce în mod normal placenta. Datorită acestei afecţiuni, fătul nu se dezvoltă niciodată.

Tumora creşte rapid şi poate deveni de dimensiuni mari. Deşi mai mult de 80% dintre aceste mole sunt benigne, 15% evoluează spre o afecţiune denumită molă invazivă. Această molă, deşi încă benignă, pătrunde atât de profund la nivelul peretelui uterin încât poate determina apariţia unei hemoragii şi a altor probleme grave. Coriocarcinomul, o tumoră canceroasă (malignă) care creşte rapid şi se răspândeşte apoi repede la alte părţi ale corpului, urmează în 2-3% dintre cazurile de molă hidatiformă. Mola hidatiformă, mola invazivă şi coriocarcinomul sunt toate boli trofoblastice gestaţionale.

Molele hidatiforme sunt mai frecvente la femeile mai vârstnice. Ele apar în 1 din 2000 de sarcini în SUA şi prevalenţa este mai mare în alte părţi ale lumii.

Diagnostic

Afecţiunea este adeseori detectată în timpul unui examen ecografic. Deoarece molele hidatiforme produc cantităţi mari de gonadotropină corionică umană, un hormon care poate fi detectat în sânge sau urină, doctorul poate cere o analiză de sânge pentru a verifica prezenţa afecţiunii.

Cât de gravă este mola hidatiformă?

Mola neinvazivă poate fi îndepărtată, iar mola invazivă şi tumorile maligne sunt tratabile dacă sunt depistate precoce. Chiar şi în cazul coriocarcinomului, rata de vindecare este de 75-80%.

Tratament

Mola neinvazivă poate fi îndepărtată chirurgical. Dacă este invazivă sau malignă, poate fi necesară chimioterapia.

Tratament chirurgical

Medicul poate îndepărta mola prin dilataţia colului uterin şi chiuretaj, în timpul căreia ţesutul este curăţat de la nivelul stratului intern al uterului. După aceea, probabil că va fi monitorizat nivelul gonadotropinei corionice umane, care trebuie să revină la normal. Dacă nu revine, este posibil să fi apărut o molă invazivă sau un coriocarcinom. Rareori, medicul va recomanda histerectomia.

Chimioterapie

Atât în cazul molei invazive cât şi a coriocarcinomului, chimioterapia este tratamentul de elecţie. Sarcina este posibilă după aceste afecţiuni, dar există riscul de recurenţă.

Endometrioza

Semne şi simptome

- Apariţia unor dureri menstruale importante, uneori cu câteva zile înainte şi multe zile după începerea ciclului.
- Cicluri menstruale abundente.
- Dureri în timpul actului sexual.
- Infertilitate.
- Dureri în timpul efortului de defecaţie.

Endometrioza apare atunci când mici bucăţi din ţesutul care căptuşeşte uterul (endometrul) se implantează la nivelul organelor pelvine. Unii specialişti cred că implantarea este rezultatul fluxului menstrual care se întoarce în trompele uterine şi se răspândeşte în cavitatea pelvină, dar acesta poate fi doar un factor. Mai des, implantele apar în afara ovarelor, trompelor uterine sau a uterului sau ligamentelor care îl susţin.

Aceste celule determină sângerare o dată ce începe menstruaţia. Deoarece implantele sunt înconjurate de alte ţesuturi, sângele nu are unde să se ducă. El irită ţesuturile înconjurătoare, ceea ce duce la apariţia unor chisturi. La rândul lor, chisturile pot forma un ţesut cicatricial care leagă organele (aderenţe). Cicatricele şi aderenţele la nivelul ovarelor şi trompelor uterine pot împiedica apariţia sarcinii.

Specialiştii estimează că 10-15% dintre femeile americane de vârstă fertilă au endometrioză. Majoritatea nu au nici un simptom, dar, pentru unele, endometrioza este o afecţiune progresivă care devine

mai dureroasă şi mai supărătoare pe măsura trecerii timpului. Afecţiunea, care se poate transmite familial, apare de obicei între 25 şi 40 de ani şi este mai frecventă la femeile care nu au avut copii.

Menopauza vindecă endometrioza. Foarte rar, terapia de substituţie hormonală o poate reactiva.

Diagnostic

Medicul poate simţi nodulii de endometrioză în cursul examenului ginecologic, dar o procedură chirurgicală denumită laparoscopie confirmă diagnosticul. Laparoscopul este un instrument subţire, dotat cu o lumină. El este inserat în abdomen printr-o mică incizie. Medicul va examina prin intermediul lui organele pelvine. Laparoscopia poate fi făcută fie cu anestezie locală, fie generală, adeseori în ambulator.

Cât de gravă este endometrioza?

Implanturile endometriale nu sunt canceroase (maligne), dar se asociază frecvent cu infertilitatea. Deşi simptomele pot apărea şi trece, adeseori ele se înrăutăţesc pe măsura trecerii timpului.

Tratament

Tratamentul se concentrează pe atenuarea simptomelor şi, dacă doriţi un copil, să facă posibilă concepţia şi ducerea sarcinii la termen. Deşi nu există o opţiune terapeutică valabilă pentru toată lumea, unele femei care vin la medic pentru endometrioză vor resimţi o ameliorare, dar nu dispariţia completă a simptomelor.

Găsirea unui medic cu care să vă simţiţi în largul dumneavoastră este crucială în abordarea şi tratarea endometriozei.

Tratament medicamentos

Medicul vă poate recomanda să luaţi analgezice obişnuite care să atenueze durerile menstruale. Totuşi, dacă realizaţi că depăşiţi doza recomandată, poate fi un semn că trebuie să încercaţi o altă metodă de abordare pentru tratarea simptomelor.

Terapia hormonală este foarte eficientă în reducerea sau eliminarea durerii din endometrioză. Acest lucru se întâmplă deoarece creşterea şi scăderea nivelurilor hormonale în timpul ciclului menstrual feminin face ca implantele endometriale să se îngroaşe, rupă şi să sângereze. Tratamentul hormonal pentru endometrioză cuprinde:

- *pastilele anticoncepţionale*. Pastilele anticoncepţionale ajută la controlarea nivelului hormonilor responsabili pentru refacerea lunară a ţesutului endometrial. Administrarea lor pe termen lung poate reduce sau elimina durerea din endometrioză. Majoritatea femeilor au şi cicluri menstruale mai puţin abundente şi mai scurte atât timp cât iau anticoncepţionale. Femeile care au peste 35 de ani şi fumează sunt adeseori sfătuite să nu ia anticoncepţionale din cauza riscului de apariţie a cheagurilor sangvine;
- *agoniştii şi antagoniştii hormonului de eliberare a gonadotropinelor (Gn-RH)*, sunt medicamente blochează producerea hormonilor care stimulează ovarul. Acest lucru împiedică apariţia menstruaţiei, ceea ce ajută la scăderea în dimensiune a implanturilor endometriale. Agoniştii şi antagoniştii Gn-RH pot duce chiar la remisia endometriozei pe parcursul tratamentului şi, uneori, timp de câteva luni sau ani după;
- *danazolul* (Danocrine) blochează producerea hormonilor stimulatori ai ovarului, împiedicând menstruaţia şi simptomele legate de endometrioză. Danazolul ar putea să nu fie prima opţiune terapeutică, deoarece poate determina apariţia unor efecte adverse supărătoare, cum ar fi acneea şi creşterea părului pe faţă;
- *medroxiprogesteronul*. Acest medicament injectabil, comercializat sub numele de Depo-Provera, este eficient în oprirea menstruaţiei şi creşterii implanturilor endometriale, atenuând astfel simptomele de endometrioză. Efectele sale adverse cuprind creştere în greutate şi dispoziţie depresivă.

Tratament chirurgical

Deşi terapia hormonală este eficientă pentru atenuarea sau eliminarea simptomelor endometriozei, ea împiedică sarcina. Dacă aveţi endometrioză şi încercaţi să rămâneţi însărcinată, intervenţia chirurgicală care să îndepărteze implanturile vă poate creşte şansele de succes. În cazul în care endometrioza vă dă dureri puternice, puteţi, de asemenea, beneficia de pe urma intervenţiei chirurgicale.

- *Intervenţia chirurgicală conservatoare* se referă la îndepărtarea tumorilor endometriale, ţesutului cicatricial şi aderenţelor, fără scoaterea organelor reproductive. Această procedură se poate face laparoscopic sau prin intermediul chirurgiei tradiţionale, prin incizie abdominală. În cazul intervenţiei laparoscopice, se inseră în abdomen, printr-o incizie făcută în apropierea



Endometrioza şi sarcina

Dacă aveţi o endometrioză în stadiu incipient, medicul vă poate sugera să încercaţi să rămâneţi însărcinată cât de curând posibil dacă doriţi să aveţi copii. Este posibil să fie mai dificil să concepeţi mai târziu. În timpul sarcinii, implanturile endometriale scad în general în dimensiuni şi simptomele pot dispărea. Totuşi, endometrioza vă creşte riscul de a avea o sarcină ectopică, în care ovulul fertilizat se implantează în afara uterului.

ombilicului, un aparat subţire, dotat cu o cameră de luat vederi (laparoscop). Laparoscopul este echipat cu un laser, un cauter – un instrument care distruge ţesuturile prin intermediul căldurii – sau cu mici instrumente chirurgicale.

Dacă intervenţia chirurgicală nu este eficientă pentru ameliorarea fertilităţii, pot fi utile alte proceduri, cum ar fi tehnicile de fertilizare în vitro.

- *Histerectomia.* În cazurile severe de endometrioză, tratamentul cel mai bun ar putea fi îndepărtarea unuia sau a tuturor organelor reproducătoare feminine (histerectomie). Dar, în mod caracteristic, acest tip de intervenţie chirurgicală este ultima opţiune, în special în cazul femeilor care sunt încă la vârsta reproducerii.

Autoîngrijire

Dacă durerea persistă sau durează un timp până când dumneavoastră sau medicul găsiţi un tratament eficient, puteţi încerca câteva măsuri acasă care să vă atenueze disconfortul. Băile calde sau o buiotă vă pot ajuta să vă relaxaţi musculatura pelvină, reducând crampele şi durerea.

Exerciţiile regulate pot fi utile pentru reducerea simptomelor sindromului premenstrual şi a celor determinate de endometrioză. Unele femei descoperă că renunţarea sau reducerea cantităţii de cafea, zahăr şi băuturi alcoolice le poate ajuta.

Adenomioza

Semne şi simptome

- Dureri menstruale care durează de ceva timp şi se înrăutăţesc pe măsură ce avansaţi în vârstă.
- Sângerare menstruală prelungită, excesivă.

În adenomioză, o parte din ţesutul endometrial care căptuşeşte uterul începe să crească în interiorul pereţilor musculari ai organului. Acest lucru apare cu mai mare probabilitate spre sfârşitul vârstei reproductive şi după ce aţi născut. Multe dintre femeile care au adenomioză nu au nici un fel de simptome.

Diagnostic

În timpul examenului ginecologic, medicul poate descoperi că uterul dumneavoastră este de dimensiuni mai mari şi mai tare. Acest lucru, alături de crampele menstruale prelungite şi sângerarea menstruală excesivă, sugerează adenomioza. Ecografia şi rezonanţa magnetică nucleară (RMN) pot fi utile pentru punerea diagnosticului. Deşi poate fi dureroasă, afecţiunea este, în general, inofensivă.

Tratament

Adenomioza trece de obicei după menopauză, astfel încât tratamentul poate depinde de cât de aproape sunteţi de acest stadiu al vieţii. Dacă vă apropiaţi de menopauză, medicul vă poate prescrie medicamente contra durerii şi vă poate sugera să nu faceţi un alt tratament. Dacă durerea este foarte puternică şi menopauza este la ani depărtare, medicul vă poate propune histerectomia.

Boala inflamatorie pelvină

Semne şi simptome

- Durere de intensitate mare în partea inferioară a abdomenului.
- Durere de intensitate moderată, recurentă, în porţiunea inferioară a abdomenului, probabil şi în spate, şi cicluri menstruale neregulate.
- Infertilitate.
- Dureri în cursul actului sexual.
- Sângerări neregulate.
- Secreţii vaginale anormale.

Semne şi simptome de urgenţă

- Durere severă în zona inferioară a abdomenului.
- Greaţă şi vomă.
- Temperatură peste 38,8 C.

În fiecare an, peste 1 million de femei americane fac o boală inflamatorie pelvină (BIP), o infecţie a organelor pelvine care poate determina apariţia de cicatrice. Unele femei sunt asimptomatice şi nu sunt niciodată diagnosticate, unele dezvoltă o infecţie de lungă durată (cronică), puţin simptomatică, iar altele prezintă un atac sever şi brusc (acut). După tratament, aproximativ 15-25% dintre femei vor face din nou o BIP.

De obicei, luaţi microorganismul responsabil de boala inflamatorie pelvină prin intermediul actului sexual. BIP apare la aproximativ 15% dintre femeile cu gonoree. *Chlamydia* este o cauză şi mai frecventă.

Dacă partenerul dumneavoastră foloseşte un prezervativ, sunteţi oarecum protejată de BIP. Dacă aveţi o BIP, trebuie tratat şi partenerul dumneavoastră sexual, chiar dacă nu are nici un simptom. Dacă el este infectat, vă poate reinfecta şi pe dumneavoastră.

Diagnostic

În timpul examenului ginecologic, medicul poate lua mostre de secreţii de la nivelul colului uterin şi vaginului pentru a le analiza în laborator şi a determina care microorganism este cauza infecţiei. şi analizele de sânge pot fi utile. Dacă există vreun dubiu în legătură cu diagnosticul sau cu cât de întinsă este infecţia, medicul poate face o procedură chirurgicală denumită laparoscopie. Ea constă în introducerea în abdomen, printr-o incizie mică, a unui instrument subţire, luminat, care să ajute la vizualizarea organelor pelvine.

Cât de gravă este boala inflamatorie pelvină?

Fără tratament, BIP poate fi gravă. Poate apărea un abces al trompelor uterine sau ovarelor, care devine o urgenţă dacă perforează. Trompele sau ovarele pot fi distruse sau pot prezenta cicatrice, determinând infertilitate. BIP poate, de asemenea, duce la peritonită, o inflamaţie a membranei care căptuşeşte cavitatea abdominală. Peritonita este întotdeauna gravă şi necesită tratament intensiv cu antibiotice. În cazuri rare, bacteriile pot invada circulaţia sangvină, ducând la septicemie şi infecţie la nivelul articulaţiilor.

Consecinţele pe termen lung ale BIP cuprind durerea cronică pelvină şi sarcina tubară (ectopică), în care fătul începe să se dezvolte în afara uterului, de obicei într-una dintre trompele uterine.

Tratament

Tratamentul constă în medicamente, repaus şi, posibil, intervenţie chirurgicală.

Tratament medicamentos

Medicul v-ar putea prescrie o combinaţie de antibiotice şi medicamente contra durerii.

Repausul

Medicul vă va recomanda repaus la pat. Este posibil chiar să fiţi spitalizată o perioadă scurtă de timp, dacă boala dumneavoastră este mai severă sau nu răspunde repede la tratament.

Tratament chirurgical

Intervenţia chirurgicală este rareori necesară. Totuşi, dacă abcesul se rupe sau ameninţă să se rupă, poate fi necesară drenarea şi îndepărtarea lui. Îndepărtarea înseamnă că o trompă uterină sau un ovar sau ambele trebuie scoase. Uneori, este necesară histerectomia totală.

Durerea cronică pelvină

Semne şi simptome

- Durere persistentă în regiunea pelvină.
- Dureri în cursul actului sexual sau la defecaţie.

Durearea cronică pelvină poate îmbrăca mai multe forme. Poate fi continuă sau intermitentă. Poate fi o durere surdă, ascuţiţă, ca o crampă, sau poate avea aspectul unei senzaţii de presiune sau de greutate în interiorul abdomenului, profund. Ea se poate înrăutăţi atunci când sunteţi aşezată sau staţi în picioare şi se ameliorează atunci când staţi întinsă.

Depistarea cauzei poate fi dificilă, dacă nu imposibilă. Cauzele posibile ale durerii pelvine cuprind:

- endometrioza (vezi pag. 1092);
- adenomioza (vezi pag. 1094);
- boala inflamatorie pelvină (vezi pag. 1094);
- spasmele muşchilor de la nivelul planşeului pelvin;
- sindromul de congestie pelvină care se datorează unor vene de aspect varicos care înconjoară ovarele şi determină stagnarea sângelui la acest nivel;
- o bucată de ovar rămasă după histerectomie (rest ovarian), la nivelul căreia apar chisturi mici, dureroase;
- fibroamele (vezi pag. 1090).

Durerea pelvină

Ori de câte ori aveţi o durere în regiunea pelvină care durează mai mult de câteva ore, reapare sau este însoţită de febră sau sângerări vaginale, mergeţi la doctor. Acesta va dori să ştie dacă durerea a apărut recent sau de ceva vreme (cronică). Dacă este cronică, medicul va dori să afle dacă vine şi trece (este episodică) sau dacă este continuă.

De asemenea, medicul vă mai poate pune alte întrebări legate de durere, cum ar fi dacă există vreo legătură cu ciclul menstrual, cu defecaţia sau urinarea, sau dacă apare în cursul actului sexual sau al activităţii fizice.

Studiile realizate arată că femeile care sunt deprimate sau sub influenţa unui stres excesiv sau care au suferit abuzuri fizice sau sexuale, este mai probabil să prezinte dureri cronice pelvine. Acest lucru se poate datora faptului că tulburările emoţionale pot înrăutăţi durerea făcând ca muşchii din regiunea pelvină să fie tensionaţi sau prin determinarea unor modificări chimice care vă afectează capacitatea de a vă adapta la durere.

Diagnostic

Diagnosticul poate necesita un examen ginecologic şi teste variate care să încerce să determine cauza durerii. De asemenea, poate fi necesară cartografierea durerii, în timpul căreia medicul utilizează o versiune mai mică a laparoscopului (microlaparoscop) pentru a arunca o privire în interiorul cavităţii pelvine. Veţi rămâne trează, dar veţi fi sedată în timp ce doctorul atinge diferite zone şi notează care anume vă determină durere.

Cât de gravă este durerea cronică pelvină?

În mod caracteristic, durerea cronică pelvină este o afecţiune invalidantă, îndelungată, care are adeseori drept rezultat pierderea funcţiei reproductive. Totuşi, aproape niciodată nu este determinată de o afecţiune care vă poate ameninţa viaţa.

Tratament

Tratamentul depinde de cauză, dar de multe ori este necesară o abordare multidisciplinară. Specialiştii din mai multe ramuri ale medicinei vă pot consulta şi se pot implica în procesul de îngrijire.

Tratament medicamentos

Pot fi prescrise antibiotice pentru boala inflamatorie pelvină (BIP), iar pentru tratamentul endometriozei şi al aderenţelor pelvine pot fi recomandaţi hormoni care să inhibe ovulaţia. Dacă există factori psihologici care contribuie la afecţiune, medicul vă poate prescrie un antidepresiv, care poate atenua durerea şi vă poate ameliora dispoziţia, astfel încât să fiţi mai aptă să controlaţi durerea.

Autoîngrijirea

Tehnicile de control al stresului şi de relaxare, cum ar fi meditaţia, ascultarea muzicii sau practicarea yoga pot fi utile în unele cazuri de durere pelvină cronică. Colaborând cu fizioterapeutul, puteţi învăţa cum să vă relaxaţi şi să întindeţi muşchii planşeului pelvin, dacă aceşti muşchi sunt cauza durerii.

Dispozitive

Un dispozitiv cu ultrasunete, introdus în vagin, poate fi o sursă de căldură care este eliberată la nivelul musculaturii pelvine şi poate atenua spasmele.

Tratament chirurgical

Intervenţia chirurgicală - uneori o histerectomie - poate fi utilizată pentru tratarea endometriozei. Ea mai poate fi necesară în cazul BIP şi fibroamelor. De asemenea, mai poate fi necesară pentru îndepărtarea resturilor ovariene.

Afecţiunile ovarelor

Fiecare dintre cele două ovare este aproximativ de dimensiunea unei migdale. Ele sunt situate în abdomen, deasupra şi lateral de uter, şi la aproximativ 10-15 cm sub talie. La naştere, fetiţa are, la nivelul ovarelor, aproximativ 1 milion de precursori ai ovulelelor,

fiecare fiind adăpostit în interiorul unui folicul. În fiecare lună, de la pubertate până la menopauză, un ovul creşte până ce foliculul lui se rupe şi îl eliberează. Ovulul trece prin trompele uterine şi ajunge în uter.

Ovarele dumneavoastră produc, de asemenea, hormonii sexuali feminini estrogeni şi progesteron, care vă reglează ciclul menstrual. În timpul primei jumătăţi a ciclului menstrual, ovarele secretă estrogeni. Majoritatea sunt produşi de stratul extern de celule ale singurului folicul care va produce ovulul. Estrogenii fac ca stratul intern al uterului să se îngroaşe, pregătindu-se să primească ovulul fecundat.

Chiar înainte de ovulaţie, acelaşi folicul începe să producă mici cantităţi de progesteron. După ce ovulul este eliberat, foliculul – în acest moment denumit corp galben – creşte rapid în dimensiuni şi produce atât progesteron cât şi estrogeni.

Aceşti hormoni acţionează împreună pentru a dezvolta complet stratul intern al uterului. Dacă apare sarcina, hormonii secretaţi de corpul galben ajută la menţinerea ei. Dacă nu, corpul galben începe să scadă în dimensiuni, iar nivelurile de estrogeni şi progesteron scad. Ca rezultat, uterul îşi elimină stratul intern, ceea ce are drept rezultat menstruaţia.

Chisturile ovariene şi tumorile necanceroase

Semne şi simptome

- Durere surdă, senzaţie de presiune sau de corp străin în abdomen.
- Durere în cursul actului sexual.
- Cicluri menstruale care întârzie, sunt neregulate sau însoţite de dureri.
- O durere ascuţită, care debutează brusc, localizată în porţiunea inferioară a abdomenului.

Semne şi simptome de urgenţă

- Apariţia bruscă a unei dureri abdominale severe şi posibil a vomei.

Chistul este un sac umplut cu lichid. Majoritatea chisturilor ovariene sunt inofensive şi dispar singure. Adeseori sunt necanceroase (benigne) şi nu determină apariţia unor simptome speciale. Alte tipuri de chisturi necesită atenţie. Doctorul dumneavoastră poate găsi unul sau mai multe chisturi în timpul unui examen ginecologic de rutină. Chisturile care apar după menopauză este mai probabil să indice un cancer ovarian.

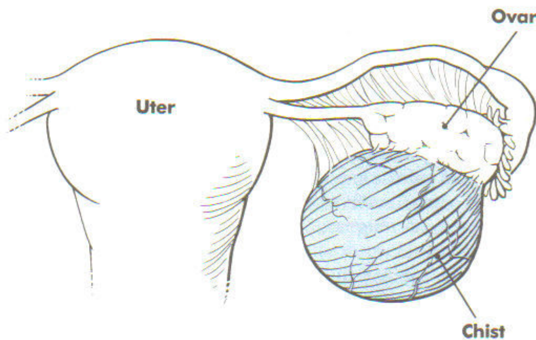
La femeile care nu au ajuns la menopauză, ovarele produc în mod normal, în fiecare lună, structuri asemănătoare unor chisturi, denumite foliculi. Foliculii sunt mici «uzine chimice» care produc hormonii estrogeni şi progesteron şi eliberează ovulul atunci când ovulaţi.

Uneori, un folicul lunar normal continuă să crească. Dacă se întâmplă acest lucru, el devine ceea ce se numeşte un chist funcţional. Acest lucru înseamnă că el a apărut în cadrul funcţionării normale a ciclului menstrual. Există două tipuri de chisturi funcţionale:

- *chisturile foliculare.* Ovulaţia iniţiază o reacţie complexă, în lanţ. Foliculul care adăposteşte ovulul îşi primeşte informaţiile de la glanda hipofiză de la nivelul creierului prin intermediul unei descărcări bruşte dintr-un hormon denumit luteinizant (LH). Atunci când totul funcţionează conform planului, ovulul este eliberat şi îşi începe călătoria prin trompele uterine, aşteptând fecundarea. Chistul folicular apare atunci când lipseşte descărcarea bruscă de LH şi reacţia în lanţ nu se declanşează. Rezultă un folicul care nu se rupe şi nu eliberează ovulul, crescând până devine un chist. Chisturile foliculare sunt de obicei inofensive, rareori determină durere şi adeseori dispar singure după două-trei cicluri menstruale;
- *chisturile corpului galben.* Dacă descărcarea bruscă de LH apare şi ovulul este eliberat, începe un alt lanţ de evenimente. Foliculul răspunde apoi la LH producând cantităţi mari de estrogeni şi progesteron, pregătindu-se pentru concepţie. Acest lucru modifică foliculul. În acest stadiu este denumit corp galben. Totuşi, uneori, după ce ovulul este eliminat, orificiul prin care el a ieşit se astupă, iar ţesuturile se acumulează înăuntru, făcându-l să crească şi să se transforme în chist. Deşi acest chist dispare, de obicei, singur în câteva săptămâni, el poate creşte până la aproape 10 cm în diametru şi poate sângera în interior sau poate torsiona ovarul, determinând durere abdominală sau pelvină. Dacă se umple cu sânge, chistul se poate rupe, determinând hemoragie internă şi apariţia unei dureri ascuţite, bruşte.

O tumoră este un nodul de consistenţă solidă. Tumorile benigne nu invadează ţesuturile de vecinătate şi nu se răspândesc la alte părţi ale corpului. Tumorile canceroase (maligne) pot face ambele lucruri.

Totuşi, dacă o tumoră benignă sau un chist sunt mari, pot crea o senzaţie de disconfort abdominal. În unele cazuri, poate interfera cu producţia hormonilor ovarieni şi poate avea drept rezultat sângerări vaginale neregulate şi accentuarea părului de pe corp. Dacă o tumoră sau un chist mare vă presează vezica urinară, este posibil să simţiţi nevoia să urinaţi mai des deoarece este diminuată capacitatea vezicii. Dacă tumora sau chistul se răsucesc, puteţi avea



Chistul ovarian poate fi depistat în timpul unui examen ginecologic de rutină.

dureri spasmodice. Apariţia unei dureri bruşte şi ascuţite poate însemna că s-a rupt chistul. Dacă aveţi dureri abdominale severe, febră şi vomă, sau dacă prezentaţi simptome de şoc, cum ar fi o piele rece, umedă şi respiraţii frecvente, cereţi imediat ajutorul medicului.

Diagnostic

Dacă în timpul unui examen ginecologic de rutină medicul detectează ceva ce seamănă cu o tumoră sau un chist ovarian, probabil că va cere un examen ecografic sau o altă procedură diagnostică pentru a confirma diagnosticul. De asemenea, poate face o intervenţie chirurgicală laparoscopică, în cadrul căreia un instrument subţire, iluminat la un capăt, este introdus în abdomen pentru a examina ovarele.

Tratamentul

Majoritatea chisturilor ovariene trec fără tratament. Urmărirea atentă, incluzând monitorizarea ecografică regulată, este opţiunea de tratament în cazul în care chistul este plin cu lichid şi are mai puţin de 5 cm în diametru. Probabil că medicul vă va recomanda să faceţi ecografii pelviene la intervale regulate de timp pentru a vedea dacă formaţiunea şi-a modificat dimensiunea.

Dacă aveţi un chist funcţional mare şi care vă face să aveţi simptome importante, probabil că medicul vă va recomanda pastile anticoncepţionale pentru a-l ajuta să se micşoreze. Administrarea pastilelor anticoncepţionale poate reduce şi riscul de creştere a chistului.

Medicul vă poate sugera îndepărtarea chistului sau a unei tumori benigne dacă este mare, solid, umplut cu resturi de ţesuturi, creşte sau persistă peste 2-3 cicluri menstruale. Chisturile care au formă neregulată, sunt dureroase sau determină alte simptome sau sunt localizate la nivelul ambelor ovare, pot fi şi ele îndepărtate.

În cazul în care chistul este canceros, medicul vă poate recomanda histerectomia pentru îndepărtarea ambelor ovare şi a uterului. După menopauză, riscul de cancer ovarian creşte. Ca rezultat, medicii recomandă mai frecvent operaţia atunci când o masă chistică apare la nivelul ovarelor după menopauză.

Cancerele sistemului reproducător

Cancerul poate apărea la nivelul trompelor uterine, uterului, ovarelor, colului uterin, vaginului şi vulvei. Şansa de a se termina cu bine depinde de organul afectat şi de cât de repede este pus diagnosticul.

Cancerul endometrial

Semne şi simptome

- Sângerare vaginală care apare după menopauză.
- Înainte de menopauză, cicluri menstruale neregulate sau sângerare între ciclurile menstruale.
- O secreţie vaginală roz, apoasă.

Cancerul endometrial (uterin) începe la nivelul endometrului, stratul intern al uterului. Este unul dintre cele mai frecvente cancere care apare la femeile din SUA. Este şi unul dintre cele mai uşor de vindecat dacă este diagnosticat precoce. Cel mai adesea apare după menopauză, la femei cu vârste între 50 şi 70 de ani.

Obezitatea predispune la cancer endometrial. Femeile aflate postmenopauză, care sunt supraponderale au un risc în mod special crescut de a face un cancer endometrial, deoarece celulele grase fabrică estrogeni, dar ovarele nu mai sunt capabile să fabrice progesteron pentru a-i contracara. Obezitatea face şi tratamentul mai dificil. Terapia de substituţie hormonală (TSH) era şi ea în trecut un factor de risc. TSH folosite acum în mod curent folosesc doze mai mici de estrogeni, combinate cu progestative. Folosirea adecvată nu creşte riscul de cancer endometrial.

Pe lângă cele obeze, femeile care prezintă un risc crescut de a face un cancer endometrial sunt cele care nu au născut niciodată, cele la care menopauza apare mai târziu decât media şi cele care prezintă antecedente de infertilitate sau cicluri menstruale neregulate. Medicamentul tamoxifen, care poate fi folosit pentru a diminua riscul de cancer de sân la unele femei, creşte de asemenea riscul de cancer endometrial, la fel cum fac estrogenii administraţi fără progesteron pentru tratarea simptomelor de menopauză.

Folosirea pastilelor anticoncepţionale scade riscul de cancer endometrial.

Diagnostic

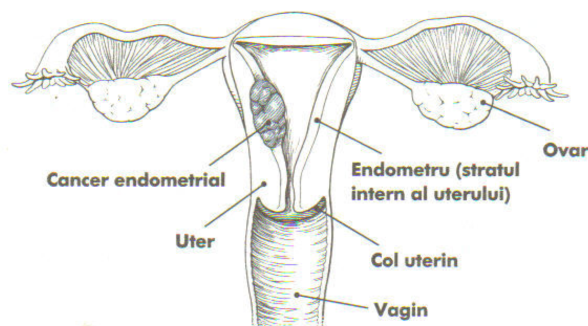
Primul simptom de cancer endometrial este sângerarea endometrială. Dacă prezentaţi sângerări neregulate, probabil că medicul va face o biopsie endometrială. Aceasta constă în prelevarea unui mic fragment de ţesut de la nivelul mucoasei uterine, care va fi apoi analizat în laborator. Procedura poate fi, de obicei, făcută la cabinetul doctorului şi nu necesită anestezie. Dacă prin biopsie nu se poate obţine un fragment suficient de mare de ţesut sau aceasta sugerează un cancer, probabil că medicul va face o dilatare a colului uterin şi un chiuretaj. În timpul acestei proceduri, care necesită să fiţi într-o sală de chirurgie sub anestezie, ţesutul este prelevat prin chiuretarea mucoasei uterine şi examinat ulterior la microscop pentru a căuta celule canceroase.

Medicul poate cere şi o ecografie endovaginală pentru excluderea altor afecţiuni. În cadrul acestei proceduri nedureroase, este inserat în vagin un dispozitiv în formă de baghetă (transductor). Transductorul foloseşte ultrasunete pentru a crea imaginea video a uterului. Testul îl ajută pe medic să depisteze anomalii ale mucoasei uterine. Uneori, înainte de efectuarea testului, este introdusă în uter o soluţie de ser fiziologic prin intermediul unui tub subţire (cateter). Serul fiziologic accentuează imaginea, făcând ca anomaliile stratului intern al uterului să fie mai uşor de depistat pe imaginea video.

Dacă se depistează un cancer, probabil că veţi fi trimisă la un ginecolog oncolog – un medic specializat în tratarea cancerelor care afectează sistemul reproducător feminin. Vor fi făcute mai multe teste pentru a evalua extinderea afecţiunii.

Cât de grav este cancerul endometrial?

Deoarece acest tip de cancer determină sângerări vaginale anormale, este foarte probabil să



Cancerul endometrial (uterin) apare la nivelul stratului intern al uterului (endometru). Tratamentul are, de obicei, mare succes în cazul în care cancerul este diagnosticat precoce.

fie descoperit într-un stadiu precoce, când este încă localizat. De aceea, tratamentul este în multe cazuri încununat de succes. Rareori, tumora creşte rapid, este înşelătoare şi rezultatele nu sunt bune.

Tratament

În funcţie de cât de agresiv este cancerul şi dacă s-a întins sau nu, tratamentul poate necesita o singură formă de terapie sau o combinaţie.

Tratament chirurgical

Intervenţia chirurgicală este tratamentul cel mai obişnuit al cancerului endometrial. Majoritatea medicilor recomandă fie îndepărtarea chirurgicală a uterului singur (histerectomie), fie, mai des, îndepărtarea chirurgicală a uterului, trompelor uterine şi ovarelor (histerectomie totală). Şi nodulii limfatici din jurul zonei afectate trebuie scoşi pe cale chirurgicală. Nodulii limfatici sunt structuri mici, de forma unei boabe de fasole, răspândiţi prin tot corpul, care produc şi stochează celule care luptă împotriva infecţiilor, dar pot conţine şi celule canceroase.

Dacă aveţi o formă agresivă de cancer, care s-a extins şi la alte zone ale corpului, poate fi necesar un tratament suplimentar.

Radioterapia

Radioterapia constă în folosirea unor doze mari de raze X pentru a omorî celulele canceroase. Dacă doctorul crede că sunteţi în mare pericol de reapariţie a cancerului, vă poate sugera să faceţi radioterapie în completarea histerectomiei. Medicul mai poate recomanda radioterapia dacă tumora canceroasă creşte rapid sau invadează profund muşchiul uterului sau cuprinde vasele de sânge. Rareori, radioterapia este folosită înainte sau în locul intervenţiei chirurgicale.

Terapia hormonală

În cazul în care cancerul s-a răspândit la alte părţi ale corpului, un progestativ sintetic, o formă de progesteron, îi poate opri creşterea. Progestativul folosit în tratamentul cancerului endometrial se administrează în doze diferite de cel folosit în cadrul terapiei de substituţie hormonală pentru femeile aflate la menopauză. Pot fi folosite şi alte medicamente. Tratamentul cu progestative poate fi o opţiune terapeutică pentru femeile cu cancer endometrial incipient care doresc să aibă copii şi, de aceea, nu doresc să facă o histerectomie. Totuşi, această metodă de abordare este nouă şi nu este lipsită de riscul de reapariţie a cancerului.

Chimioterapia

Chimioterapia constă în folosirea unor medicamente pentru distrugerea celulelor canceroase. În unele cazuri de cancer endometrial, medicul poate recomanda chimioterapia, care poate consta în administrarea tratamentului pe cale venoasă sau sub formă de pastile. Aceste medicamente intră în circulaţia sangvină şi apoi circulă prin corp, omorând celulele canceroase.

Cancerul de col uterin

Semne şi simptome

- Sângerare vaginală după actul sexual, între ciclurile menstruale sau după menopauză.
- Secreţii sangvinolente de la nivelul vaginului.
- În stadii avansate, o durere surdă de spate.

Cancerul de col uterin este una dintre cele mai frecvente forme de cancer care afectează organele reproductive ale femeii. Mai multe tulpini de papilomavirus uman (HPV), o infecţie tansmisă pe cale sexuală, sunt responsabile de cel puţin 95% din cazurile de cancer de col uterin.

Atunci când este expus la HPV, sistemul imun reacţionează la majoritatea femeilor, împiedicând virusul să facă vreun rău. În puţine cazuri, însă, virusul supravieţuieşte mai mulţi ani înainte de a transforma celulele de la suprafaţa colului uterin în celule canceroase. Acest tip de cancer apare cu cea mai mare probabilitate între 30 şi 55 de ani.

În mare măsură, mulţumită testului de depistare Papanicolaou, rata de deces prin cancer de col uterin a scăzut semnificativ în ultimii 40 de ani. Totuşi, în fiecare an, aproximativ 12 900 de femei din SUA află că au un cancer invaziv de col uterin şi aproximativ 4 400 mor datorită bolii.

Diagnostic

Acest tip de cancer este, în general, depistat prin intermediul testului Papanicolaou. Dacă rezultatele lui sunt anormale, medicul poate face un examen colposcopic şi o biopsie. Colposcopul este un instrument dotat cu o lupă, care permite examinarea atentă a colului. Biopsia este o procedură în care doctorul ia un fragment de ţesut de la nivelul colului pentru a-l examina la microscop şi pentru a determina dacă este canceros (malign).

Cât de grav este cancerul de col uterin?

Cancerul de col uterin este grav, în special dacă este întins. Din cele aproximativ 3% femei americane care mor datorită unui cancer,

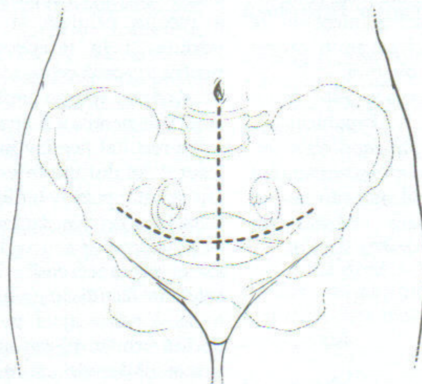
Histerectomia

Histerectomia constă în îndepărtarea uterului. Ea se face cel mai adesea din următoarele motive:

- cancer endometrial (uterin);
- fibroame sau endometrioză severă;
- sângerări grave, incontrolabile;
- protruzia uterului prin vagin (prolaps uterin).

Nu toate histerectomiile sunt la fel. Histerectomia supracervicală lasă pe loc colul uterin. În histerectomia totală, este îndepărtat întregul uter, inclusiv colul uterin. Histerectomia completă cu salpingo-ovariectomie bilaterală constă în îndepărtarea uterului, a colului uterin, atrompelor uterine şi a ambelor ovare. Histerectomia radicală, făcută de obicei pentru cancerul colului uterin, se extinde chiar mai departe, cuprinzând partea superioară a vaginului şi unii noduli limfatici pelvini.

Pentru a face o histerectomie, cel mai adesea chirurgul face o incizie în partea inferioară a abdomenului, fie orizontal chiar deasupra liniei de inserţie a părului pubian, fie vertical, de la ombilic, până la părul pubian. Refacerea durează în general cam 6 săptămâni. Uneori, în cazul afecţiunilor necanceroase (benigne), chirurgul poate face o histerectomie vaginală, fără a face o incizie abdominală. Unii folosesc un laparoscop pentru a uşura realizarea histerectomiei vaginale. Recuperarea poate fi mai uşoară şi mai rapidă decât cea care urmează unei histerectomii vaginale tradiţionale. Oricare dintre operaţii durează 1-2 ore şi se face sub anestezie generală.



Pentru executarea unei histerectomii abdominale, chirurgul poate alege fie o incizie orizontală, fie verticală.

În cazul unei tumori ovariene sau uterine mari, chirurgul va prefera de obicei să intervină pe cale abdominală. În cazul prolapsului uterin, este preferată de obicei abordarea vaginală.

Unii chirurgi recomandă de rutină îndepărtarea ovarelor la femeile de peste 40 de ani, pentru a preveni cancerul uterin, dar aceasta este o problemă controversată. Pe de o parte, cancerul ovarian este mortal, având o rată de vindecare de 10 - 20% şi poate fi prevenit prin scoaterea ovarelor. Pe de altă parte, cancerul ovarian nu este foarte frecvent.

Complicaţiile posibile ale histerectomiei sunt infecţiile pelvine, infecţiile rinichilor şi vezicii urinare, şi hemoragia. După ce ajungeţi acasă, trebuie să evitaţi o perioadă de timp raporturile sexuale şi să ridicaţi obiecte grele. Timp de 6-8 săptămâni nu puteţi face sporturi active.

cauza este un cancer invaziv al colului uterin.

Tratament

Măsura în care este extins cancerul se numeşte stadializare. Stadializarea cancerului este cheia care determină cât va fi de extins şi tratamentul. Oricare ar fi tratamentul pe care îl veţi face, trebuie apoi să faceţi controale regulate şi analize cel puţin 5 ani după încheierea lui.

Tratament chirurgical

În cazul cancerului invaziv care este localizat doar la nivelul uterului şi părţii superioare a vaginului, probabil că medicul va recomanda histerectomia radicală. În cadrul acestei proceduri, chirurgul îndepărtează uterul (inclusiv colul uterin), porţiunea superioară a vaginului, unele ţesuturi din jur şi nodulii limfatici şi trompele uterine, dar poate lăsa pe loc unul sau ambele ovare, dacă sunteţi tânără. După aceea, este posibil să trebuiască să faceţi radioterapie.

Radioterapia

Majoritatea cancerelor de col uterin care s-au extins la ţesuturile din vecinătate sunt tratate prin radioterapie. Radioterapia cuprinde adeseori radioterapia externă, furnizată de un aparat, şi radioterapia internă. Pentru realizarea radioterapiei interne, chirurgul implantează un material radioactiv în uter sau în porţiunea superioară a vaginului şi îl lasă acolo mai multe zile, atât timp cât sunteţi în spital. Implantarea se face sub anestezie generală.

Radiaţiile pot fi cauza unor efecte adverse neplăcute. Acetea cuprind diaree, sângerare rectală şi astenie. Timp de câteva luni după aceea puteţi avea probleme să ţineţi urina. Radioterapia vă poate întrerupe ciclul menstrual şi poate fi cauza unor simptome de menopauză, inclusiv a valurilor de căldură; de asemenea, poate produce o îngustare şi scurtare a vaginului.

Chimioterapia

Folosirea unor medicamente pentru distrugerea celulelor canceroase poate accentua efectele radiaţiilor.

Tumorile tind să scadă rapid în dimensiune sub acţiunea chimioterapiei agresive, dar medicamentele pot fi toxice pentru femeile care au un cancer de col uterin. S-a demonstrat că chimioterapia ameliorează rata de supravieţuire la femeile cu forme avansate de cancer de col şi este frecvent folosită alături de radioterapie.

Cancerul ovarian

Semne şi simptome

- În stadiile precoce, de obicei nici unul.
- O vagă senzaţie de disconfort abdominal şi uşoară indigestie.
- În stadii avansate, abdomen mărit de volum şi durere abdominală joasă.

Cancerul ovarian este adeseori mortal. În stadiile precoce, produce puţine semne şi simptome, şi poate fi descoperit în timpul unui examen ginecologic de rutină. Dacă este nedetectat, în cele din urmă determină semne şi simptome, şi tumora poate produce un lichid care face ca abdomenul să se umfle. În 70-80% din cazuri, boala este avansată în momentul în care se pune diagnosticul. Acest lucru se întâmplă şi datorită faptului că nu există o metodă acceptabilă, ieftină şi exactă pentru depistarea bolii.

În mod caracteristic, cancerul ovarian apare după menopauză. Este mai probabil să faceţi un cancer ovarian dacă nu aţi fost niciodată însărcinată sau aţi avut probleme de fertilitate. Din contră, este mai puţin probabil să faceţi boala dacă aveţi mai mulţi copii sau aţi luat anticoncepţionale. Oricare ar fi situaţia dumneavoastră, un examen ginecologic anual este important deoarece diagnosticul şi tratamentul precoce vă oferă cele mai bune şanse pentru supravieţuirea pe termen lung.

Diagnostic

Dacă examenul ginecologic descoperă o tumoră ovariană, probabil că medicul va cere o ecografie, o rezonanţă magnetică nucleară (RMN) sau o tomografie computerizată (TC) pentru a o evalua. Trei din patru tumori ovariene sunt necanceroase (benigne).

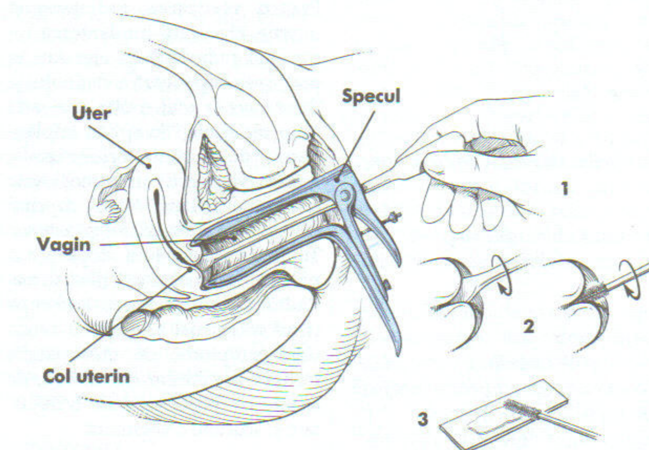
Cât de grav este cancerul ovarian?

Atunci când este detectat precoce, rata de supravieţuire la 5 ani este de 60-80%. Totuşi, rata medie de supravieţuire este de doar 30-40% deoarece acest tip de cancer este rareori depistat suficient de repede. Dar, cu un tratament agresiv chirurgical şi chimioterapic, multe femei cu cancer ovarian avansat supravieţuiesc mai mult.

Testul Papanicolaou

De la începutul anilor '40, rata de deces a femeilor cu cancer de col uterin a scăzut cu 70%, în mare măsură deoarece multe femei fac testul de depistare Papanicolaou (Pap test). Deşi nu este infailibil, acest test detectează 95% dintre cancerele de col şi, mai important, detectează afecţiunile precanceroase care sunt virtual 100% curabile. Ocazional, testul Papanicolaou va detecta şi dovezi ale unui cancer endometrial sau ovarian.

Testul Papanicolaou este denumit aşa după G.N. Papanicolaou, inventatorul lui. În mod obişnuit, el se face în timpul examenului ginecologic. În cel mai rău caz, el creează o uşoară senzaţie de disconfort. Folosind o spatulă de lemn sau o periuţă, medicul va atinge uşor suprafaţa colului pentru a recolta celulele şi introduce periuţa şi în interiorul colului pentru a recolta celule şi de la acest nivel. Apoi, acestea sunt trimise la laborator pentru a fi analizate.



Cu speculul lăsat pe loc, medicul roteşte o spatulă şi apoi o perie pentru a recolta mostre de ţesut (1 şi 2). Celulele sunt apoi întinse pe o lamelă de sticlă pentru a fi examinate la microscop (3).

Un rezultat negativ înseamnă că ţesutul colului uterin este normal. Un rezultat pozitiv indică prezenţa celulelor anormale, dar nu dovedeşte că aveţi cancer sau o displazie, o stare precanceroasă. Descrierea celulelor făcută de un anatomopatolog îl poate ajuta pe medic să decidă următorul pas care trebuie urmat. Adeseori, sunt recomandate evaluări suplimentare.

Ar trebui să faceţi primul test Papanicolaou la 18 ani sau imediat după începerea activităţii sexuale. Al doilea şi al treilea test Papanicolaou trebuie făcute la interval de 1 an. Dacă 3 teste sunt normale şi sunteţi în categoria de risc scăzut, medicul vă poate sugera să faceţi mai rar examenul.

Dacă sunteţi în grupul de risc crescut, continuaţi să faceţi testul anual. Femeile cu risc crescut sunt cele care şi-au început viaţa sexuală înaintea vârstei de 18 ani şi cele care au avut parteneri sexuali multipli, o boală cu transmitere sexuală sau un test anterior Papanicolaou anormal.

Tratament

Pentru tratamentul acestui tip de cancer, medicul vă poate recomanda combinarea intervenţiei chirurgicale cu chimioterapia.

Tratament chirurgical

În cazul unei femei tinere care vrea să aibă copii şi a cărei tumoră este descoperită devreme, chirurgul ar putea doar îndepărta ovarul afectat împreună cu trompa lui uterină. Totuşi, tipul cel mai frecvent de cancer ovarian necesită îndepărtarea ambelor ovare, precum şi a uterului, trompelor uterine, ganglionilor limfatici din vecinătate şi a unei părţi dintr-un strat de ţesut denumit oment. Suplimentar, probabil că medicul va recolta mai multe mostre de ţesut şi lichid de la nivelul abdomenului, pentru a căuta celule canceroase.

Chimioterapia

Cancerul ovarian este, în general, tratat prin combinarea mai multor medicamente. După chimioterapie, în general tumora scade în dimensiuni. Totuşi, adeseori ea reîncepe să crească. Medicul poate folosi o altă combinaţie de medicamente, într-o nouă cură de chimioterapie.

Radioterapia

Radioterapia este folosită în cazuri rare pentru a inhiba creşterea tumorii.

Cancerul vaginal

Semne şi simptome

- Secreţie apoasă de la nivelul vaginului.
- Sângerare după actul sexual sau după examenul ginecologic.
- Dureri în timpul actului sexual.
- Senzaţie frecventă sau urgentă de urinare.
- Defecaţie dureroasă.

Cancerul vaginal este foarte rar. Dintre toate cancerele care se pot dezvolta la nivelul organelor reproductive feminine, cancerul vaginal reprezintă doar 1%. Acest tip de cancer apare cu mai mare probabilitate la femeile cu vârste cuprinse între 45 şi 65 de ani, şi în 95% din cazuri este vorba de un cancer cu celule scuamoase care creşte lent. Frecvent, el se extinde la vezica urinară sau rect, ceea ce are drept rezultat defecaţia dureroasă sau senzaţia frecventă şi urgentă de urinare.

Diagnostic

Acest diagnostic vi se poate pune după apariţia semnelor şi simptomelor, şi după ce medicul va face examenul ginecologic al vaginului. Ţesutul anormal poate fi îndepărtat pentru examinare (biopsie).

Cât de grave sunt cancerele vaginale?

Sunt rare, dar pot fi mortale, în special dacă nu sunt detectate şi tratate precoce.

Tratament

Principala modalitate de tratament a cancerului vaginal este intervenţia chirurgicală, posibil urmată de radioterapie. Extinderea operaţiei depinde, în general, de locul în care este localizat cancerul, de cât de tare este extins şi de vârstă.

Cancerul vulvar

Semne şi simptome

- Un nodul mic, tare, care poate produce mâncărimi, localizat în pielea vulvei.
- O ulceraţie cu marginile ridicate, localizată la nivelul vulvei, care poate sângera sau secreta un lichid.

Cancerul vulvei este rar. El reprezintă doar 3-4% dintre toate tumorile organelor reproductive feminine. Este mai frecvent după menopauză.

Diagnostic

Deoarece de obicei femeile nu merg la medic pentru mâncărimi, diagnosticul este uneori întârziat. Pentru a diagnostica un nodul suspect la nivelul vulvei, medicul va recolta un mic fragment de ţesut pentru a-l analiza în laborator.

Cât de grav este cancerul vulvar?

În cazul unui tratament corect, există mari şanse de vindecare completă.

Tratament

Tipic, este necesară vulvectomia. În cadrul acestei proceduri, chirurgul îndepărtează tumora, pielea înconjurătoare şi, posibil, ganglionii limfatici inghinali. Tipul de cancer şi dimensiunea tumorii vor dicta cât de mult ţesut va fi scos. Poate fi recomandată şi radioterapia.

Abuzul sexual

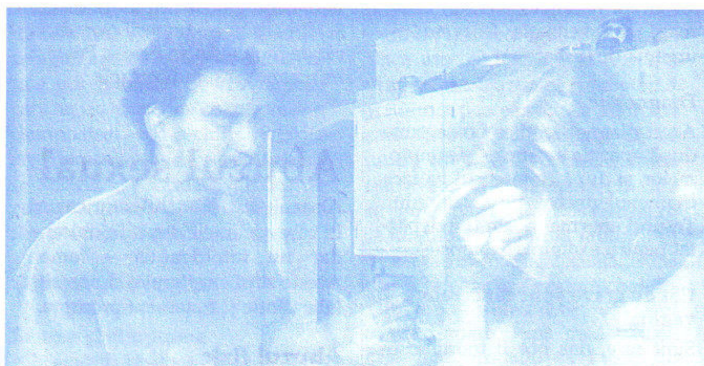
Abuzul fizic şi violul sunt cazuri în care victimele sunt de obicei – dar nu întotdeauna – femei. Aceste stări sunt grave şi necesită intervenţie şi tratament prompte.

Abuzul fizic

Abuzul fizic se referă la leziuni fizice datorate unei persoane pe care o cunoaşteţi, cum ar fi soţul, partenerul, altcineva apropiat sau o rudă. Violul este o formă particulară de abuz fizic.

În unele culturi există credinţa că bărbatul are dreptul să-şi lovească soţia. De fapt, «regula pumnului» se referă la dimensiunea ustensilei pe care bărbatul





Cum să ieşiţi dintr-o relaţie abuzivă

Abuzul poate include bătăi şi agresiuni fizice, agresiune sexuală şi abuz psihologic, în cazul căruia puteţi fi forţată verbal să faceţi lucruri degradante sau umilitoare.

Dacă deja aţi trecut prin violenţă familială, agresiune sexuală, incest sau abuz fizic din partea unui partener, sunteţi în mare pericol de a vă implica într-o altă relaţie abuzivă. Iată câteva semne care arată că aveţi o relaţie nesănătoasă:

- partenerul dumneavoastră vă sperie cu ameninţări de violenţă sau aruncând obiecte atunci când este furios;
- partenerul spune că este vina dumneavoastră dacă vă loveşte;
- partenerul promite că acest lucru nu se va mai întâmpla, dar totuşi se întâmplă.

Ce ar trebui să faceţi?

Dacă sunteţi implicată într-o relaţie abuzivă:

- povestiţi cuiva în care aveţi încredere, pentru a o putea contacta dacă trebuie să plecaţi rapid;
- luaţi-vă măsuri de siguranţă. Dacă trebuie să plecaţi rapid, pregătiţi o valiză şi lăsaţi-o la un prieten sau un vecin. Ţineţi la îndemână documentele importante, astfel încât să puteţi să le luaţi cu dumneavostră. Trebuie să ştiţi exact unde vă veţi duce şi cum puteţi ajunge acolo în orice moment al zilei.

Semne de pericol iminent

Puteţi fi în pericol dacă oricare dintre următoarele afirmaţii este adevărată:

- partenerul dumneavoastră discută despre folosirea unei arme sau are acces la ea, în special dacă este vorba de un pistol;
- partenerul îşi extinde ameninţările la copii, alţi membri ai familiei sau la animalele de casă;
- partenerul vă agresează sexual;
- dacă partenerul se simte doar puţin vinovat şi nu prea are remuşcări după o agresiune.

Dacă recunoaşteţi aceste semne sau altele care pot semnifica un pericol iminent, plecaţi imediat.

Dacă nu puteţi evita o agresiune

- chemaţi poliţia;
- sunaţi-vă doctorul sau mergeţi la urgenţe dacă sunteţi rănită, chiar dacă credeţi că leziunea este minoră. Păstraţi copii ale actelor medicale pentru eventualitatea că veţi avea nevoie în justiţie.

Există persoane care vă pot ajuta şi o vor face pentru a face faţă deciziilor dificile în ce vă priveşte viitorul. Trebuie doar să-i căutaţi.

o poate folosi pentru a-şi lovi nevasta – nu mai mare decât propriul lui pumn. Această atitudine nu mai este acceptată în majoritatea culturilor, dar mai există reminescenţe.

Cea mai clară linie de separaţie între ceea ce este acceptabil şi ceea ce nu este, este acordul mutual. Când cineva vă face rău, evitaţi sau opriţi acest lucru. Dacă partenerul vă forţează să participaţi la activităţi care vă fac rău, aceasta se numeşte abuz fizic. Nu este acceptabil nici din partea soţului, nici a oricui altcuiva să vă ameninţe, să vă bată sau violeze. Dacă sunteţi o victimă, aveţi dreptul la ajutor şi protecţie.

Folosirea deliberată a forţei în relaţia cu altcineva, indiferent dacă este implicată şi activitatea sexuală, este o infracţiune. Pe lângă contactarea autorităţilor, mergeţi la doctor sau la camera de gardă a unui spital pentru a vă trata leziunile. Personalul medical sau autorităţile legale vă pot recomanda un adăpost sau persoane care vă pot sfătui şi care pot interveni.

Abuzul poate determina leziuni fizice severe şi chiar moarte. Chiar şi leziunile minore, acumulate în timp, pot fi debilitante. Afectarea psihică şi emoţională datorată abuzului poate fi la fel de devastatoare ca şi abuzul fizic. Vă pot fi de ajutor psihoterapeutul, un consilier sau un asistent social.

Violul

Lipsa consimţământului face diferenţa dintre viol şi actul sexual acceptat. Violul reprezintă impunerea unui act sexual, uneori prin violenţă sau ameninţarea cu violenţa, şi uneori prin decepţie. Deşi ia forma actului sexual, violul este un act de agresiune alimentat de ostilitate şi furie.

Persoanele de toate vârstele, de la copii mici la vârstnici, pot fi victimele unui viol. Aproape 1/2 din cazurile de viol se întâmplă acasă la victimă. Violatorul poate fi un străin, dar în aproape 50% din cazuri, victima îl cunoaşte. Adeseori, violatorul este un membru al familiei. Unele femei

sunt violate de propriul soţ. Violul poate fi devastator atât din punct de vedere psihic cât şi fizic.

Există unele tehnici pe care le puteţi folosi pentru a evita să deveniţi o victimă a violului. Atunci când un potenţial violator atacă o femeie, modul în care aceasta va rezista – sau dacă va rezista – depinde de ea însăşi şi de circumstanţe. Una dintre tehnici ar fi să trageţi de timp, sperând că va apărea cineva care să vă ajute. Unele femei au putut evita un viol spunând că au o boală cu transmitere sexuală. O altă posibilitate ar fi folosirea unor tehnici de autoapărare, cum ar fi să ţipaţi, să spargeţi un geam sau să loviţi atacatorul în testicule, astfel încât să-l afecteze timp suficient pentru ca dumneavoastră să scăpaţi.

Totuşi, dacă credeţi că vă va răni dacă rezistaţi, sau dacă rezistenţa eşuează, atunci cel mai bine ar putea fi să vă supuneţi. Este de preferat decât să fiţi ucisă sau rănită grav. Violul rămâne o infracţiune, fie că rezistaţi, fie că vă supuneţi.

În cazul unui viol, cereţi imediat ajutorul medicului dumneavoastră sau mergeţi la camera de gardă. Nu faceţi baie sau un duş înainte de a fi examinată. Sperma, sângele sau alte materiale provenite de la violator pot fi folosite ca dovezi.

Medicul care vă examinează poate trata orice leziune şi vă poate oferi suport psihologic. Acesta va obţine şi dovezi care pot fi folosite pentru acuzarea violatorului. În majoritatea cazurilor, leziunile fizice, cum ar fi rănile sau zgârieturile, se vor vindeca.

Dacă există posibilitatea unei sarcini ca urmare a unui viol, medicul vă poate da ceva ce se numeşte pilula de a doua zi, una dintre multele metode contraceptive care pot preveni sarcina. E posibil să primiţi şi medicamente care să reducă riscul de apariţie a BTS. Probabil că va trebui să faceţi un test de depistare a virusului imunodeficienţei umane, şi probabil că va trebui să vă întoarceţi peste câteva săptămâni pentru urmărire.

Adeseori, consecinţele fizice şi emoţionale sunt greu de suportat.



Sugestii de prevenire a unui viol

Nu puteţi întotdeauna preveni un viol, dar puteţi lua unele măsuri pentru a reduce riscurile. Iată câteva tehnici care pot fi utile.

Stabiliţi nişte limite sexuale

Cât de prietenos este prea prietenos? Aceasta reprezintă o dovadă de înţelepciune – una pe care trebuie să o demonstraţi ori de câte ori sunteţi singură cu un bărbat. Ţineţi întotdeauna minte că aveţi dreptul să stabiliţi nişte limite şi că este foarte corect să modificaţi aceste limite în funcţie de circumstanţe. Atunci când vine vorba de actul sexual, nu trebuie să simţiţi niciodată că aţi pierdut controlul.

Comunicarea

Comunicaţi-le şi altora limitele dumneavoastră.

Învăţaţi să vă cunoaşteţi

Fiţi atentă la intensitatea emoţiilor dumneavoastră. Nu lăsaţi circumstanţele să preia controlul asupra unei judecăţi corecte. Dacă simţiţi sau credeţi că sunteţi sub presiune, atunci chiar *sunteţi* şi este timpul să vă luaţi la revedere.

Fiţi atentă

Uneori puteţi anticipa circumstanţele care vă pot duce la un viol. De exemplu, evitaţi contactul vizual cu persoanele care vă privesc fix. Dacă cineva stă prea aproape de dumneavoastră, îndepărtaţi-vă. Dacă un individ vă blochează drumul, mergeţi cu siguranţă în altă direcţie, evitând contactul vizual. Evitaţi persoanele care vorbesc sau acţionează ca şi cum v-ar cunoaşte atunci când acest lucru nu este adevărat.

Asiguraţi-vă

Dacă cineva vă apucă sau vă împinge sau nu ţine cont de răspunsul dumneavoastră negativ la orice act fizic sau verbal, spuneţi-i, pe un ton ferm, să se retragă. Limbajul poate părea nerafinat sau nepoliticos, dar astfel de circumstanţe vă pot cere să fiţi directă într-un mod care de obicei nu vă caracterizează. Ţineţi minte că este absolut normal să fiţi supărată. Este important şi să reacţionaţi rapid atunci când daţi un răspuns negativ. Dacă hotărârea este o problemă pentru dumneavoastră, puteţi lua în considerare înscrierea la nişte cursuri care să vă antreneze în această direcţie. Evitaţi să rămâneţi singură cu persoane pe care nu le cunoaşteţi suficient de bine.

Unele femei încep să prezinte o teamă fără motiv, chiar în lipsa unor cauze raţionale. Unele fac o depresie ca rezultat al violului. Ele pot avea apoi probleme în relaţiile existente sau viitoare cu bărbaţii. Uneori, ele îşi asumă în mod greşit responsabilitatea sau se învinuiesc de a nu fi rezistat eficient.

Devine o prioritate faptul de a explica doctorului, poliţiei sau familiei şi prietenilor ce s-a întâmplat. Dacă violatorul este prins, retrăirea experienţei în justiţie poate fi şi ea dificilă. Totuşi, puteţi evita rezultatele emoţionale şi psihologice pe termen lung vorbind cu cineva care este antrenat în a ajuta victimele violurilor.

CAPITOLUL **34** PARTEA a V-a

Sistemul reproductiv masculin

Principala funcţie biologică a sistemului reproducător masculin este producerea spermatozoizilor şi transportul lor în sistemul reproducător feminin. Spre deosebire de femei, a căror capacitate de reproducere se opreşte de obicei la vârsta mijlocie, bărbatul este capabil de reproducere şi la o vârstă înaintată. O dată ce bărbatul a atins maturitatea sexuală, el produce constant spermatozoizi.

De fiecare dată când ejaculează, bărbatul elimină în spermă milioane de spermatozoizi. Dacă un spermatozoid îşi va găsi drumul spre un ovul şi îl va fecunda, depinde de mai mulţi factori, inclusiv de cât de bine funcţionează sistemul lui reproductiv, dacă are act sexual cu o femeie în momentul ejaculării şi dacă femeia a eliberat de curând un ovul de la nivelul ovarelor (ovulaţie).

Ca şi la femei, există o oarecare suprapunere între sistemul reproducător şi urinar, cu unele organe care sunt folosite de fiecare sistem. Legătura este aşa de puternică la bărbat, încât o afecţiune genitală determină adeseori simptome urinare şi viceversa.

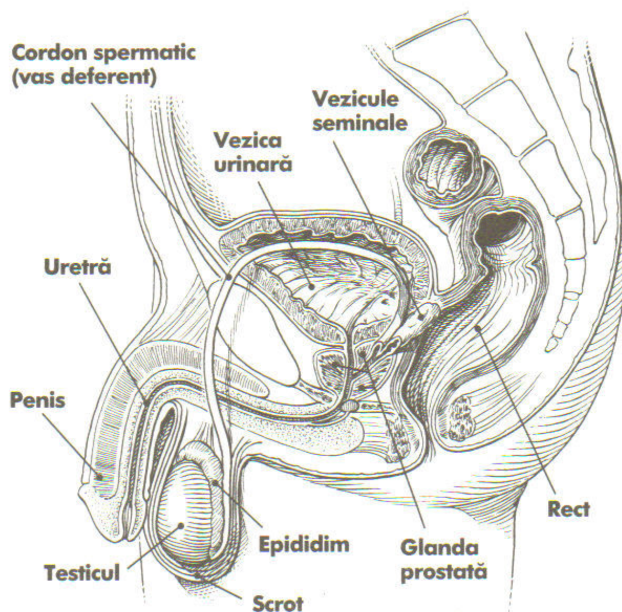
Organele reproducătoare

Organele reproducătoare masculine cuprind penisul, testiculele, sacul de piele în care stau testiculele (scrot), tuburile prin care trece sperma (epididimul şi vasele deferente), glanda prostată şi veziculele seminale.

Penisul are o funcţie sexuală şi una urinară. Atât urina cât şi sperma ejaculată părăsesc corpul prin uretră, care se întinde pe lungimea penisului. Cele două nu pot totuşi folosi această cale în acelaşi timp, deoarece chiar înainte de ejaculare calea prin care urina iese din vezică este închisă de o valvă.

Penisul este alcătuit din ţesut moale, spongios. Dar în faza excitaţiei sexuale, acest ţesut se umple de sânge, ceea ce are drept rezultat erecţia. Penisul devine tare, se lungeşte şi se îngroaşă. În cazul unei stimulări suficiente, bărbatul ejaculează, trimiţând sperma pe uretră şi eliminând-o prin orificiul situat la capul penisului (gland).

Organele genitale masculine



Sperma este lichidul ejaculat care conţine spermatozoizii. Este produsă de glanda prostată şi veziculele seminale. Cantitatea de spermă produsă depinde, într-o oarecare măsură, de timpul scurs între ejaculări. Cantitatea medie de spermă ejaculată variază între ½ şi 1 ½ linguriţă. Este un lichid alb, lipicios, care ajută spermatozoizii să supravieţuiască în vagin. În medie, ejaculatul conţine 100 milioane de spermatozoizi.

Spermatozoizii sunt produşi în testicule, două organe de formă ovală, de aproximativ 5 cm lungime. Ele sunt situate într-un sac de piele, denumit scrot, care atârnă sub abdomen şi în spatele penisului. Fiecare testicul conţine o masă strâns împachetată de tubi sinuoşi, la nivelul cărora se produc spermatozoizii.

Spermatozoidul uman este alcătuit dintr-un cap – care conţine materialul genetic al celulei – un corp şi o coadă. Ei au dimensiuni microscopice. Trebuie cam 150 puşi cap la cap pentru a face un centimetru.

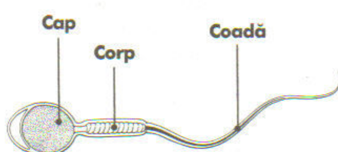
Atunci când organismul ajunge la pubertate, testiculele încep să producă spermatozoizi. Acest proces continuă pe tot parcursul vieţii. Pe lângă producerea acestor celule, testiculele secretă hormonul masculin testosteron. Alţi hormoni – mesageri chimici – sunt produşi în alte părţi ale corpului.

Testosteronul joacă un rol important în dezvoltarea şi menţinerea caracteristicilor fizice masculine, cum este părul facial, o masă musculară mai importantă şi mai puternică şi o voce mai profundă. De asemenea, influenţează forma corpului, apetitul sexual şi capacitatea de a avea erecţii.

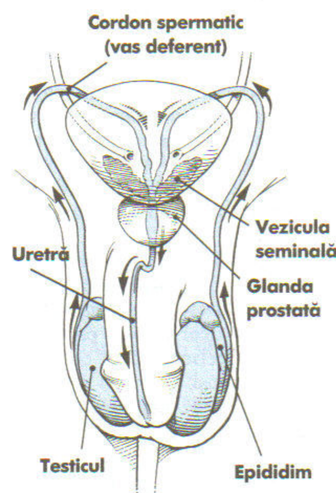
În interiorul testiculelor se află celulele care produc spermatozoizii. Aceste celule sunt foarte sensibile la temperatură. Producţia de spermatozoizi are loc doar la o temperatură mai mică decât temperatura normală din restul corpului. Acesta este motivul pentru care testiculele se află situate în afara cavităţii abdominale.

Sacul scrotal acţionează ca un termostat foarte eficient, menţinând temperatura testiculelor cu aproape

2 grade sub temperatura internă, normală a corpului. Atunci când e frig, muşchii din scrot se contractă ridicând testiculele mai aproape de corp, menţinând astfel temperatura adecvată. Atunci când e cald, scrotul se măreşte şi se înmoaie, pentru a expune o zonă mai mare pierderii de căldură. Lenjeria prea strâmtă poate ridica testiculele prea aproape de corp, crescând astfel temperatura şi reducând numărul de spermatozoizi produşi.



Având o lungime de aproximativ 1/150 cm, spermatozoidul uman este alcătuit dintr-un cap – care conţine nucleul, sau centrul, celulei – un corp şi o coadă care îl ajută să se mişte.



Din testicule, spermatozoizii trec prin contracţii prin epididim şi vasele deferente. Se adaugă lichid secretat de veziculele seminale şi glanda prostată. Sperma este o combinaţie a acestor lichide cu spermatozoizii. Ca urmare a unei stimulări sexuale suficiente, bărbatul ejaculează, trimiţând sperma prin uretră, la nivelul penisului şi apoi afară prin orificiul din capul penisului.

După ce sunt produşi în testicule, spermatozoizii trec în epididim, unde continuă să se maturizeze. Epididimul este un tub lung, răsucit. Bărbatul are două astfel de organe, fiecare ataşat de vârful fiecărui testicul. Atunci când sunt gata, spermatozoizii sunt eliminaţi afară din aceşti tubi prin contracţii şi intră în vasele deferente.

Vasele deferente sunt depozitul de spermatozoizi, precum şi conductele prin care aceştia sunt transportaţi în uretră. Ele au cam 45 cm lungime şi se întind din porţiunea superioară a scrotului până la uretră, la baza prostatei. Prin vasele deferente trec milioane de spermatozoizi în fiecare zi.

Glanda prostată înconjoară uretra. Ea, împreună cu glandele seminale, produc un lichid care se amestecă cu spermatozoizii înainte de ejaculare, pentru a forma sperma. După ce sperma este ejaculată prin penisul bărbatului în vaginul femeii, spermatozoizii pornesc în căutarea ovulului, pentru a-l fertiliza. Coada spermatozoidului se mişcă pentru a-l propulsa. Spermatozoidul poate parcurge un centimetru în vagin în 1,5 – 6 minute, după cum mucusul cervical feminin este apos sau gros. Pentru apariţia unei sarcini, trebuie ca spermatozoidul să penetreze ovulul.

Prevenirea unei sarcini

De-a lungul istoriei, atât bărbaţii cât şi femeile au încercat - şi nu întotdeauna au reuşit – să prevină apariţia unei sarcini.

Cu mai mult de 1500 de ani în urmă, o scriere iudaică denumită Talmud recomanda cuplurilor să bea o băutură făcută din nişte rădăcini, pentru a preveni apariţia sarcinii. Unii indieni americani preparau un ceai pentru cei care doreau să evite concepţia.

Deja în anii 1500, arabii inserau în vaginul femelelor de cămilă o versiune crudă a steriletului din ziua de azi, în efortul de a preveni creşterea nedorită a numărului de animale din cireadă.

Astăzi, multe cupluri din SUA folosesc un anumit tip de metodă contraceptivă. Unele metode depind de femeie. Trei depind de la început de bărbat – prezervativele, retragerea penisului din vagin înainte de ejaculare *(coitul întrerupt)* şi vasectomia.

Procesul de reproducere

Primul pas în reproducere este excitarea sexuală, care este reglată de o combinaţie de factori psihologici, hormoni sexuali şi stimulare fizică. Atunci când bărbatul este stimulat sexual, apare erecţia. În timpul actului sexual, el inseră penisul erect în vaginul femeii, iar excitarea sexuală se intensifică până la apariţia orgasmului. De obicei, ejacularea apare în timpul orgasmului. Muşchii din jurul prostatei şi veziculelor seminale trec printr-o serie de contracţii involuntare care duc la eliminarea bruscă a spermei saturate cu spermatozoizi, prin uretră. Acest lichid străbate lungimea penisului şi este eliminat în vagin.

Vaginul este inundat de milioane de spermatozoizi care înoată în toate direcţiile în căutarea unui ovul pe care să-l fecundeze. Majoritatea mor în vagin şi nu ajung niciodată în colul uterin al femeii – deschiderea dintre vagin şi uter. Dintre cei care reuşesc să străbată cei 2 cm ai colului, majoritatea nu ajung niciodată mai departe. Doar câţiva ajung în uter şi reuşesc să străbată porţiunea iniţială a trompelor uterine, acolo unde se găseşte ovulul în momentul din lună în care femeia l-a eliminat din ovar (ovulaţie). Atunci când un spermatozoid îl găseşte şi îl penetrează, apare fecundaţia şi a început sarcina. Spermatozoidul care a reuşit să fecundeze ovulul a trecut prin încercări enorme.

Prezervativul

Aproximativ 10-15% dintre cuplurile care practică o metodă contraceptivă folosesc prezervativul. Prezervativul este un protector subţire, de obicei făcut din latex (cauciuc), care se plasează peste penisul erect, chiar înainte de actul sexual. Atunci când bărbatul ejaculează, sperma rămâne în interiorul prezervativului şi nu intră în vagin.

Atunci când sunt folosite corect, prezervativele au o eficienţă de 96% în prevenirea sarcinii. Un beneficiu suplimentar al prezervativelor, dacă sunt folosite corect, este că pot ajuta la protecţia contra răspândirii bolilor cu transmitere sexuală (BTS).

Unul dintre motivele pentru care prezervativele sunt atât de populare este că sunt foarte uşor de procurat. Ele sunt disponibile fără a avea nevoie de reţetă, în foarte multe magazine. Le mai puteţi cumpăra din unele automate care se găsesc în sălile de aşteptare. Ele pot fi sau nu lubrifiate, sunt împachetate în cantităţi mai mari sau mai mici şi sunt disponibile în mai multe dimensiuni.

Ele pot fi făcute din mai multe materiale, inclusiv din plastic şi piele de miel. Prezervativele de latex sunt cele mai rezistente la rupere şi oferă cea mai bună protecţie contra bolilor cu transmitere sexuală. Prezervativele ambalate sunt bune pentru a fi utilizate cel puţin 2-5 ani, dacă sunt ţinute într-un mediu rece, uscat.

Folosirea corectă a prezervativului

Dacă decideţi să folosiţi un prezervativ, asiguraţi-vă că atunci când îl derulaţi pe penis lăsaţi loc la capăt pentru colectarea spermei. În cazul în care nu sunteţi circumcis, trageţi pielea prepuţului înainte de a pune prezervativul.

După terminarea actului sexual, retrageţi penisul din vagin ţinând de baza prezervativului, astfel încât acesta să nu iasă înainte ca penisul să fi ieşit din vagin. Abia apoi îndepărtaţi prezervativul şi aruncaţi-l.

Accidentele care pot apărea în cursul actului sexual se datorează de obicei ruperii prezervativului. Puteţi reduce acest risc de accident dacă:

- Lăsaţi suficient loc la vârful prezervativului pentru colectarea spermei.
- Aplicaţi un lubrifiant apos, cum ar fi K-Jelly, imediat după ce puneţi prezervativul, în special dacă vaginul partenerei pare uscat. Lubrifianţii pe bază de petrol, cum ar fi uleiul pentru copii, pot slăbi structura materialului din latex.

Cea mai frecventă nemulţumire legată de prezervativ este că atenuează senzaţiile bărbatului, ceea ce-i diminuă plăcerea sexuală. Unele cupluri se plâng şi de pierderea spontaneităţii, deoarece trebuie să se oprească în timp ce fac dragoste, pentru a monta prezervativul. Alţii cred că punerea prezervativului poate accentua intensitatea plăcerii, în special dacă femeia este cea care-l pune în timpul preludiului.

Folosirea prezervativului în asociere cu un spermicid poate proteja în mod suplimentar contra unei sarcini. Spermicidul este o cremă care omoară spermatozoizii şi care se poate introduce în vagin înainte de actul sexual sau poate fi utilizat pentru lubrefierea prezervativului.

Coitul întrerupt

Coitul întrerupt înseamnă retragerea penisului din vagin înainte de ejaculare. Probabil că este cea mai veche metodă contraceptivă şi una dintre cele mai puţin eficiente. Ineficienţa este unul dintre motivele pentru care mai puţin de 3% dintre adulţii din SUA o folosesc ca metodă contraceptivă principală. În lume, totuşi, *coitul întrerupt* este folosit mai mult decât orice altă metodă contraceptivă.

Deşi unele cupluri au folosit eficient coitul întrerupt, rata medie de eşec este mare şi majoritatea doctorilor nu îl recomandă.

Pe lângă faptul că-i frustrează pe ambii parteneri, *coitul întrerupt* face ca bărbatul să trebuiască să menţină în permanenţă controlul. Chiar şi cu un control excelent şi fără a ejacula în vagin, adeseori mici cantităţi de spermă pot fi totuşi eliminate în vagin, ceea ce poate avea drept rezultat o sarcină.

Vasectomia

Atunci când un cuplu decide să nu mai aibă copii – sau să nu aibă de loc – se gândeşte adeseori la sterilizare. Pot fi sterilizaţi fie femeia, fie bărbatul. În cazul bărbatului, procedura se numeşte vasectomie. Spre deosebire de sterilizarea feminină (ligatura trompelor uterine), vasectomia este mai puţin traumatizantă din punct de vedere fizic, mai ieftină şi de obicei necesită un timp de recuperare mai scurt.

Vasectomia este o operaţie relativ simplă, care poate fi făcută ca pacient ambulator al unui centru chirurgical. Procedura constă în tăierea şi legarea vaselor deferente, cele două tuburi care transportă spermatozoizii de la testicule spre uretră. Ea nu va interfera capacitatea de a menţine o erecţie sau de a ajunge la orgasm. Nu blochează nici producerea de hormoni masculini sau de spermatozoizi în testicule. Singura modificare este că transportul spermatozoizilor este întrerupt, împiedicând amestecarea cu sperma.

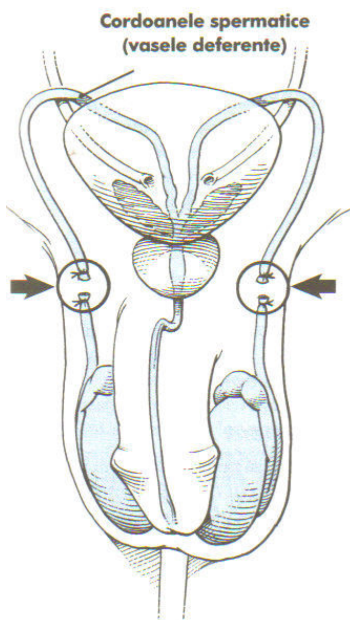
După vasectomie, continuaţi să ejaculaţi cam aceeaşi cantitate de spermă, deoarece spermatozoizii reprezintă doar o mică parte din ejaculat. Spermatozoizii continuă să fie produşi, dar la o rată mai mică. Ei sunt apoi distruşi şi reabsorbiţi în epididim şi o porţiune a vasului deferent.

O pastilă contraceptivă pentru bărbaţi?

Cercetătorii vorbesc de ani de zile despre inventarea unei pastile anticoncepţionale masculine. De fapt, au fost testate unele tratamente hormonale care să-l facă pe bărbat infertil temporar. Din nefericire, ele anulează şi apetitul sexual şi capacitatea de a menţine o erecţie. Cercetările continuă, dar până acum, o pastilă contraceptivă pentru bărbaţi nu este disponibilă.

Cum se face

Înainte de vasectomie, vi se face în spatele scrotului o injecţie cu un anestezic local, pentru a amorţi zona. După ce medicul localizează vasele deferente, se fac două mici incizii în pielea scrotului. Fiecare vas deferent este tras afară prin deschidere până formează o ansă. Din fiecare tub se taie şi se îndepărtează aproximativ 1 cm. Fiecare capăt este închis prin suturi, cauterizare sau ambele şi apoi este repus în scrot. Inciziile sunt închise apoi cu suturi.



În cadrul unei vasectomii, medicul taie şi sutureaza cordoanele spermatice (vasele deferente), închizând calea de trecere a spermatozoizilor spre exterior.

Intervenţia durează cam 20-40 de minute, după care vi se poate cere să rămâneţi o scurtă perioadă sub observaţie. După vasectomie, abţineţi-vă de la eforturi cel puţin 2 zile.

În cazul în care meseria dumneavoastră nu necesită efort fizic, vă puteţi întoarce la serviciu de îndată ce vă simţiţi capabil. Suturile vor fi făcute, foarte probabil, cu aţă care se va resorbi singură în 7-10 zile.

Puteţi să resimţiţi o oarecare tumefacţie, vânătăi sau un disconfort minor la nivelul scrotului timp de câteva săptămâni. Dacă durerea se înrăutăţeşte sau dacă faceţi febră, sunaţi-vă medicul. Aceste lucruri pot indica o infecţie.

Rata de eşec a vasectomiei este mai mică de 1%. Dar reţineţi că vasectomia nu protejează instantaneu de o sarcină. Aceasta deoarece, chiar după, mai pot persista câţiva spermatozoizi deasupra punctului unde au fost tăite vasele deferente.

La majoritatea bărbaţilor, sperma rămâne fără spermatozoizi după 8-10 ejaculări care urmează vasectomiei. Doctorul va dori să verifice prezenţa spermatozoizilor în ejaculat la câteva săptămâni după intervenţie. Până când doctorul a determinat dacă ejaculatul dumneavoastră nu mai conţine spermatozoizi, continuaţi să folosiţi metode contraceptive.

Reversibilitatea vasectomiei

Vasectomia se face ca metodă de sterilizare permanentă, dar poate fi reversibilă. Poate că circumstanţele s-au schimbat – de exemplu aţi rămas văduv sau aţi divorţat şi dumneavoastră şi noua soţie vă doriţi un copil.

De obicei, reataşarea capetelor anterior secţionate ale vaselor deferente este posibilă. Spre deosebire de vasectomie, vasostomia, cum este denumită procedura, necesită aptitudinile unui chirurg obişnuit să lucreze sub microscop. Şi această operaţie nu este ceva ce poate fi făcut în câteva minute, în timpul unei vizite la cabinet. Ea durează 1-2 ore şi este relativ scumpă.

Aproximativ 80-90% dintre bărbaţii care au renunţat la vasectomie vor ejacula o spermă care conţine spermatozoizi. Dar doar 30-40% vor mai deveni taţi. Motivul acestei discrepanţe este că, după vasectomie, mulţi bărbaţi dezvoltă anticorpi care atacă şi le distrug spermatozoizii – un fel de spermicid natural.

Consultaţi-vă medicul de familie sau un urolog – un specialist în tratarea problemelor urinare şi genitale masculine – pentru a vă recomanda un chirurg cu experienţă în realizarea acestei intervenţii.

Infertilitatea

Medicii folosesc termenul *infertilitate* pentru a descrie incapacitatea unui cuplu de a concepe după un an de contacte sexuale frecvente, fără metode contraceptive. Infertilitatea nu este acelaşi lucru cu sterilitatea, care înseamnă incapacitatea de a concepe un copil, oricare ar fi condiţiile. În cazul infertilităţii, posibilitatea de a concepe un copil nu a fost exclusă prin toate mijloacele.

Infertilitatea este o problemă frecventă. Din fericire, în ultimele decenii au fost făcute progrese majore în tratament şi problema poate fi depăşită. Ea poate fi determinată de probleme ale spermatozoizilor, ovulului sau dificultăţi în unirea lor.

Între 10 şi 15% dintre cupluri sunt infertile. Dintre acestea, bărbatul este partenerul infertil în aproximativ 30% dintre cazuri şi contribuie la problema de infertilitate în încă 20% din cazuri. Atât în cazul femeilor cât şi al bărbaţilor, există factori variaţi responsabili de infertilitate.

Sperma inadecvată

Aproximativ 40% dintre cuplurile infertile nu au o cauză unică pentru această problemă. Din acest motiv, medicul poate începe investigarea amănunţită a ambilor parteneri. Cel mai frecvent test de diagnostic pentru bărbat este analiza spermei. Alte teste pot cuprinde determinarea nivelului de testosteron şi a altor hormoni.

Pentru ca un bărbat să fie fertil, testiculele lui trebuie să producă suficienţi spermatozoizi, aceştia trebuie să ajungă la veziculele seminale, iar sperma trebuie să fie ejaculată direct în vaginul femeii.

Testele pentru investigarea infertilității masculine trebuie să determine care dintre acești pași este afectat.

Primul pas al evaluării infertilității este examenul fizic general. Acesta cuprinde examinarea organelor genitale și întrebări despre antecedentele medicale, afecțiuni sau incapacități, medicamente și obiceiurile sexuale. Medicul vă poate cere o mostră de spermă ejaculată. Aceasta se poate obține prin masturbare sau prin coitul întrerupt și ejacularea spermei într-un container curat.

Sperma proaspătă este apoi analizată în laborator. Tehnicienii îi evaluează cantitatea și culoarea, și caută dovezi ale prezenței unei infecții sau a sângelui.

Totuși, ei analizează în special sperma pentru determinarea cantității de spermatozoizi prezenți în ajaculat, formei lor și a activității (mobilității). Afecțiunile spermatozoizilor cuprind:

Azoospermia

Azoospermia reprezintă lipsa completă a spermatozoizilor în spermă, în general datorată unei afecțiuni a testiculelor sau a unui blocaj în calea lor de trecere de la testicule.

Oligospermia

Oligospermia este o afecțiune în care spermatozoizii sunt prezenți în spermă, dar într-o cantitate insuficientă pentru a fecunda un ovul.

Alte cauze

Uneori, problema nu este în mod real una de infertilitate ci o problemă sexuală mai generală. De exemplu, puteți fi fertil dar impotent – incapabil de a obține o erecție suficientă pentru a avea contact sexual.

Ejacularea prematură - ejacularea în timpul preludiului sau înainte ca penisul să ajungă în vagin - reduce, de asemenea, în mod semnificativ, șansele ca spermatozoidul să întâlnească ovulul. La unii bărbați, producția de spermă este perfect normală, dar ea este ejaculată înapoi în vezica urinară și nu prin penis, afecțiune denumită ejaculare retrogradă (vezi pag. 1115).

O altă cauză a infertilității masculine este varicocelul, tumefacția scrotului determinată de dilatarea venelor care înconjoară testiculele (varice). Venele dilatate pot împiedica răcirea normală a testiculelor, care alterează producția de spermatozoizi.

Și alte probleme ale testiculelor pot fi responsabile de infertilitate. Bolile cu transmitere sexuală (BTS) sau alte infecții pot și ele bloca drumul prin care circulă spermatozoizii sau îi pot afecta sau distruge. Oreionul sau alte infecții pot uneori determina o inflamație a unuia sau ambelor testicule, ceea ce poate duce la afectarea permanentă sau împiedicarea producției de spermatozoizi în testiculul afectat.

În plus, unii bărbați produc anticorpi meniți să lupte contra infecțiilor, dar care atacă în mod eronat spermatozoizii. Leziunile organelor genitale pot și ele afecta producția de spermă.

Tratament

Infertilitatea poate fi tratată în multe moduri. Tipul de tratament pe care vi-l va recomanda medicul depinde de cauză. Descoperirile terapeutice recente au crescut numărul de cupluri care, o dată infertile, au reușit să obțină o sarcină. Unele cauze de infertilitate nu pot fi corectate, dar, chiar și atunci, există variate mijloace de inseminare care pot face posibil ca femeia să rămână totuși însărcinată.

Atunci când sursa infertilității sunt spermatozoizii - sau lipsa lor- este uneori posibilă inițierea sau refacerea fertilității. De exemplu, varicocelul poate fi corectat chirurgical. Afecțiunile testiculelor, prostatei, veziculelor seminale sau uretrei pot fi și ele tratate cu succes.

În cazuri extrem de rare, producția de spermă este alterată datorită unei probleme hipofizare. Pentru această afecțiune, administrarea hormonului corionic gonadotrop sau a gonadotropinei umane hipofizare poate fi de ajutor. Atunci când o infecție alterează producția spermatozoizilor, le blochează transportul sau îi omoară, tratamentul infecției poate reface fertilitatea. Acest lucru este în special adevărat pentru bolile cu transmitere sexuală.

Pierderea apetitului sexual

Bărbații pot avea probleme fizice variate care fac ca actul sexual să aibă loc cu dificultate. Dar dacă dispare dorința sexuală?

Este neobișnuit ca un bărbat să nu aibă nici un fel de dorință sexuală. Dar este frecvent ca uneori ea să scadă. Pe măsura înaintării în vârstă, majoritatea bărbaților prezintă o oarecare diminuare a dorinței sexuale, deși acest lucru variază mult de la un individ la altul.

Prima cauză care trebuie luată în considerare este degradarea fizică. Bolile care determină dureri persistente, slăbiciune sau astenie tind să reducă și dorința sexuală. La fel fac și problemele emoționale, cum este depresia sau dificultățile de adaptare la stres. Și medicamentele luate pentru combaterea acestor probleme pot reduce dorința sexuală. Atunci când se întâmplă acest lucru, de obicei medicul poate găsi un medicament înlocuitor.

Lipsa entuziasmului din partea dumneavoastră sau pentru partenerul sexual poate duce și ea la scăderea dorinței. În plus, dorința poate scădea pentru că nu-i spuneți partenerei ce vă excită și ce vă împiedică să vă excitați. Sau, nu sunteți sincronizați. De exemplu, dumneavoastră aveți chef atunci când partenera este obosită.

Lipsa dorinței poate fi adeseori vindecată. Dacă lipsa dorinței sexuale continuă, nu presupuneți că face parte din cursul natural al evenimentelor. Cereți ajutorul medicului pentru a depista cauza. Puteți să obțineți rezultate cu ajutorul sfaturilor psihologice, modificărilor terapeutice sau cu alte forme de terapie.

În cazul bărbaţilor cu concentraţii scăzute de spermatozoizi, se poate folosi o tehnică denumită injectarea intracitoplasmatică a spermatozoizilor. Ea constă într-o tehnică microscopică (micromanipulare), în care un singur spermatozoid este injectat în ovul pentru a realiza fecundaţia. Rata de fertilizare este comparabilă cu cea obţinută prin fertilizarea in vitro standard (vezi pag. 1069).

Disfuncţia sexuală

Disfuncţia sexuală se referă la probleme care apar în cursul actului sexual, fie la bărbat, fie la femeie. La bărbat, cele mai frecvente probleme sunt tulburările de erecţie şi ejacularea prematură.

Soluţia problemelor sexuale ale oricăruia dintre parteneri necesită înţelegere şi cooperare din partea amândurora. Unul dintre primii paşi în rezolvarea problemelor sexuale ale bărbaţilor este înţelegerea ritmului lui sexual şi cum acesta poate fi întrerupt. Secvenţele acestui ritm sunt:

- Stimularea
- Erecţia
- Orgasmul cu elacularea
- Dispariţia erecţiei

Pentru bărbat, capacitatea sexuală depinde de factori psihologici, hormonali, neurologici şi vasculari. Aceasta, deoarece capacitatea de a atinge o erecţie este controlată atât de sistemul nervos cât şi de cel vascular, iar excitaţia sexuală este guvernată de o varietate de hormoni şi factori psihologici. Dacă nivelurile hormonale sunt scăzute sau bărbatul se află sub acţiunea unui stres important, el îşi poate pierde interesul pentru sex.

Ejacularea este controlată de sistemul nervos. Dispariţia normală a erecţiei după actul sexual este controlată de sistemul nervos şi vascular. Unele afecţiuni neurologice şi boli ale sistemului urinar şi reproductiv pot afecta direct performanţele sexuale. Multe alte afecţiuni cronice, cum sunt diabetul şi cancerul, pot afecta performanţele sexuale din cauza efectului lor general asupra stării de sănătate. Diabetul poate distruge şi nervii care controlează erecţia. Alcoolul şi alte droguri pot şi ele altera funcţia sexuală.

Vestea bună este că există tratamente eficiente pentru majoritatea cauzelor frecvente de disfuncţie sexuală masculină.

Impotenţa

Impotenţa este incapacitatea persistentă de a obţine sau menţine o erecţie suficient de mult timp pentru a avea un contact sexual. Termenul vine din limba latină, unde cuvântul *impotentia* înseamnă „lipsa puterii".

Impotenţa nu este acelaşi lucru cu diminuarea sau pierderea dorinţei sexuale. Impotenţa se referă la incapacitatea folosirii penisului pentru actul sexual, chiar dacă dorinţa şi oportunitatea sunt prezente.

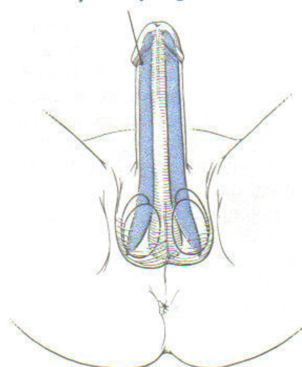
Este important să ştiţi că aproape toţi bărbaţii trec prin episoade ocazionale de impotenţă. Este perfect normal şi nu este de loc îngrijorător. Dar atunci când devine o problemă persistentă, impotenţa poate răni respectul de sine al bărbatului, şi îi poate afecta şi viaţa sexuală. Impotenţa afectează cam 30 milioane de americani – în majoritate bărbaţi în vârstă. Aproape 20% dintre bărbaţii impotenţi au între 60 şi 70 de ani şi mai mult de 70% au peste 80. Impotenţa nu este în nici un caz o consecinţă inevitabilă a îmbătrânirii, iar tratamentul bărbaţilor în vârstă este adeseori la fel de eficient ca şi al celor tineri.

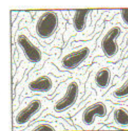
Biologia erecţiei

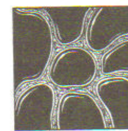
Pentru a rezolva impotenţa, este important să înţelegeţi cum apare erecţia. Penisul conţine două structuri cilindrice, spongioase, care se întind pe toată lungimea lui. Atunci când bărbatul este excitat sexual, impulsurile nervoase fac ca fluxul de sânge către aceşti cilindri să crească de aproximativ 7 ori faţă de cantitatea obişnuită. Acest influx sangvin brusc face ca structurile spongioase să mărească, întărească şi înţepenească penisul, ceea ce are drept rezultat erecţia. Continuarea excitaţiei sexuale menţine rata crescută a fluxului sangvin şi închide valvele care ar permite sângelui să dreneze de la nivelul penisului, lucru care menţine erecţia.

După ejaculare sau după ce excitaţia sexuală trece, excesul de sânge este drenat de la nivelul ţesutului spongios, iar penisul se întoarce la forma şi dimensiunea dinainte de erecţie.

Există 3 paşi importanţi necesari pentru a produce o erecţie. Primul este excitaţia sexuală, care poate











Atunci când bărbatul este excitat sexual, două structuri erectile, cilindrice, spongioase se umplu cu sânge. Venele care drenează în mod normal acest sânge se colabează, reţinând excesul de sânge la nivelul penisului şi menţinând erecţia. După orgasm, excesul de sânge este drenat de la nivelul ţesutului spongios, lăsând penisul flasc.

veni de la nivelul simţului vizual, de la atingere, auz, gust, miros şi de la gânduri. Al doilea pas este comunicarea excitaţiei sexuale de la structurile nervoase din creier la nervii de la nivelul penisului.

Al treilea pas este acţiunea de relaxare a vaselor de sânge care hrănesc penisul, permiţând unei cantităţi mai mari să curgă la nivelul cilindrilor. Acest lucru produce o erecţie deoarece valvele de ieşire ale venelor de la nivelul penisului se închid, blocând sângele. Dacă ceva afectează unul dintre aceşti paşi, apare impotenţa.

Cauze

Unele cauze ale impotenţei nu sunt fizice. Cele mai frecvente cauze nefizice sunt stresul şi anxietatea. Dacă nu vă puteţi relaxa pentru a vă concentra asupra stimulării sexuale, dacă sunteţi depăşit sau preocupat de anumite circumstanţe existenţiale, este dificil ca procesul în 3 paşi al erecţiei să aibă loc. Aproape orice bărbat păţeşte acest lucru la un moment dat.

Impotenţa poate fi şi un efect advers ocazional al unei afecţiuni psihice, cum este depresia. Alţi factori care pot contribui sunt sentimentele negative faţă de partenerul sexual sau exprimarea de către acesta a unui resentiment, ostilitate sau lipsă de interes.

Un lucru important este să nu presupuneţi că un episod de impotenţă înseamnă că aveţi o problemă permanentă sau că acest lucru se va mai întâmpla. Cea mai bună atitudine, în cazul în care treceţi printr-un episod de impotenţă este să-l trataţi ca pe un lucru care se întâmplă o dată şi o dată oricărui bărbat şi să vă aşteptaţi la o experienţă mai reuşită data viitoare. Impotenţa nu reflectă dispariţia respectului de sine sau a masculinităţii.

Afecţiunile care sunt responsabile de majoritatea cazurilor de impotenţă cuprind:

- Afectarea nervilor legată de diabet
- Afecţiuni vasculare cum sunt obstruarea arterelor sau blocarea valvelor venelor penisului
- Unele medicamente
- Intervenţii chirurgicale în zona pelvină, cum ar fi pentru un cancer de prostată
- O leziune a coloanei vertebrale
- Scleroza multiplă
- Afecţiuni hormonale
- Abuzul de alcool sau de alte droguri

Impotenţa poate fi determinată de cauze fizice şi nefizice, care pot conlucra. De exemplu, o problemă fizică minoră care încetineşte răspunsul sexual poate determina o aşa anxietate în ce priveşte atingerea unei erecţii, încât aceasta poate înrăutăţi impotenţa.

Diagnostic

Dacă treceţi prin episoade recurente de impotenţă, consultaţi-vă medicul. Dacă el suspectează prezenţa unei cauze nefizice, vă poate întreba despre prezenţa unei erecţii în alte circumstanţe, ca de exemplu în timpul masturbării sau al somnului. Mulţi bărbaţi au erecţii - fără să-şi amintească- în timpul somnului. Depistarea erecţiilor nocturne se poate face în mai multe moduri. O modalitate ar fi să înfăşuraţi o bandă specială, perforată, în jurul penisului înainte de a vă culca. Dacă banda este ruptă dimineaţa, înseamnă că penisul a fost erect la un moment dat în timpul nopţii. Un test ca acesta poate ajuta la depistarea cauzei impotenţei, prin, de exemplu, excluderea unor afecţiuni fizice cum ar fi problemele vasculare.

În cazul în care medicul suspectează o cauză fizică, este posibil să aveţi nevoie de teste suplimentare. Adeseori, este utilizată o procedură ecografică care să măsoare fluxul de sânge la nivelul penisului. O procedură mai complicată, denumită angiografie, poate ajuta la depistarea prezenţei unui vas de sânge obstruat la nivelul penisului. Aceasta este un tip special de investigaţie cu raze X care foloseşte injectarea unei substanţe de contrast pentru accentuarea imaginii. Testele neurologice evaluează problemele de transmitere nervoasă de la nivelul creierului. Este posibil ca doctorul să vrea să măsoare şi nivelurile hormonale din sânge. Dacă el suspectează că unul din medicamentele care v-a fost recomandat este responsabil de impotenţă, îl poate înlocui cu altul.

Tratament

Tipul de tratament recomandat va depinde de cauza impotenţei. Există mai multe opţiuni.

Tratament psihologic

În cazul în care cauza impotenţei nu este fizică, medicul vă poate sugera o vizită la un psihistru, psiholog sau un sexolog, fie singur, fie împreună cu partenera. Aceşti specialişti vă pot ajuta să rezolvaţi probleme cum sunt stresul şi anxietatea.

Tratament medicamentos

Sildenafilul (Viagra), un medicament oral pe care bărbatul trebuie să-l ia cam cu o oră înaintea contactului sexual, a devenit un tratament obişnuit pentru mulţi bărbaţi impotenţi. Spre deosebire de alte tratamente, Viagra produce o erecţie naturală şi nu artificială, cum este cea care este urmarea implantelor. O tabletă de Viagra este eficientă adeseori cam 4 ore, dar acest medicament nu trebuie utilizat mai mult de o dată pe zi. Mulţi bărbaţi pot menţine o erecţie timp de mai multe orgasme. Totuşi, Viagra nu este recomandată tuturor bărbaţilor.

Bărbaţilor a căror impotenţă se datorează unor deficite hormonale, le poate fi utilă administrarea hormonilor sintetici. Hormonii nu sunt prescrişi de obicei decât dacă medicul are dovada că nivelurile acestora sunt scăzute şi cauza acestui lucru este bine stabilită. Cei care prezintă antecedente de cancer de prostată nu primesc, în general, injecţii sau pastile hormonale, deoarece hormonii masculini pot accentua creşterea celulelor canceroase.

Un alt medicament folosit în tratamentul impotenţei se numeşte alprostadil (Caverject, Edex etc.). El se administrează fie sub formă de supozitoare, fie sub formă de injecţii. Metoda cu supozitoare constă în inserarea supozitorului – aproape jumătate din mărimea unui bob de orez – în uretră, prin vârful penisului. Medicamentul creşte fluxul sangvin la nivelul penisului, determinând erecţia. Plasarea unui inel de plastic în jurul bazei

penisului înainte de inserarea supozitorului ajută la blocarea sângelui și menținerea erecției.

Alprostandilul poate fi și autoinjectat la baza penisului cu ajutorul unui ac subțire. În general, durează cam 5-20 minute ca medicamentul să intre în acțiune, producând o erecție care durează cam o oră.

Trebuie să fiți atent să băgați acul de-a lungul unei părți a penisului și nu la vârf sau bază. La vârf sunt artere, vene și nervi, iar la bază este uretra, tubul prin care trec urina și sperma. Dacă atingeți oricare dintre aceste zone, nu veți obține o erecție și va trebui să așteptați cel puțin 24 de ore înainte de a putea folosi din nou medicamentul.

Candidații pentru tratamentul cu alprostadil trebuie să facă o doză test la cabinetul medicului și trebuie învățați cum să-l folosească ei înșiși.

Dispozitivul cu vacuum

Dispozitivul cu vacuum este o metodă de tratament a impotenței care folosește vacuumul de presiune pentru a atrage sângele la nivelul penisului. Este alcătuit dintr-un tub de plastic și o pompă manuală.

Trebuie să puneți tubul peste penis și să folosiți pompa pentru a scoate aerul din tubul de plastic. Pe măsură ce faceți acest lucru, sângele este atras în țesuturile penisului, producând o erecție. Trebuie apoi să faceți să alunece inelul elastic montat la baza tubului și să-l împingeți la baza penisului. Inelul blochează sângele la nivelul penisului, permițând menținerea erecției o dată ce tubul cu vacuum este îndepărtat.

Trebuie să scoateți inelul după 30 de minute pentru a restaura circulația normală a sângelui la nivelul penisului. Dacă nu faceți acest lucru, țesuturile penisului s-ar putea distruge.

Unii bărbați cred că inelul de plastic nu este confortabil și că pare nefiresc. Suplimentar, penisul poate părea rece pentru că nu mai există circulație sangvină. Totuși, dispozitivul cu vacuum este eficient la mai mult de 90% dintre bărbații care îl încearcă, nu necesită intervenție chirurgicală sau administrarea de medicamente și are un preț rezonabil.

Tratament chirurgical

În cazul bărbaților care au un debit sangvin insuficient la nivelul penisului datorită unor probleme vasculare, se poate face o intervenție chirurgicală care să crească fluxul de sânge. Intervenția chirurgicală poate fi folosită și pentru implantarea unei proteze peniene. Sunt disponibile mai multe tipuri de implanturi peniene, care variază de la semirigide la gonflabile.

Implanturile semirigide, care se pot îndoi sunt cele mai ușor de folosit și cel mai puțin probabil să funcționeze prost. Două dispozitive ferme, flexibile, făcute din sârmă și acoperite cu silicon sau poliuretan sunt plasate înăuntrul penisului. Ele creează o erecție permanentă. Trebuie să vă îndoiți penisul spre spate pentru a ascunde erecția și să-l ridicați pentru a întreține un raport sexual.

Implanturile gonflabile funcționează mai natural decât cele

Pericolele Viagra

Rareori un medicament a fost întâmpinat cu atâta pompă ca medicamentul pentru impotență numit sildenafil (Viagra). Chiar și așa, acest medicament are unele efecte adverse potențial periculoase și trebuie folosit cu atenție.

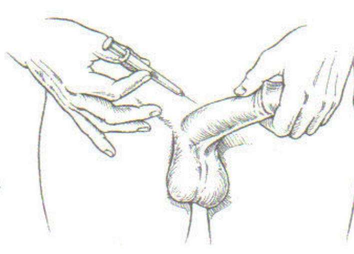
FDA (SUA) a raportat că, de la introducerea Viagra în aprilie 1998, mai mult de 100 de bărbați au murit imediat după ce au luat medicamentul. Majoritatea deceselor au fost datorate afecțiunilor cardiovasculare.

Viagra nu trebuie luat în asociere cu derivați nitrați, cum este medicamentul pentru inimă nitroglicerină. Și el nu este recomandat celor la care activitatea sexuală poate declanșa un eveniment cardiovascular și la grupurile în care riscurile potențiale sunt mari și medicamentul nu a fost studiat. Acestea îi cuprind pe cei care au avut un atac de cord, accident vascular cerebral sau o aritmie gravă în ultimele 6 luni, precum și la cei cu angină instabilă, tensiune arterială prea mare sau prea mică sau o afecțiune oculară denumită retinită pigmenatră. În cazul unor persoane cu afecțiuni cardiace, testul de efort poate determina dacă Viagra poate fi utilizată în siguranță.

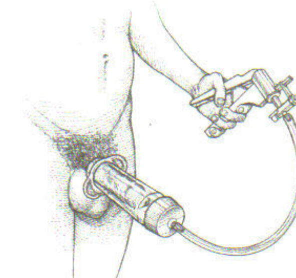
Cel mai înțelept este să fiți precaut. Înainte de a lua Viagra, asigurați-vă că ați discutat pe larg cu medicul beneficiile potențiale și efectele adverse.



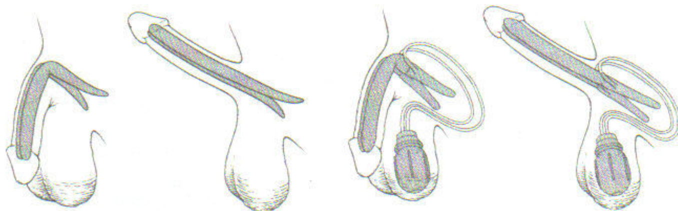
Unul dintre tratamentele pentru impotență constă în inserarea unui supozitor foarte mic în vârful penisului, care să ajute la relaxarea țesuturilor musculare și la creșterea fluxului de sânge spre penis.



Tratamentul prin autoinjectare constă în injectarea unui medicament direct într-o zonă specifică a penisului, pentru a crește fluxul de sânge și a determina o erecție.



Dispozitivul cu vacuum folosește o pompă manuală care trage sângele la nivelul penisului, determinând o erecție. Plasarea unui inel de plastic la baza penisului îl menține erect.



În cazul implanturilor semirigide, penisul este întotdeauna erect. Pentru a ascunde erecția, proteza implantată trebuie îndoită în jos.

În cazul unora dintre implanturile gonflabile, trebuie să strângeți o pompă, ceea ce face ca lichidul dintr-un rezervor să umple cilindrii gonflabili de la nivelul penisului, producând o erecție. Când erecția nu mai este dorită, lichidul este direcționat înapoi spre rezervoare.

semirigide, deoarece în loc de a avea o erecție permanentă, produceți una doar atunci când doriți. În interiorul penisului sunt plasați 2 cilindri goi, gonflabili. Ei sunt legați de un rezervor plasat fie în scrot, fie în porțiunea inferioară a abdomenului. În unele cazuri, acești cilindri sunt conectați cu o mică pompă plasată în scrot.

Pentru a produce o erecție, trebuie să strângeți de pompă sau de un mic dispozitiv situat la capătul penisului și lichidul aflat în rezervoare umple penisul. Acest dispozitiv vă oferă cea mai naturală erecție dintre toate implanturile, dar, mai mult decât celelalte, poate avea probleme mecanice.

Boala Peyronie

Boala Peyronie constă într-o curbare a penisului în timpul erecției, care poate fi dureroasă. Numele vine de la fizicianul francez care a descris-o pentru prima dată.

Boala Peyronie apare cel mai adesea între 40 și 60 de ani și poate face actul sexual dificil sau imposibil. Afecțiunea este determinată de formarea, din cauze necunoscute, a unui țesut cicatricial la interiorul penisului. Uneori, acest țesut se poate calcifica sub forma unor noduli duri, denumiți plăci. Țesutul cicatricial și plăcile sunt dense și dure și nu permit părților adiacente ale penisului să se umple cu sânge în timpul erecției. Aceasta face ca penisul să se curbeze de partea de care se află țesutul cicatriceal.

Boala Peyronie nu are nici o legătură cu vreo infecție, tumoră, afecțiune contagioasă sau practică sexuală. Unii cercetători speculează că ar putea fi o legătură cu traume minore ale penisului de pe urma traumatismelor sau îndoirii anormale, în special în cursul actului sexual. Traumatismele pot determina mici rupturi ale țesutului erectil sau ale vaselor de sânge. Afecțiunea poate fi și rezultatul leziunilor la nivelul cilindrilor penieni.

Cât de gravă este boala Peyronie?

Simptomele bolii Peyronie sunt adeseori ușoare. În aproximativ 3 din 4 cazuri care prezintă această problemă, afecțiunea trece de la sine. Dar acest lucru poate dura mai mulți ani.

Tratament

Cercetătorii au studiat utilizarea vitaminei E și a unor substanțe cum sunt steroizii, colagenaza și verapamilul în scopul de a rupe țesutul cicatricial și plăcile. În cazurile severe, intervenția chirurgicală poate fi o opțiune. Cel mai frecvent sunt folosite următoarele patru metode:

- Țesutul penisului de pe latura opusă cicatricelor și plăcilor este îndepărtat sau secționat, contracarând astfel îndoirea.
- Țesutul cicatricial și plăcile sunt îndepărtate și înlocuite cu o bucată de piele sau material artificial.
- Țesutul cicatricial și plăcile sunt tăiate pentru a permite întinderea, iar incizia este acoperită cu o grefă.
- Este implantată o proteză peniană pentru a întinde și crește rigiditatea penisului.

Priapismul

Priapismul este o afecțiune în cadrul căreia prezentați o erecție prelungită, adeseori dureroasă, care apare în lipsa stimulării sexuale. Termenul *priapism* vine de la numele latin al zeului fertilității în mitologia antică, Priapus. Afecțiunea apare cel mai adesea ca o reacție la medicamentele folosite pentru crearea unei erecții în cazul unui bărbat impotent, dar mai poate fi și rezultatul unei afecțiuni a măduvei spinării, a unei leucemii, siclemii sau inflamații a uretrei.

În priapism, corpul penisului este tare, dar capul rămâne moale. Penisul se umple cu sânge ca în cazul unei erecții normale, dar acesta nu este drenat și erecția nu dispare cum se întâmplă în mod normal după încetarea stimulării sexuale.

Cât de grav este priapismul?

Dacă erecția durează mai mult de 4 ore, sângele rămas în interiorul penisului se îngroașă datorită pierderii de oxigen. Acest lucru poate distruge țesutul penian.

În cazul în care aveți o erecție dureroasă, care nu trece, cereți ajutorul medicului. Este necesară o intervenție terapeutică promptă pentru a păstra capacitatea penisului de a mai avea erecții normale. Medicul vă poate examina penisul și poate cere unele analize care să determina cauza ce stă la baza afecțiunii.

Tratament

În cazul în care erecția se prelungește, încercați să puneți pe penis gheață învelită într-un prosop, care de obicei va opri erecția. Afecțiunea poate fi ameliorată și prin administrarea unor decongestive care se pot lua direct din farmacie, fără rețetă și care fac vasele de sânge să se micșoreze. Dacă aceste metode nu sunt eficiente și dacă erecția durează mai mult de 4 ore, chemați medicul sau mergeți la camera de gardă a unui spital de urgență. Sângele poate fi extras de la nivelul penisului cu ajutorul unui ac.

Dacă erecţia reapare, pot fi folosite alte medicamente care să micşoreze vasele sangvine, cum este adrenalina (epinefrina). În cazuri rare poate fi necesară o procedură chirurgicală care să permită sângelui să dreneze. Cu cât aşteptaţi mai mult înainte de tratament, cu atât mai mare este riscul ca ţesutul penian să se distrugă.

Ejacularea prematură

Ejacularea prematură se referă la ejacularea care apare în timpul preludiului sexual sau înainte ca penisul să fi fost inserat prea departe, în cursul actului sexual. Singurul lucru rău în legătură cu ejacularea prematură este nesincronizarea – prea rapid, înainte ca oricare dintre parteneri să fi ajuns să se bucure îndeajuns de actul sexual. În cazuri rare, doar simpla atingere a partenerului poate declanşa ejacularea.

Ejacularea prematură este o problemă sexuală frecventă, în special la bărbaţii tineri. Cauza este rareori fizică, iar tratamentul constă în ajutor din partea partenerului şi este aproape întotdeauna încununat de succes.

Deşi ejacularea prematură nu este gravă, netratată, ea poate avea efecte dăunătoare asupra vieţii sexuale a ambilor parteneri – partenera dumneavoastră nu are timp să ajungă la orgasm, iar dumneavoastră ajungeţi la orgasm, dar după atât de puţină activitate sexuală încât vă privează de o mare parte din plăcerea care se află în joc.

Uneori, unii bărbaţi devin atât de frustraţi din cauza ejaculării premature încât pot deveni eventual impotenţi. O aşa anxietate nu este necesară, deoarece aproape întotdeauna există tratamentul eficient.

Tratament

Ejacularea prematură poate fi tratată prin metoda de pensare. Această metodă se derulează astfel: începeţi activitatea sexuală ca de obicei, inclusiv cu stimularea penisului, până simţiţi că sunteţi pe cale să ejaculaţi. Apoi, partenera pensează capătul penisului, la locul în care capul (glandul) se uneşte cu corpul şi menţine strângerea timp de câteva secunde, până când senzaţia de ejaculare trece.

După ce pensarea este abandonată, aşteptaţi cam o jumătate de minut şi reluaţi preludiul. Puteţi observa că pensarea penisului diminuează din intensitatea erecţiei, dar de îndată ce stimularea sexuală este reluată, erecţia completă va reveni.

Dacă simţiţi din nou că veţi ejacula, partenera poate relua procesul de pensare. Repetând acest procedeu de ori câte ori este necesar, puteţi ajunge să vă penetraţi partenera fără să ejaculaţi. După câteva şedinţe practice, veţi învăţa cum să amânaţi ejacularea şi nu veţi mai avea nevoie de tehnica de pensare, continuând astfel să aveţi raporturi sexuale încununate de succes. Totuşi, unii bărbaţi au nevoie de tratament pentru a întârzia ejacularea.

Ejacularea retrogradă

În cazul ejaculării retrograde, în timpul actului sexual este ejaculată prin penis spermă puţină sau deloc. Ejacularea retrogradă este un fenomen destul de neobişnuit, în care sperma se întoarce înspre vezica urinară în loc să iasă prin capătul penisului. Termenul *retrogradă*, re referă la direcţia pe care o ia sperma. Ea este inofensivă. Sperma care intră în vezica urinară este pur şi simplu eliminată o dată cu urina. Ejacularea retrogradă împiedică touşi fertilizarea în cazul în care în penis nu ajunge nici un fel de spermă şi diminuează fertilitatea în cazul în care cantitatea de spermă eliminată scade.

Puteţi spune dacă prezentaţi ejaculare retrogradă examinându-vă urina. Dacă aveţi ejaculare retrogradă, urina va fi tulbure datorită spermei din ea.

Există mai multe afecţiuni care pot determina ejaculare retrogradă, inclusiv intervenţiile chirurgicale la nivelul prostatei sau uretrei şi unele medicamente folosite pentru tratarea hipertensiunii arteriale sau a tulburărilor de dispoziţie. Afecţiunea apare cel mai frecvent la bărbaţii care prezintă afectarea nervilor legată de diabet.

Tratament

Dacă ejacularea retrogradă se datorează unui medicament pe care îl luaţi, schimbarea lui poate rezolva problema. Ea poate fi corectată şi prin administrarea unor medicamente cum ar fi efedrina sau adrenalina (epinefrina). Infertilitatea datorată ejaculării retrograde poate fi contracarată prin inseminare artificială. Sperma este extrasă din vezică imediat după ejaculare, cu ajutorul unui cateter.

Sânge în spermă

Apariţia sângelui în spermă (hemospermia) este un lucru care-i îngrijorează pe majoritatea bărbaţilor, dar arareori este ceva în legătură cu care să vă faceţi griji.

Culoarea spermei unui bărbat care prezintă această problemă variază între roz şi roşu. În cazul în care dumneavoastră sau partenera observaţi prezenţa sângelui în lichidul spermatic, dar nu aveţi nici un simptom, probabil că nu aveţi nici o boală. Dar, pentru a fi sigur, faceţi-i o vizită medicului pentru examinarea zonei genitale, inclusiv a prostatei şi testiculelor. În cazul în care doctorul nu descoperă nimic neobişnuit, efectuarea altor teste suplimentare nu este de obicei utilă în descoperirea cauzei.

Sursa sângelui în spermă nu este clară. Probabil că acesta vine din vasele care căptuşesc veziculele seminale şi poate fi rezultatul unei inflamaţii inofensive.

Afecţiunile testiculare şi scrotale

Testiculele au 2 roluri importante. Ele produc spermatozoizii pentru reproducere şi hormoni, cum este testosteronul, care generează şi menţin caracteristicile masculine.

Localizarea testiculelor în scrot le menţine la o temperatură uşor mai scăzută decât cea din interiorul cavităţii abdominale, un

lucru necesar pentru producerea unor spermatozoizi sănătoşi. Localizarea lor relativ expusă le face vulnerabile la accidente. Dar, de asemenea, face mai uşoară detectarea precoce a unor afecţiuni care pot ameninţa viaţa, cum este cancerul.

Durerea bruscă şi ascuţită care apare la nivelul testiculelor poate fi un simptom al unei afecţiuni medicale grave, cum ar fi o infecţie sau torsiunea testiculară. Mergeţi la doctor în cazul în care durerea nu dispare în 10-15 minute sau dacă cedează şi apoi reapare.

Torsiunea testiculară

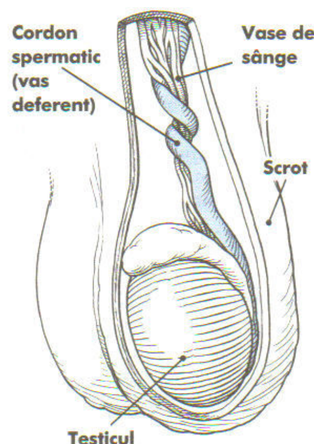
Semne şi simptome

- Durere bruscă, de intensitate mare, care apare într-unul dintre testicule
- Ridicarea unuia dintre testicule în interiorul scrotului
- Greaţă şi vomă
- Leşin
- Febră

Fiecare testicul este suspendat în scrot de cordonul spermatic, care conţine vasul deferent şi vasele de sânge care-l aprovizionează. În afecţiunea denumită torsiune testiculară, acesta se răsuceşte în jurul cordonului spermatic, oprind alimentarea cu sânge a organului. Torsiunea testiculară poate apărea fără nici un fel de cauză aparentă, chiar în somn. Alteori, acest lucru se întâmplă după un efort fizic intens. Torsiunea testiculară este o afecţiune rară, care poate apărea la orice vârstă.

Diagnostic

Pentru a face diferenţa între torsiunea testiculară şi alte afecţiuni care pot afecta organul, medicul poate cere examinarea ecografică a testiculului. Sau puteţi avea nevoie de o intervenţie chirurgicală pentru confirmarea diagnosticului şi corectarea torsiunii.



În cazul torsiunii testiculare, testiculul se răsuceşte în jurul cordonului spermatic, tăindu-şi aprovizionarea cu sânge, lucru care duce la apariţia unei dureri intense, bruşte.

Cât de gravă este torsiunea testiculară?

Dacă torsiunea testiculară nu este corectată în câteva ore, adeseori printr-o intervenţie chirurgicală, testiculul poate fi permanent afectat datorită lipsei irigaţiei sangvine şi este posibil să trebuiască să fie scos. Durerea testiculară intensă, fără un motiv aparent sau după o activitate fizică intensă, necesită atenţie medicală de urgenţă.

Tratament

Intervenţia chirurgicală pentru a corecta o torsiune testiculară poate fi evitată, cel puţin temporar, în cazul în care medicul reuşeşte să reîntoarcă organul în poziţia lui normală. Dar chiar şi atunci, este posibil să aveţi nevoie mai târziu de o operaţie care să asigure că testiculul este în poziţia normală şi să prevină o recurenţă. În timpul intervenţiei chirurgicale, chirurgul reface poziţia normală şi ancorează testiculul la locul lui. Şi celălalt testicul poate fi ancorat pentru a preveni o posibilă torsiune şi la nivelul lui.

Insuficienţa testiculară

Semne şi simptome

- Infertilitate
- Lipsa apetitului sexual
- Întârzierea apariţiei pubertăţii sau a caracteristicilor masculine

Termenul *insuficienţă testiculară* se referă la incapacitatea testiculelor de a produce spermatozoizi sau, în unele cazuri, hormoni masculini. Această afecţiune se poate datora unor anomalii cromozomiale prezente înainte de naştere, problemelor care implică maturarea sexuală sau distrugerii unor testicule normal dezvoltate datorată unor afecţiuni, medicamente sau leziuni.

Diagnostic

Insuficienţa testiculară este una dintre cauzele posibile de infertilitate. Pentru a depista dacă un cuplu este infertil datorită unei insuficienţe testiculare, probabil că medicul va examina şi chestiona ambii parteneri şi va face analize de sânge, urină şi spermă.

În cazul întârzierii maturării sexuale a testiculelor sau lipsei ei

Leziunile testiculare

Deoarece testiculele sunt localizate în afara cavităţii abdominale, ele sunt vulnerabile la accidente. Durerea determinată de lovirea testiculelor este adeseori severă.

Din fericire, majoritatea leziunilor sunt minore. Ţesutul lor spongios şi flexibilitatea datorată localizării le face, în general, să absoarbă un şoc considerabil, fără a suferi o leziune permanentă.

În cazul în care testiculele v-au fost rănite prin lovire cu un corp contondent sau prin cădere, dar durerea şi tumefacţia de la nivelul scrotului dispar în decurs de o oră, probabil că nu există nici un fel de leziune gravă. Însă, dacă scrotul rămâne umflat sau vânăt sau dacă durerea persistă, cereţi imediat ajutorul medicului. Leziunile testiculare netratate pot duce la apariţia unor complicaţii grave, cum ar fi infertilitatea sau pierderea unui testicul. În cazul în care scrotul a fost penetrat cu un obiect ascuţit, cereţi ajutor de urgenţă.

Aceleaşi precauţii se aplică şi copiilor de sex masculin. Durerea intensă, tumefacţia sau vânătăile semnalează necesitatea de a merge de urgenţă la medic. Un bărbat tânăr poate deveni infertil datorită unei leziuni testiculare netratate chiar dacă, în momentul ei, nu atinsese maturitatea sexuală.

totale, diagnosticul poate fi stabilit direct din istoric. La acesta se pot adăuga examenul fizic şi rezultatele celorlalte analize.

Cât de gravă este insuficienţa testiculară?

Insuficienţa testiculară nu vă ameninţă viaţa. Dar ea poate produce infertilitate, lipsa apetitului sexual sau întârzierea maturizării sexuale.

Tratament

În cazul în care aveţi o insuficienţă testiculară, administrarea hormonilor masculini poate fi adeseori utilă pentru refacerea dorinţei sexuale normale sau pentru continuarea dezvoltării sexuale normale. Dar, de obicei, nu poate reface fertilitatea.

Epididimita

Semne şi simptome

- Durere la nivelul scrotului, în general de intensitate mare, care apare gradat, pe parcursul a câteva ore sau zile
- Durere în general limitată la un testicul
- Febră
- Tumefacţia unui testicul
- Durere în timpul urinării

La cele două capete ale fiecărui testicul se află un tub încolăcit denumit epididim, care transportă spermatozoizii spre vasul deferent.

Zonele tumefiate vor părea mai calde la atingere şi vor avea la palpare aspectul unui cărnat. Cauza epididimitei pot fi bacteriile, dar adeseori ea rămâne necunoscută.

Diagnostic

Medicul poate preleva o mostră de urină şi una de secreţie prostatică pentru a încerca să identifice microorganismul infectant.

Cât de gravă este epididimita?

Epididmita este de obicei o problemă acută - ceea ce înseamnă că apare brusc - şi poate fi corectată prin administrarea unor medicamente fără să fi produs distrugeri permanente. Uneori, poate apărea epididimita cronică, ceea ce înseamnă de durată. În cazul epididimitei cronice este rareori necesară o intervenţie chirurgicală.

Tratament

În cazul în care vinovată este o bacterie, sunt prescrise antibiotice care să vindece infecţia. În plus, tratamentul poate cuprinde repaus la pat, aplicarea unor comprese reci la nivelul scrotului, susţinerea mecanică a scrotului şi administrarea de antiinflamatoare. Deoarece şi partenerul dumneavoastră sexual poate avea aceeaşi infecţie bacteriană, tratamentul poate fi recomandat şi în cazul lui.

Masele tumorale scrotale

Semne şi simptome

- Apariţia la nivelul scrotului a unui nodul sau a unei tumefacţii
- Durere sau jenă locală

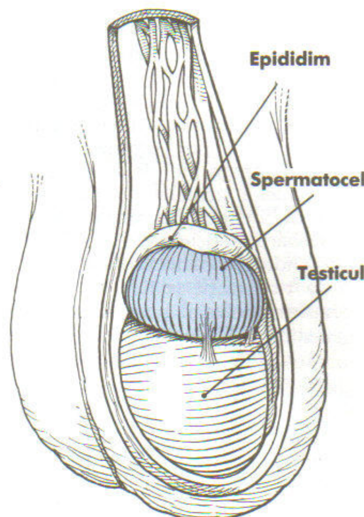
Apariţia unui nodul la nivelul scrotului se poate datora unui mare număr de probleme, inclusiv tumori, traumatisme, chisturi, infecţii sau herniei inghinale. Tumorile pot fi necanceroase (benigne) sau canceroase (maligne). O tumoră apărută la nivelul testiculului este cel mai adeseori canceroasă. Cele localizate oriunde altundeva la nivelul scrotului sunt în general necanceroase.

Un tip frecvent de chist benign, nedureros, este chistul spermatic (spermatocel). Este localizat în epididim, în apropierea porţiunii superioare a testiculului. O altă sursă benignă de tumefacţie scrotală cuprinde hidrocelul, hematocelul şi varicocelul. Hidrocelul este o colecţie de lichid apos. Hematocelul este o colecţie sangvină determinată de o leziune.

Varicocelul este tumefacţia scrotului determinată de dilatarea venelor (varice). În cazul herniei inghinale, o porţiune a intestinului poate uneori coborî sub forma unei anse în scrot şi să se prezinte ca o tumoră scrotală.

Diagnostic

Orice tumoră scrotală trebuie examinată de către medic. Unele teste simple, ca de exemplu o ecografie, pot diferenţia multe cauze inofensive de mase scrotale de tumori grave. Uneori, examinarea scrotului prin intermediul unei surse de lumină puse în vecinătate poate facilita dignoscticul. Dacă lumina trece, probabil că masa nu este canceroasă, ci ceva mai puţin grav, ca de exemplu un hidrocel. O masă tumorală la nivelul testiculului trebuie îndepărtată chirurgical, permiţând astfel şi un diagnostic exact.



Chistul spermatic (spermatocel) este o mărire de volum nedureroasă, necanceroasă, situată deasupra testiculului.

Cât de gravă este apariţia unei mase tumorale scrotale?

Tumorile canceroase sunt grave şi pot fi mortale. Pentru mai multe detalii despre cancerul testicular, vezi pag. 1119.

Tratament

Multe dintre masele tumorale scrotale nu necesită nici o intervenţie terapeutică, decât dacă determină vreun grad de disconfort. Unele, însă, necesită intervenţie chirurgicală. Cancerul testicular impune îndepărtarea chirurgicală a întregului testicul şi, posibil, şi un tratament suplimentar. Hernia inghinală necesită şi ea intervenţie chirurgicală (vezi pag. 894).

Hidrocelul

Semne şi simptome

- Tumefacţie moale, de obicei nedureroasă, apărută la nivelul scrotului

Termenul *hidrocel* vine din cuvântul grecesc *hydro* care înseamnă „apă" şi *cele* care înseamnă „tumoră" sau „cavitate".

Hidrocelul testicular este o colecţie de lichid apos între straturile de ţesut care înconjoară testiculul. În mod normal, acest strat conţine o cantitate mică de lichid. Acumularea unei cantităţi prea mari, care produce hidrocelul, apare fie deoarece zona organelor genitale produce prea mult lichid, fie deoarece nu absoarbe suficient.

Hidrocelele sunt cauze frecvente de tumefacţii testiculare şi pot apărea la nivelul unuia sau ambelor testicule. Ele pot apărea la orice vârstă, dar sunt mai frecvente la băieţii tineri şi bărbaţii vârstnici.

Diagnostic

Pentru a face diferenţa între hidrocel şi o tumoră sau o altă sursă de tumefacţie, medicul va palpa zona tumefiată şi poate că va pune o lumină în vecinătatea scrotului. În cazul în care tumefacţia este un hidrocel, razele de lumină vor trece prin zona respectivă. Poate fi făcută şi o examinare ecografică.

Cât de grav este hidrocelul?

Hidrocelul nu este grav. În general, nu este necesar un tratament decât în cazul în care scrotul este aşa de umflat încât vă creează disconfort.

Tratament

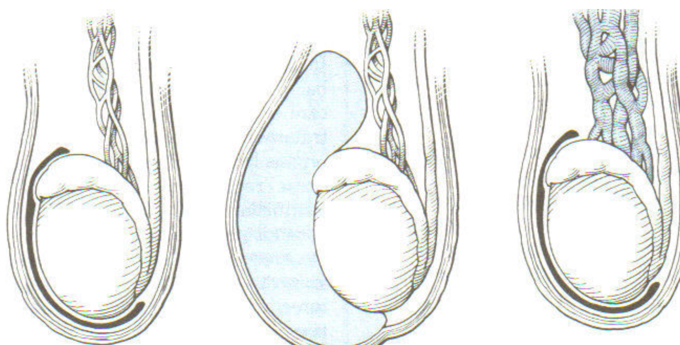
În cazul în care disconfortul persistă, medicul poate extrage lichidul din hidrocel cu ajutorul unei seringi. Această procedură este simplă, dar deoarece de obicei lichidul reîncepe să se acumuleze, este doar temporară. Un alt dezavantaj al aspiraţiei cu ac este că este potenţial periculoasă din cauza riscului de infecţie. O opţiune mai frecventă este intervenţia chirurgicală.

Varicocelul

Semne şi simptome

- Tumefacţie nedureroasă a scrotului, de obicei de partea stângă
- O zonă a scrotului care are aspectul unui pachet de râme – o senzaţie care aproape poate dispărea atunci când staţi întins

Varicocelul este o tumefacţie a scrotului determinată de dilatarea venelor (varice). Datorită unor probleme ale micilor valve din interiorul venelor, sângele se întoarce în venele care pleacă de la testicul.



Hidrocelul (la mijloc) este o acumulare inofensivă, dar anormală, a unui lichid apos la nivelul scrotului. De obicei, nu necesită tratament. Varicocelul (dreapta) este o tumefacţie a scrotului datorată dilatării venelor (varice). Această afecţiune poate necesita tratament datorită riscului de infertilitate.

Diagnostic

Medicul va examina scrotul umflat şi probabil că va pune în vecinătatea lui o sursă de lumină. În cazul în care problema este un varicocel, lumina nu va trece prin sângele acumulat în vene. Se poate face şi o examinare ecografică.

Cât de grav este varicocelul?

Varicocelul însuşi nu este o afecţiune gravă, dar stagnarea sângelui în testicule poate contribui la apariţia infertilităţii prin creşterea temperaturii de la nivelul scrotului.

Tratament

Tratamentul este rareori necesar, doar în cazurile varicocelul este asociat cu infertilitatea sau determină durere. Atunci când apare infertilitatea, poate fi necesară o intervenţie chirurgicală care să lege venele dilatate. O altă metodă de tratament constă în executarea unei mici incizii care nu necesită apoi o cusătură, prin care se inseră direct în venă un mic dispozitiv care să diminueze fluxul excesiv de sânge.

Orhita

Semne şi simptome

- Durere la nivelul unui testicul
- Tumefacţie, în general doar de o parte a scrotului
- O senzaţie de greutate la nivelul scrotului

Orhita este o inflamaţie a testiculului, de obicei datorată unei infecţii bacteriene sau virusului care determină oreionul. Orhita poate apărea şi dacă aveţi o infecţie a prostatei sau a epididimului.

Diagnostic

Probabil că medicul vă va examina scrotul. Deoarece simptomele din orhită sunt similare celor din epididimită şi din alte afecţiuni care afectează testiculele, doctorul poate cere efectuarea unor teste dintr-o mostră de urină sau alte analize care să determine infecţiile asociate.

Cât de gravă este orhita?

Orhita poate distruge definitiv unul sau ambele testicule, ceea ce are drept rezultat posibil infertilitatea sau scăderea în dimensiuni a testiculului.

Tratament

Orhita determinată de o infecţie bacteriană este tratată cu antibiotice. Cea care se asociază cu oreionul sau cu o altă infecţie virală este, de obicei, tratată prin repaus şi medicamente care să atenueze durerea şi să reducă inflamaţia.

Testiculele necoborâte

Înainte de naştere, testiculele se dezvoltă în cavitatea abdominală a băiatului. De obicei, ele coboară în locul lor permanent din scrot cam cu o lună înainte de naştere. Un mic procent dintre băieţi se nasc cu unul sau ambele testicule

necoborâte. La majoritatea copiilor, ele vor coborî în scrot în primele luni de viaţă, fără nici un fel de intervenţie medicală. În unele cazuri, poate fi necesară o intervenţie chirurgicală.

Diagnostic

Medicul poate confirma absenţa sau oprirea din dezvoltare a testiculelor prin palparea scrotului. Pot fi necesare şi alte teste înainte de stabilirea modului adecvat de acţiune pentru corectarea afecţiunii.

Cât de gravă este necoborârea testiculelor?

Înainte de vârsta de 2 ani, necoborârea testiculelor nu este gravă. La copiii mici, adeseori afecţiunea se corectează de la sine sau poate fi corectată prin intervenţie chirurgicală. Dar după vârsta de 2 ani, poate duce la apariţia unor testicule nefuncţionale.

Testiculul care rămâne necoborât până la 2 ani poate mai târziu să nu producă spermatozoizi, deşi celălalt poate funcţiona normal şi poate produce suficienţi spermatozoizi pentru a menţine fertilitatea. Un testicul necoborât - chiar corectat pe căi naturale sau prin intervenţie chirurgicală - este mai vulnerabil să dezvolte un cancer decât un testicul normal.

Tratament

Administrarea hormonilor poate ajuta coborârea testiculului în scrot. În cazul celor care nu coboară repede ca răspuns la administrarea hormonilor, este necesară intervenţia chirurgicală pentru a preveni pierderea funcţiei sau pentru a scădea riscul de cancer testicular. Vârsta optimă pentru o intervenţie chirurgicală este între 12 şi 18 luni.

Cancerul testicular

Semne şi simptome

- Un nodul la nivelul testiculului
- Tumefacţia testiculului
- O senzaţie de presiune la nivelul testiculului

Cancerul testicular apare adeseori la nivelul celulelor care produc spermatozoizi. În stadiile precoce, este asimptomatic. Adeseori, primul semn observabil este apariţia, la nivelul lui, a unui nodul. Majoritatea bărbaţilor descoperă ei înşişi apariţia nodulului prin autoexaminare.

În general, cancerul afectează un singur testicul. Este mai frecvent la bărbaţi cu vârste între 15 şi 35 de ani şi la cei de culoare albă faţă de cei de culoare neagră. În cazul în care unul sau ambele testicule sunt necoborâte la naştere, riscul de apariţie a unui cancer mai târziu în viaţă, la nivelul oricăruia dintre ele este mai mare. În cazul în care este detectat şi tratat precoce, cancerul testicular poate fi adeseori vindecat.

Diagnostic

Autoexaminarea poate adeseori detecta prezenţa unei proeminenţe sau tumori în scrot. Pentru a facilita diagnosticul, se poate face o ecografie. O tumoră la nivelul testiculului este aproape întotdeauna canceroasă, dar şi alte afecţiuni la nivelul testiculului sau scrotului pot produce un nodul cu aspect aproape similar.

Cât de grav este cancerul testicular?

Cel mai frecvent tip de cancer testicular, seminomul, poate fi vindecat în aproape toate cazurile în care este descoperit şi tratat precoce. Dacă sunt luate în considerare toate tipurile de cancer testicular, inclusiv cele care sunt descoperite în stadii tardive, aproximativ 90% dintre bărbaţii cu această afecţiune vor supravieţui 5 ani sau mai mult după începera tratamentului.

Tratament

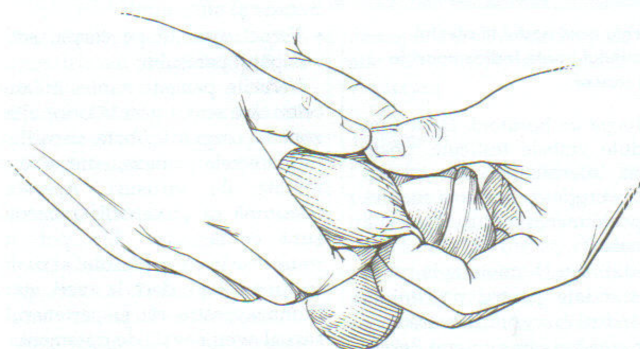
Este necesară îndepărtarea chirurgicală a testiculului canceros. Pentru a determina dacă boala s-a întins la alte părţi ale corpului, pot fi necesare analize de sânge, radiografii şi alte teste.

Îndepărtarea testiculului nu determină nici un fel de pierdere a virilităţii, deoarece cel sănătos care rămâne poate menţine funcţia sexuală normală a organismului şi

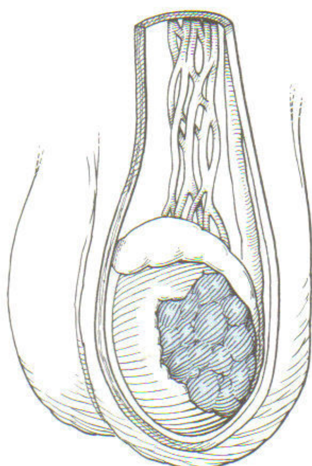
Autoexaminarea testiculară

Cancerul testicular este o afecţiune potenţial mortală. Dacă este detectat precoce, el poate fi, de obicei, tratat cu succes. O simplă autoexaminare, care durează doar 1 sau 2 minute poate detecta apariţia unei proeminenţe testiculare chiar în stadiile precoce. Ca şi în cazul autoexaminării sânilor în cazul femeilor, autoexaminarea testiculelor este foarte importantă. Deoarece cancerul apare deseori la bărbaţii tineri, autoexaminarea lunară ar trebui începută încă din anii adolescenţei.

Autoexaminaţi-vă după un duş cald sau o baie, atunci când pielea scrotului este moale şi relaxată. Prindeţi testiculul şi rulaţi-l între degetul mare şi arătător. Faceţi acest lucru încercând să depistaţi orice nodul de pe suprafaţă. Observaţi, de asemenea, dacă testiculul este mărit de volum, întărit sau, în cazul în care v-aţi mai autoexaminat şi altă dată, este ceva diferit faţă de examinarea anterioară. Dacă simţiţi un nodul sau orice altă modificare, nu e neapărat nevoie să aveţi un cancer. Totuşi, mergeţi la medic cât mai repede posibil.



Prindeţi testiculul şi rulaţi-l între degetul mare şi arătător, încercând să simţiţi noduli, tumefacţii, zone dure sau alte modificări.



Apariţia unui nodul la nivelul testiculului poate indica apariţia unui cancer.

producţia de hormoni. Dacă sunt pierdute ambele testicule, poate apărea infertilitatea, dar terapia de substituţie cu hormoni masculini poate menţine funcţia sexuală normală.

Radio- sau chimioterapia pot fi recomandate pentru prevenirea răspândirii cancerului sau tratarea lui în cazul în care a migrat deja la alte părţi ale corpului. Chiar şi în cazul unui cancer care s-a întins deja, chimioterapia poate fi foarte eficientă în distrugerea celulelor canceroase. Pentru mai multe informaţii despre chimio- şi radioterapie, vezi cap. 19, „Cancerul".

Afecţiuni peniene

Penisul este atât un organ sexual cât şi unul care face parte din tractul urinar. Funcţia lui poate fi afecată atât de infecţii cât şi de alte afecţiuni care determină o varietate de semne şi simtome, inclusiv durere, iritaţie şi leziuni cutanate.

Verucile peniene

Semne şi simptome

- Veruci apărute pe corpul sau capătul penisului

Verucile peniene sunt similare celor care se pot găsi în orice altă zonă a corpului. Toate verucile, inclusiv cele peniene, sunt determinate de virusuri. Aceasta înseamnă că şi verucile peniene sunt contagioase. Ele pot fi transmise în cursul actului sexual. În consecinţă, dacă le aveţi, atât dumneavoastră cât şi partenerul sexual aveţi nevoie de tratament.

Diagnostic

Diagnosticul verucilor peniene se face după aspect. Uneori, totuşi, o proeminenţă peniană care arată ca o verucă poate fi un simptom al unei alte afecţiuni cu transmitere sexuală sau chiar al unei tumori canceroase. Verucile care nu sunt vizibile pot fi vizualizate prin tamponare cu oţet (acid acetic), care le face să apară sub forma unor pete albe. Medicul poate folosi această procedură în cazul în care dumneavoastră sau partenerul prezentaţi anumite simptome fizice care să sugereze că virusul s-a transmis.

Cât de grave sunt verucile peniene?

Verucile peniene trebuie tratate deoarce se pot transmite partenerei sau pot prolifera la nivelul penisului. Atunci când sunt expuse la virusul care determină verucile peniene, femeilor le creşte riscul de apariţie a unui cancer de col uterin.

Tratament

Medicul vă poate prescrie un preparat care se aplică la nivelul verucilor pentru a le îndepărta. Nu folosiţi produse cumpărate direct din farmacie, pentru că ele sunt făcute pentru piele mai puţin sensibilă decât cea de la nivelul penisului. Un alt tratament posibil este îndepărtarea chirurgicală cu laserul, îngheţarea sau cauterizarea electrică. Aceste proceduri pot fi făcute sub anestezie locală sau generală.

Balanita

Semne şi simptome

- Iritaţie sau roşeaţă la nivelul capului penisului

Balanita este o inflamaţie apărută la nivelul capului penisului. Este o problemă genitală foarte comună, în special la bărbaţii necircumcişi, la care pielea prepuţului este atât de îngustată încât nu poate fi uşor trasă pentru spălare zonei.

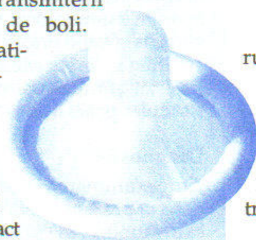
Balanita are multe cauze posibile, inclusiv infecţii micotice sau bacteriene, reacţii la creme contraceptive şi iritaţii datorită hainelor care se freacă de penis sau produselor chimice folosite la curăţarea sau fabricarea hainelor.

Bolile cu transmitere sexuală

Bolile cu transmitere sexuală (BTS) sunt afecţiuni transmise prin contactul cu o persoană infectată, prin act sexual vaginal, anal sau oral. În cazul virusului imunodeficienţei umane (HIV) şi SIDA, alte căi posibile de transmitere cuprind sperma şi sângele infectate, şi folosirea acelor în comun pentru administrarea intravenoasă (iv) a drogurilor.

Simptomele bolilor cu transmitere sexuală pot să nu apară imediat, iar modalitatea lor de evoluţie şi consecinţele variază. Pentru mai multe informaţii despre BTS, vezi cap. 20, „Boli infecţioase".

Folosirea corectă a prezervativului în timpul activităţii sexuale oferă protecţie împotriva contractării sau transmiterii unei astfel de boli. Dar prezervativele nu asigură protecţie 100%. Puteţi evita BTS prin abstinenţă sau prin contact sexual doar cu un partener neinfectat. SIDA şi HIV pot fi prevenite şi evitând utilizarea în comun a acelor pentru administrarea drogurilor.



Bărbaţii cu diabet sunt, în mod special, predispuşi la balanită, deşi nu se ştie clar de ce.

Diagnostic

Dacă aveţi la nivelul penisului o inflamaţie care nu trece într-o zi sau două, mergeţi la medicul dumneavoastră sau la un urolog – un specialist în tratamentul problemelor urinare şi genitale masculine. Medicul vă va examina penisul şi poate cere unele teste care să ajute la depistarea cauzei inflamaţiei.

Tratament

Pentru tratarea infecţiilor bacteriene sau determinate de ciuperci, se utilizează antibioticele sau medicamentele antifungice. În cazul unui bărbat necircumcis, la care pielea prepuţului nu se retractă uşor, poate fi necesară circumcizia pentru a vindeca balanita şi a-i preveni reapariţia.

Prevenire

Cea mai bună cale de prevenire a balanitei este igiena corectă. Spălaţi-vă penisul şi scrotul zilnic, cu apă şi săpun.

Fimoza

Fimoza este o afecţiune în care pielea necircumcisă a prepuţului acoperă capul penisului atât de strâns încât ea nu mai poate fi trasă pentru a-l expune şi curăţa. Uneori, afecţiunea poate afecta urinarea şi activitatea sexuală.

Fimoza este destul de frecventă la băieţii nou-născuţi. În mod normal, pielea se lasă cu trecerea timpului, fără tratament. La băieţii mai mari şi la bărbaţi, pielea prepuţului se poate strânge datorită unei inflamaţii. Uneori, acest lucru face necesară circumcizia.

Parafimoza

Parafimoza apare atunci când pielea prea strânsă de la nivelul unui penis necircumcis se retrage şi nu mai poate fi trasă pentru a acoperi capul organului. Acest lucru poate duce la apariţia unei tumefacţii dureroase la nivelul vârfului penisului. În cazul în care tumefacţia este severă, mergeţi de urgenţă la medic.

Igiena peniană

Spălaţi-vă penisul şi scrotul în acelaşi mod în care vă spălaţi şi restul corpului – zilnic, cu apă şi săpun. Dacă penisul este necircumcis, trageţi pielea prepuţului şi spălaţi capul penisului de dedesubt. Aceste reguli de igienă de bază vor ajuta la menţinerea curăţeniei organelor genitale şi vă vor feri de infecţii minore.

Simpla spălare a penisului nu vă va feri de bolile cu transmitere sexuală. Mergeţi de urgenţă la medic în cazul în care observaţi apariţia semnelor unei boli, cum ar fi ulceraţii sau proeminenţe anormale.



Tratamentul chirurgical prin circumcizie sau circumcizie parţială poate fi necesar pentru a elibera prepuţul. Dacă tratamentul este prompt, de obicei distrugerea permanentă a penisului poate fi prevenită.

Cancerul penian

Semne şi simptome

- Apariţia la nivelul penisului a unei ulceraţii nedureroase, a unui nodul sau unei proeminenţe asemănătoare unei veruci.

Cancerul penisului este rar. Atunci când apare, aproape întotdeauna este în cazul bărbaţilor necircumcişi. În stadiile precoce, apare la nivelul penisului o proeminenţă mică, nedureroasă, de obicei în apropiere de vârf. Fără îndepărtare chirurgicală şi examinarea ţesutului de către un anatomopatolog, proeminenţa se poate confunda foarte uşor cu o verucă peniană. Pe măsură ce tumora canceroasă (malignă) progresează, pot apărea durere şi sângerare.

Diagnostic

Prin examinare, analiză şi îndepărtarea chirurgicală a proeminenţei, medicul poate determina dacă este malignă sau nu. Dacă este, alte analize pot fi necesare pentru a determina dacă afecţiunea s-a întins la restul corpului.

Cât de grav este cancerul penian?

Ca şi alte cancere, cel penian vă poate ameninţaa viaţa. Cu cât este descoperit şi tratat mai repede, cu atât sunt mai mari şansele de vindecare.

Tratament

Probabil că va fi necesară îndepărtarea tumorii maligne şi a unei porţiuni din penisul care o înconjoară. De obicei, rămâne o porţiune suficientă de penis care să permită urinarea şi o activitate sexuală normală. Pentru a preveni sau controla răspândirea bolii la alte porţiuni ale corpului, poate fi necesară radio- sau chimioterapia. Pentru mai multe informaţii despre radioterapie şi chimioterapie, vezi cap. 19, „Cancerul".

Afecţiunile prostatei

Prostata este o glandă de mărimea unei nuci, localizată în zona pelvină, chiar dedesubtul ieşirii din vezica urinară. Prezentă doar la bărbaţi, ea înconjoară uretra, tubul care transportă urina de la vezica urinară la vârful penisului. Prostata joacă un rol important în procesul de reproducere, producând majoritatea lichidului care se amestecă cu spermatozoizii pentru a forma sperma. Prostata tinde să devină o problemă de sănătate pe măsură ce bărbatul avansează în vârstă.

Prostatita

Semne şi simptome

- Durere în regiunea inferioară a spatelui şi în zona dintre rect şi scrot (perineu)
- Durere sau senzaţie de arsură în cursul urinării
- Urinare dificilă sau frecventă
- Nevoie imperioasă de a urina
- Apariţia bruscă a unei febre moderate sau înalte
- Frisoane
- Uneori, sânge în urină

Prostatita este o inflamaţie a prostatei. Inflamaţia se poate datora unei infecţii sau unui alt factor care irită glanda. Deşi există multe neclarităţi legate de această boală, diagnosticul exact este crucial pentru succesul tratamentului. Prostatita poate îmbrăca cel puţin 3 forme:

Prostatita acută bacteriană

Prostatita acută bacteriană este forma cea mai severă de boală. Ea este rezultatul unei infecţii a glandei, care produce simptome severe şi care adeseori apar brusc. Adeseori, responsabile pentru acest tip de infecţie sunt bacterii care se găsesc la nivelul tractului urinar sau intestinului gros.

Prostatita cronică bacteriană

Şi prostatita cronică bacteriană apare datorită unei infecţii bacteriene. Spre deosebire de prostatita acută bacteriană, simptomele celei cronice apar de obicei mai lent şi adeseori sunt mai puţin severe. Cauza infecţiei nu este clară. Poate fi rezultatul unei bacterii din tractul urinar, unei infecţii a vezicii urinare sau sangvine. Ea poate apărea şi ca rezultat al unui traumatism al tractului urinar sau introducerii unui instrument, cum ar fi un cateter sau un cistoscop.

Prostatita cronică nebacteriană

Prostatita cronică nebacteriană este cea mai frecventă formă de prostatită. Din nefericire, este şi cel mai dificil de diagnosticat şi tratat. Simptomele prostatitei cronice nebacteriene tind să fie similare celor din prostatita cronică bacteriană, dar există un factor care face diferenţa între cele două: în cazul prostatitei nebacteriene, nu se descoperă nici o bacterie în urină sau în lichidul prostatic, dar prezenţa leucocitelor în urină poate semnaliza prezenţa unei inflamaţii.

Principalul motiv pentru care acest tip de prostatită este atât de dificil de diagnosticat şi tratat este cauza necunoscută. Cauzele posibile includ scăderea frecvenţei raporturilor sexuale, anxietatea sau stresul, ridicarea unor greutăţi, ocupaţii care supun glanda unei mari cantităţi de vibraţii sau unor agenţi infecţioşi pe care tehnicile curente nu-i pot depista.

Diagnostic

Prostatita este, în general, diagnosticată prin palparea prostatei. Pentru a face acest lucru, medicul vă va introduce în rect un deget îmbrăcat într-o mănuşă şi va palpa pereţii exteriori ai glandei. Prostata inflamată va părea de obicei mai mare şi mai dură. Este posibil să trebuiască să daţi pentru

Prezentaţi un risc crescut?

Nu există o formulă precisă care să prezică cine va avea o problemă de prostată. Totuşi, următorii factori – unii controlabili, alţii nu – vă pot creşte riscul:

Factori de risc incontrolabili

Factorii din viaţă pe care nu-i puteţi controla includ:

Vârsta

Cu cât avansaţi în vârstă, cu atât mai mare este riscul de apariţie a problemelor de prostată. Mai mult de 50% dintre bărbaţii cu vârstă peste 50 de ani şi peste 80% dintre cei de 70 de ani vor prezenta o mărire de volum a prostatei. În plus, 8 din 10 bărbaţi cu cancer de prostată au peste 65 de ani.

Rasa şi grupul etnic

Din motive necunoscute pentru cercetători, bărbaţii negri au un risc mai mare de apariţie a unui cancer de prostată decât cei din multe alte grupuri. Riscul pentru hispanici şi indienii americani este mai mic decât pentru albi şi negrii.

Antecedentele familiale

Unele boli, inclusiv cancerul de prostată, se pot transmite în familie. Studiile efectuate arată că dacă tatăl sau fratele dumneavoastră au avut un cancer de prostată, riscul de a face boala este dublu faţă de normal.

Factori de risc controlabili

Factorii din viaţă pe care-i puteţi controla includ:

Mediul înconjurător

Unele studii sugerează că riscul de cancer de prostată poate fi influenţat de locul unde vă petreceţi majoritatea timpului. Rate mai mari de mortalitate prin cancer de prostată se întâlnesc printre muncitorii din anumite domenii – cum ar fi fermieri, mecanici, sudori şi angajaţii din industrie – spre deosebire de bărbaţii care au alte ocupaţii.

Dieta

Riscul de cancer de prostată este crescut dacă mâncaţi multe alimente grase. Există un studiu care a arătat că cei care mănâncă multe grăsimi au un risc de aproape două ori mai mare de a face un cancer de prostată decât cei care mănâncă grăsimi mai puţine. Pe de altă parte, unele alimente, cum ar fi produsele de soia şi unele legume şi fructe, par să scadă riscul.

analiză mostre de urină și de spermă, în care să fie căutată bacteria responsabilă de infecție. Pentru a trata în mod eficient boala, este importantă determinarea cauzei, atunci când acest lucru este posibil.

Cât este de gravă prostatita?

Lăsată netratată, prostatita acută bacteriană poate duce la apariția unor probleme grave, inclusiv la incapacitatea de a urina. Prostatita cronică tinde să fie mai frustrantă și debilitantă. Fără tratament, ea poate duce la apariția unor infecții grave.

Tratament

Pentru tratamentul prostatitei bacteriene se folosesc antibiotice. Uneori, este necesară o sondă urinară care să ajute temporar la drenarea vezicii urinare. Băile calde de șezut pot atenua simptomele. La fel pot face unele măsuri dietetice și administrarea medicamentelor antiinflamatoare.

Prostatita versus prostata dureroasă

Uneori, bărbații care merg la doctor pentru ceea ce pare o prostatită, au de fapt o afecțiune care se numește prostată dureroasă (prostatodinie sau prostalgie). Bărbații care au această afecțiune își descriu adeseori simptomele ca o durere „acolo jos", ceea ce înseamnă în zona organelor genitale (zona perineală). În mod caracteristic, simptomele le mimează pe cele din prostatita cronică nebacteriană. Diferența este că, în prostadinie, analize făcute din urină și lichidul prostatic nu demonstrează prezența unei infecții sau unei inflamații. În aceste analize nu se detectează bacterii sau leucocite.

Prostadinia este mai degrabă o problemă a musculaturii pelvine decât a prostatei. Atunci când sunteți stresat, probabil că nu vă relaxați suficient musculatura planșeului pelvin care susține vezica urnară, ceea ce face micțiunea dificilă. Bărbații cu prostatodinie tind să fie încăpățânați, tensionați și stresați. Prostatodinia pare, de asemenea, să apară mai frecvent la alergătorii de maraton, bicicliști, ridicătorii de greutăți și conducătorii de camion.

Tratamentul prostatodiniei este, în mare măsură, similar celui din prostatita cronică nebacteriană. Medicul vă poate recomanda și fizioterapie care să vă ajute să vă relaxați musculatura planșeului pelvin și tehnici de control al stresului care să vă ajute să vă adaptați mai bine la stres.

Hiperplazia benignă de prostată

Semne și simptome

- Nevoia frecventă, uneori urgentă, de a urina
- Dificultăți în demararea jetului urinar
- Scăderea forței jetului urinar
- Afectarea somnului nocturn datorită necesității de a se scula frecvent pentru a merge la toaletă
- Întreruperea jetului urinar, spre sfârșitul lui

Semne și simptome de urgență

- Incapacitatea de a urina.

Glanda prostată tinde să se mărească de volum pe măsura înaintării în vârstă. Creșterea în dimensiuni începe, de obicei, în jurul vârstei de 50 de ani. La unii bărbați ea nu apare până la 70-80 de ani.

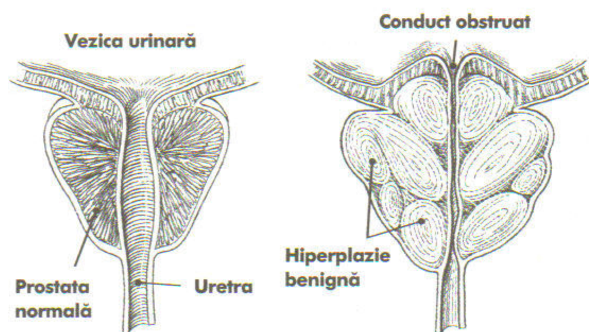
Mărirea de volum a glandei, nedatorată unui cancer, se numește hiperplazie benignă de prostată (HBP). Cuvântul *benignă* diferențiază această afecțiune de cancerul de prostată. *Hiperplazie* înseamnă creștere în dimensiuni. 4 din 5 bărbați vor prezenta o mărire benignă de volum a prostatei până la vârsta de 80 de ani. Se estimează că 25 - 30% dintre bărbații din SUA vor avea nevoie de un anume tratament datorită unei HBP, cândva pe parcursul vieții. Simptomele variază în intensitate de la ușoare la severe. La început, simptomele tind doar să fie supărătoare. Pe măsură ce prostata continuă să crească, ele se înrăutățesc.

Diagnostic

Medicul vă poate pune întrebări despre simptome pentru a determina gravitatea problemei. Probabil că acesta vă va examina prostata introducându-vă în rect un deget îmbrăcat într-o mănușă pentru a palpa dimensiunea și consistența glandei. Probabil că vi se va cere să faceți un test care să determine forța jetului urinar și un test de sânge care să măsoare nivelul antigenului specific prostatic (PSA). PSA evaluează posibilitatea ca un cancer de prostată să fie cauza simptomelor. Vezica urinară poate fi examinată cu ajutorul unui cistoscop.

Cât de gravă este HBP?

HBP nu este o afecțiune care să vă amenințe viața decât dacă simptomele sunt severe, făcând urinatul foarte dificil sau imposibil. Retenția de urină vă crește riscul de a face o infecție a tractului urinar, care vă poate distruge rinichii.



Uretra, tubul care drenează vezica urinară, este înconjurată de prostată. Hiperplazia benignă de prostată (HBP) apare atunci când țesuturile din interiorul glandei prostate se măresc și presează uretra, afectând fluxul urinar normal.

Tratament

Tratamentul HBP depinde de severitatea afecţiunii şi de preferinţele dumneavoastră. Opţiunile posibile includ:

Supraveghere atentă

Dacă simptomele sunt uşoare şi nu vă deranjează prea tare, medicul poate decide că supravegherea atentă este cea mai potrivită. Acesta vă va evalua periodic simptomele pentru a vedea dacă au rămas neschimbate sau s-au agravat.

Tratament medicamentos

Medicamentele pot controla simptomele moderate ale unei HBP. Tratamentul medical este o opţiune şi pentru bărbaţii cu simptome de intensitate medie, care găsesc plictisitoare supravegherea atentă sau pur şi simplu nu le pasă de ea. Medicamentele denumite alfa-blocante (Cardura, Flomax etc.) ameliorează fluxul urinar prin relaxarea muşchilor din zona prostatei. De obicei, ele sunt cele mai eficiente pentru ameliorarea simptomelor. Un alt tip de medicament, finasterida (Proscar), scade volumul prostatei prin inhibarea anumitor hormoni care-i stimulează creşterea.

Tratament chirurgical

Tratamentul chirurgical care să îndepărteze o porţiune de prostată poate reduce presiunea asupra uretrei. Cea mai frecvent utilizată intervenţie chirurgicală este rezecţia transuretrală a prostatei (TURP), care se face fără incizie (vezi ilustraţiile color de la pag. 425).

În timpul acestei proceduri, chirurgul inseră pe uretră un instrument denumit rezectoscop şi foloseşte nişte instrumente de tăiat de dimensiuni mici pentru a îndepărta excesul de ţesut prostatic. TURP este eficientă şi atenuează rapid simptomele. Majoritatea bărbaţilor observă creşterea fluxului urinar în decurs de câteva zile. În cazul în care prostata este excesiv de mare, este posibil ca medicul să trebuiască să intervină chirurgical printr-o incizie la nivelul abdomenului. După o intervenţie chirurgicală la nivelul prostatei este obişnuit ca sperma să se întoarcă în vezica urinară în timpul ejaculării (ejaculare retrogradă) decât să fie eliminată prin penis. Acest lucru este inofensiv şi, în cele din urmă, sperma este eliminată prin urină. Totuşi, ejacularea retrogradă poate duce la infertilitate deoarece nu ajunge nici un fel de spermă în vagin. În cazuri rare, TURP poate duce la impotenţă sau la pierderea capacităţii de control a micţiunii.

Alte opţiuni

Există tehnici mai puţin invazive care pot fi folosite pentru a distruge ţesutul prostatic. Terapia cu microunde foloseşte o sursă de căldură controlată computerizat, sub forma energiei microundelor, pentru a distruge partea centrală a prostatei mărite. O altă metodă de tratament foloseşte căldura obţinută prin unde radio pentru a încălzi şi distruge ţesutul prostatei. Undele radio sunt transmise prin intermediul unor ace inserate în prostată. Terapia electrică foloseşte un instrument metalic care emite un curent electric de înaltă frecvenţă, care taie şi vaporizează ţesutul în exces. Tratamentul cu laser produce o lumină concentrată care încălzeşte şi distruge ţesuturile.

MEDICINĂ COMPLEMENTARĂ

Există multe produse din plante care sunt comercializate spunându-se că atenuează simptomele obişnuite ale problemelor de prostată. Unul care pare promiţător pentru tratamentul hiperplazie benigne de prostată (HBP) este palmierul pitic (*Serenoa repens*).

Nimeni nu ştie sigur modul în care acţionează palmierul. Una dintre teorii ar fi că împiedică transformarea testosteronului într-o formă care se asociază cu creşterea prostatei.

Palmierul pitic acţionează lent. Majoritatea bărbaţilor care observă o ameliorare o fac după 1-3 luni. Dacă după 3 luni nu aţi observat nici un fel de ameliorare, probabil că pentru dumneavoastră nu are nici un efect. Posibilele efecte ale utilizării îndelungate sunt necunoscute.

Una dintre problemele legate de această plantă este că poate diminua nivelul sangvin al antigenului prostatic specific (PSA). Această acţiune poate afecta capacitatea PSA de a fi folosit ca test de depistare pentru cancerul de prostată. Dacă luaţi acest remediu, este important să-i spuneţi medicului înainte de testul de măsurare a PSA.

Cancerul de prostată

Semne şi simptome

- Uneori nici unul
- Apariţia unei nevoi bruşte de a urina
- Dificultate la demararea jetului de urină
- Dureri în timpul urinării
- Jet urinar întrerupt şi fără forţă
- Jet urinar care începe şi se opreşte
- Senzaţia că vezica urinară nu se goleşte după urinare
- Urinare frecventă pe timpul nopţii
- Sânge în urină
- Ejaculare dureroasă
- Dureri în zona inferioară a spatelui sau zona superioară a coapselor
- Scădere în greutate şi pierderea apetitului

Cancerul de prostată este cel mai frecvent cancer întâlnit la bărbaţii americani. Pe măsură ce avansaţi în vârstă, riscul de cancer de prostată creşte. Se estimează că până la vârsta de 50 de ani, 1 din 4 bărbaţi vor avea celule canceroase în prostată. Până la 80 de ani, numărul creşte la 1 din 2. Vârsta medie de diagnostic a cancerului de prostată este 72 de ani.

Cancerul de prostată reprezintă a doua cauză de mortalitate prin cancer la bărbaţii americani – nu pentru că este foarte mortal, ci pentru că este foarte frecvent. Este mult mai probabil să muriţi *cu* un cancer de prostată decât să muriţi *din cauza* lui. În mod tipic, cancerul de prostată creşte lent şi rămâne localizat la nivelul glandei, de unde nu face nici un rău. Dar nu toate cancerele se comportă la fel. Unele forme pot fi foarte agresive şi se pot întinde rapid la alte părţi ale corpului.

Nu se ştie care este cauza cancerului de prostată şi nici de ce unele tipuri se comportă diferit de altele. Cercetările sugerează că

Depistarea cancerului de prostată

Controlul prostatei cuprinde, de obicei, un tuşeu rectal digital. Mulţi medici recomandă ca toţi bărbaţii cu vârstă peste 40 de ani să facă precoce un tuşeu rectal. Pentru acest examen trebuie să staţi aşezat sau aplecat – probabil peste masa de examinare – în timp ce medicul vă introduce uşor în rect degetul îmbrăcat într-o mănuşă unsă cu un lubrifiant. Deoarece glanda prostată este situată chiar înainte rectului, medicul o poate palpa pentru a depista noduli sau zone întărite în partea din glandă în care apar 70% dintre tumorile canceroase.

O altă componentă a verificării prostatei este măsurarea antigenului specific prostatic (PSA) din sânge. PSA este produs în mod natural de glanda prostată pentru a ajuta la lichefierea spermei. O cantitate mică, totuşi, trece în circulaţia sangvină. Dacă este detectată în sânge o cantitate mai mare decât normal de PSA, ea poate indica inflamaţia prostatei, mărirea ei de volum sau cancerul.

Folosirea PSA ca test de depistare a cancerului de prostată este controversată. El nu este întotdeauna capabil să distingă între cancer şi alte afecţiuni. Ca rezultat, unii dintre bărbaţii care nu au cancer trebuie să facă unele analize suplimentare – ca de exemplu biopsia cu ac care să recolteze câteva mostre de ţesut de la nivelul glandei – pentru a exclude cancerul.

Unii doctori au această atitudine deoarece cancerul de prostată se dezvoltă foarte lent, iar măsurarea PSA poate face ca mulţi bărbaţi să fie supuşi unei intervenţii chirurgicale sau radioterapii nenecesare, pentru a trata o formă de cancer care e posibil să nu determine alte probleme de sănătate în cazul în care este lăsat în pace. Alţii susţin cu tărie folosirea regulată a testului deoarece este singura metodă disponibilă pentru detectarea cancerului de prostată în stadii precoce şi el este în mod special util pentru bărbaţii tineri cu forme tratabile de cancer.

Mulţi urologi (medici specialişti care tratează problemele urinare şi genitale masculine) recomandă măsurarea anuală a PSA începând cu vârsta de 50 de ani, cu excepţia situaţiilor în care aveţi un risc mai mare de boală, caz în care ei propun ca testarea anuală să înceapă mai repede. După vârsta de 75 de ani, măsurarea PSA ar putea să nu mai fie necesară. Bărbaţii care fac un cancer de prostată târziu în viaţă mor, în general, din alte cauze decât cancerul respectiv.

există o combinaţie de factori care pot juca un rol, inclusiv antecedentele din familie, rasa, aparteneţa etnică, hormonii, dieta şi mediul.

Diagnostic

Tuşeul rectal şi măsurarea antigenului prostatic specific (PSA) sunt de obicei primii paşi pentru diagnosticarea cancerului de prostată. În cazul în care rezultatele unuia sau ambelor teste sunt anormale şi medicul dumneavoastră suspectează un cancer, acesta poate recomanda o ecografie sau o biopsie cu ac ghidată ecografic, pentru a extrage un fragment de ţesut care să fie examinat. În timpul ecografiei prostatice, o sondă mică, lubrifiată, care emite ultrasunete, este inserată în rect. Undele sonore reflectate sunt convertite în imagine video. Deoarece ţesutul canceros este, de obicei, mai gros şi mai dens decât ţesutul sănătos, el reflectă adeseori diferit ultrasunetele.

Pentru a determina dacă tumora este canceroasă, se poate face o biopsie. Biopsia constă în recoltarea unui mic fragment de ţesut pentru a fi examinat la microscop. În cazul unei biopsii de prostată, fragmentul de ţesut poate fi recoltat prin inserarea unui ac de biopsie în prostată, prin zona dintre anus şi scrot. Mai des, totuşi, acul este direcţionat de-a lungul sondei de ecografie şi inserat prin pereţii rectului. Pot fi recoltate fragmente de ţesut din zone diferite ale glandei. Dacă una dintre mostre se dovedeşte canceroasă (malignă), pot fi executate mai multe teste care să determine dacă boala s-a extins la alte părţi ale corpului şi pentru a stabili planul terapeutic.

Cât de grav este cancerul de prostată?

Cancerul de prostată reprezintă a doua cauză de mortalitate prin cancer la bărbaţii din SUA, după cancerul de plămâni. Dar, dacă este depistat precoce – atunci când este localizat la nivelul glandei – el poate fi adeseori vindecat. Tratamentul este mai dificil, dar nu imposibil, după ce cancerul s-a întins la organele din jur.

Tratament

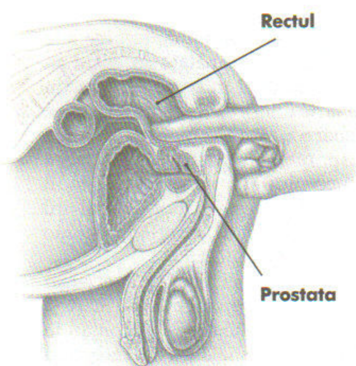
Cancerul de prostată poate fi tratat în mai multe moduri. Medicul poate chiar recomanda un tratament combinat, cum ar fi intervenţia chirurgicală urmată de radioterapie sau terapie hormonală. Care va fi tratamentul pe care îl veţi alege împreună cu medicul depinde de mai mulţi factori – inclusiv viteza cu care cancerul creşte, dacă s-a extins deja, de

Standardele pentru PSA ale Clinicii Mayo

Medicii urologi ai Clinicii Mayo folosesc o scală de valori ajustată în funcţie de vârstă pentru a determina dacă valoarea antigenului specific prostatic (PSA) este în limite normale.

Vârsta	Valoarea normală a PSA*
40 ani	0 – 2,0 ng/ml
50 ani	0 – 2,8 ng/ml
60 ani	0 – 3,8 ng/ml
70 ani	0 – 5,3 ng/ml

*Limita superioară creşte aproape în fiecare an, pe măsură ce avansaţi în vârstă. De exemplu, limita superioară pentru un bărbat de 45 de ani este 2,4 ng/ml. Măsurătorile sunt în nanograme pe mililitru (ng/ml), în funcţie de testele folosite la Clinica Mayo.



În timpul tuşeului rectal, medicul vă introduce în rect un deget îmbrăcat într-o mănuşă unsă cu lubrifiant şi palpează peretele posterior al prostatei pentru a depista creşterea de volum, noduli sau zone întărite.

vârstă şi starea dumneavoastră generală de sănătate. Cele mai obişnuite metode de tratament pentru cancerul de prostată sunt:

Supraveghere atentă

Deoarece analizele de sânge pot detecta foarte repede cancerul de prostată, mulţi bărbaţi preferă această opţiune terapeutică. Ea constă în realizarea unor determinări PSA de urmărire şi a tuşeelor rectale pentru a depista apariţia unor noi semne şi simptome. Probabil că va fi nevoie să faceţi din când în când câte o biopsie. Dar supravegherea atentă nu este cea mai bună metodă de abordare în toate cazurile şi poate permite unui cancer aflat într-un stadiu foarte uşor de tratat de a creşte şi a se răspândi.

În cazul în care sunteţi sănătos şi aveţi 40, 50, 60 sau chiar 70 de ani, probabil că medicul vă va recomanda această metodă de abordare. Cu cât sunteţi mai tânăr, cu atât cancerul are mai mult timp pentru a creşte. Chiar şi o tumoră mică, cu rată lentă de creştere, poate ajunge la un moment dat la un nivel când este necesar un tratament suplimentar. Celulele canceroase pot, de asemenea, deveni brusc agresive şi se pot întinde atât de mult încât vindecarea poate deveni dificilă sau imposibilă.

În cazul în care tumora este mică, are o rată de creştere lentă, iar dumneavoastră aveţi 70 de ani sau mai mult sau starea de sănătate este precară, supravegherea atentă poate deveni o bună opţiune. Există şanse să trăiţi 10 ani sau mai mult fără tratament şi fără ca boala să progreseze sau să vă creeze probleme.

Tratament chirurgical

Cea mai eficientă cale de a trata cancerul localizat la nivelul prostatei este îndepărtarea chirurgicală a glandei. Acest tip de intervenţie chirurgicală este denumită prostatectomie radicală. Studiile arată că acest tip de intervenţie chirurgicală vindecă boala la aproximativ 70% dintre bărbaţii care o au. Ea are rezultate mai bune pe termen lung decât alte metode terapeutice, în special la bărbaţii care au o speranţă de viaţă de minim 10 ani.

În timpul prostatectomiei radicale, chirurgul foloseşte tehnici speciale care să ajute la îndepărtarea în totalitate a prostatei, cruţând muşchii şi terminaţiile nervoase care controlează urinarea şi funcţia sexuală (vezi ilustraţiile color de la pag. 425).

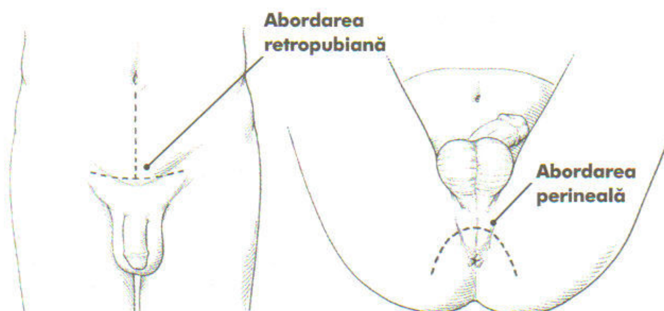
Această operaţie nu a fost întotdeauna aşa de încununată de succes în păstrarea funcţiei urinare şi sexuale şi, uneori, avea drept rezultat impotenţa sau incontinenţa. Cu o decadă în urmă, doar 1 din 10 bărbaţi cu cancer de prostată alegea această opţiune. Acum, datorită îmbunătăţirii tehnicilor chirurgicale, 1 din 4 bărbaţi cu cancer de prostată alege operaţia. Aceasta se poate face în două moduri: retropubian sau perineal.

- *Retropubian.* În această intervenţie, glanda este scoasă printr-o incizie la nivelul zonei inferioare a abdomenului, care, tipic, se întinde chiar de sub ombilic până la 2 cm deasupra bazei penisului. Este cea mai comună cale de abordare pentru îndepărtarea prostatei, din două motive: chirurgul poate utiliza aceeaşi incizie pentru a îndepărta ganglionii limfatici din vecinătate, care sunt verificaţi pentru a vedea dacă boala s-a întins la nivelul lor şi procedura îi oferă acestuia un acces mai bun la prostată, făcând mai uşor de cruţat terminaţiile nervoase care controlează erecţia.
- *Perineal.* În cazul acestei abordări, chirurgul face incizia între anus şi scrot. În general, intervenţia este mai puţin sângerândă decât cea perineală, iar bărbaţii cu greutate mai mare

? Întrebare şi răspuns

Ar trebui să mai cer o părere înainte de a decide ce metodă de tratament să aleg pentru cancerul meu de prostată?

Depinde. Dacă aveţi încredere în medicul dumneavoastră, aţi înţeles ce opţiuni aveţi şi planul de tratament vă convine, e posibil să nu mai fie nevoie de o altă părere. Dar dacă aveţi unele motive de îngrijorare în ce priveşte corectitudinea diagnosticului, nu aveţi încredere deplină în medic sau în tratamentul recomandat, poate că e o idee bună să mai cereţi o părere.



În cazul intervenţiei chirurgicale retropubiene, prostata este scoasă printr-o incizie făcută în porţiunea inferioară a abdomenului. Intervenţia perineală constă în scoaterea glandei printr-o incizie făcută între anus şi sacul scrotal.

tind să aibă o recuperare mai rapidă decât în cazul intervenţiei retropubiene. Din nefericire, această metodă de abordare face mult mai dificilă pentru chirurg loalizarea şi protejarea terminaţiilor nervoase legate de prostată. De asemenea, nu-i permite acestuia să îndepărteze ganglionii din vecinătate. Acestea sunt motivele pentru care acest tip de intervenţie este mai rar folosit.

Radioterapia

Radioterapia foloseşte razele X de energie mare sau alt tip de radiaţii pentru a distruge celulele canceroase. În general, este tratamentul preferat în cazul în care sunteţi vârstnic sau aveţi o stare de sănătate precară şi s-ar putea să vă fie greu să vă recuperaţi după o intervenţie chirurgicală. Poate fi opţiunea preferată şi dacă tumora canceroasă este localizată într-o porţiune a prostatei care face intervenţia chirurgicală dificilă. În cazul cancerului care nu depăşeşte prostata, radioterapia este adeseori la fel de eficientă ca şi chirurgia pentru o perioadă de până la 10 ani.

Radioterapia este folosită şi pentru a trata cancerul care s-a extins în afara prostatei. Ea poate distruge celulele canceroase, micşora dimensiunea tumorii şi atenua durerile. Două dintre formele de radioterapie folosite pentru tratamentul cancerului de prostată sunt radioterapia externă şi implanturile radioactive.

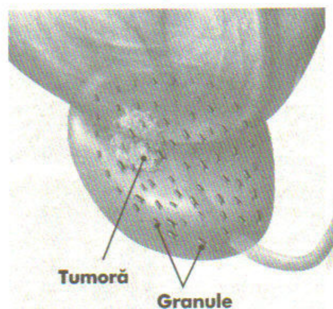
- *Radioterapia externă.* În acest caz, radiaţiile sub formă de unde sunt furnizate de o maşină mare plasată deasupra corpului. Din nefericire, aceste unde externe nu fac doar să distrugă celulele canceroase. Ele afectează şi ţesutul sănătos din zona respectivă. De aceea, primul pas în radioterapie este trasarea zonelor din corp care trebuie iradiate, pentru a găsi cele mai bune unghiuri pentru direcţionarea razelor.
Tratamentul se face, în general, 5 zile pe săptămână, timp de 6-7 săptămâni. Fiecare şedinţă durează cam 15 minute, dar o mare parte din acest timp este reprezentată de pregătire. Durata reală în care sunteţi supus radiaţiilor este de aproximativ 1 minut. Sunt testate noi forme de radioterapie externă care să afecteze mai puţin ţesuturile înconjurătoare.
- *Implanturile radioactive.* O metodă alternativă a radioterapiei este injectarea în interiorul prostatei, prin intermediul unor ace ghidate ecografic, a unor granule radioactive de dimensiunea bobului de orez. Aceste granule eliberează dublul dozei folosite în cazul radioterapiei externe, afectând mai puţin ţesuturile sănătoase. Deoarece această tehnică este relativ nouă, efectele ei pe termen lung sunt necunoscute, dar rezultatele precoce sunt încurajatoare. În cazul bărbaţilor cu cancer de prostată limitat la nivelul glandei, implanturile radioactive controlează creşterea tumorii timp de 5 ani, în 90% din cazuri.

? Întrebări pe care să le puneţi doctorului

Pentru a vă ajuta să alegeţi forma de tratament care vi se potriveşte cel mai bine pentru cancerul de prostată, puneţi-i medicului următoarele în trebări:

1. Ce opţiuni de tratament am?
2. Cât de repede va avansa cancerul în cazul în care rămâne netratat?
3. Credeţi că tratamentul poate vindeca boala? Dacă da, care sunt şansele ca acest lucru să se producă?
4. Care este modaliatea de tratament pe care mi-o recomandaţi şi de ce?
5. De câte ori aţi realizat această procedură? (Cu cât mai des, cu atât mai bine.)
6. Cât de repede veţi putea şti dacă tratamentul a avut efect?
7. Care sunt riscurile de apariţie a reacţiilor adverse de durată, cum ar fi impotenţa sau incontinenţa?
8. Cât de repede voi putea să mă întorc la serviciu?
9. Va trebui să limitez unele activităţi?
10. În cazul în care tratamentul nu va avea efect, mai am şi alte opţiuni?





Granulele radioactive de dimensiunea unui bob de orez sunt implantate în interiorul prostatei. Ele emit unde radioactive care distrug celulele canceroase.

Crioterapia

O altă modalitate de omorâre a celulelor canceroase din prostată este congelarea glandei. Crioterapia constă în inserarea a 5 - 7 fire subţiri de metal – fiecare cam de 15 cm lungime – prin zona dintre anus şi scrot (perineu), până la nivelul prostatei. Firele sunt poziţionate cu ajutorul unei sonde ecografice introduse în rect. O dată ce sunt la locul lor, pe fire se eliberează azot lichid, care circulă la acest nivel şi scade temperatura. Pe măsură ce ţesuturile din jurul firelor îngheaţă, celulele canceroase se rup şi mor datorită formării şi expansiunii în interiorul lor a cristalelor de gheaţă. Pentru a împiedica uretra să îngheţe o dată cu prostata, în interiorul ei este plasat un cateter prin care trece o soluţie caldă.

Rezultatele pe termen scurt ale acestui tip de tratament sunt încurajatoare, dar rata de supravieţuire pe termen lung pare să fie mai mică decât cea obţinută prin intervenţie chirurgicală şi radioterapie, iar efectele adverse pot fi

destul de severe. În plus, procedura nu duce întotdeauna la omorârea tutror celulelor canceroase.

Terapia hormonală

Hormonii sexuali masculini accelerează creşterea celulelor canceroase din interiorul prostatei. Cea mai obişnuită metodă de tratare a unui cancer avansat de prostată este anularea sursei hormonale. Aproximativ 75% dintre bărbaţii care au un cancer de prostată avansat aleg această metodă terapeutică. Terapia hormonală foloseşte medicamente care să oprească producţia în organism a hormonilor sexuali sau să le blocheze intrarea în interiorul celulelor canceroase. Uneori, este folosită o combinaţie terapeutică ce face ambele lucruri. Terapia hormonală poate opri temporar creşterea celulelor canceroase, dar este rareori curativă, deoarece celulele pot, în cele din urmă, învăţa să trăiască într-un mediu sărac în hormoni.

Deoarece poate duce la scăderea dimensiunii tumorii, terapia hormonală poate fi folosită în unele stadii precoce de cancer – în combinaţie cu intervenţia chirurgicală sau radioterapia. Tratamentul poate reduce dimensiunea tumorilor mari, astfel încât intervenţia chirurgicală sau radioterapia vor putea mai uşor apoi să le elimine. Mai poate fi folosit după operaţie sau radioterapie pentru a menţine dormante orice celule canceroase lăsate în urmă.

Prin adăugarea terapiei hormonale, aproximativ 50% dintre bărbaţii ale căror cancer s-a extins la alte organe pelvine, trăiesc încă 5 ani. Aproximativ 40% trăiesc încă 10 ani. În cazul în care tumora malignă s-a întins la os, supravieţuirea este, în general, mai scurtă.

Anularea producţiei hormonale determină apariţia unor efecte adverse, cum ar fi pierderea apetitului sexual, impotenţă, creşterea în dimensiune a sânilor şi valuri de căldură, similare celor apărute la femei după menopauză.

Înainte de apariţia medicamentelor care blochează efectele hormonilor, oprirea producţiei hormonale însemna adeseori îndepărtarea chirurgicală a testiculelor (orhiectomie bilaterală) pentru a opri formarea testosteronului. Această formă de intervenţie chirurgicală este acum rară. ■

CAPITOLUL **35** PARTEA a V-a

Sângele

Sângele dumneavoastră îndeplineşte un număr remarcabil de funcţii vitale prin circulaţia sa în organism. La nivelul ţesuturilor pulmonare, el preia oxigenul inhalat pe care îl va duce pe calea arterelor către toate ţesuturile organismului. Simultan, sângele preia de la aceste ţesuturi dioxidul de carbon, apoi se întoarce prin vene în plămâni unde îl elimină prin respiraţie.

Sângele dumneavoastră transportă substanţe nutritive, ce susţin viaţa, de la nivel intestinal către toate celulele organismului. Atunci când trebuie eliminaţi din organism produşii de degradare ai acestor celule, sângele îi va transporta către rinichi, unde sunt filtraţi şi excretaţi prin tractul urinar. Sângele transportă, de asemenea, substanţe ca hormonii, ajutând astfel la realizarea legăturii între părţile organismului şi coordonând funcţiile acestora.

Sângele acţionează ca substrat pentru sistemul dumneavoastră imun, transportând celule care luptă împotriva infecţiilor, ca şi proteine (anticorpi) care ajută la protecţia organismului împotriva substanţelor străine. Sângele ajută chiar şi la reglarea temperaturii corpului prin disiparea căldurii produse in muşchi.

Generalităţi despre sânge

Toate funcţiile importante ale sângelui dumneavoastră sunt îndeplinite de celulele sangvine şi de partea lichidă a sângelui, numită plasmă. Majoritatea celulelor sangvine sunt produse în măduva hematogenă localizată în interiorul anumitor oase. Majoritatea acestor celule se maturează şi se diferenţiază în tipuri specifice de celule sangvine în măduva osoasă, dar unele îşi desăvârşesc procesul complet de maturaţie în splină sau în ganglionii limfatici.

Compoziţia sângelui

Sângele dumneavoastră cuprinde următoarele componente:

Celule roşii sangvine

Celulele roşii sangvine (eritrocite sau hematii) sunt cele mai numeroase celule din sânge. Ele conţin hemoglobină, o substanţă roşie complexă, bogată în fier. Hemoglobina leagă oxigenul la nivelul plămânilor şi îl transportă prin circuitul sangvin către vasele mici sangvine (capilare). Acolo, hemoglobina eliberează oxigenul, astfel încât acesta poate să treacă din circuitul sangvin la celulele ţesuturilor şi organelor.

Celulele albe sangvine

Celulele albe sangvine (leucocitele) vă apără organismul împotriva substanţelor străine, incluzând infecţiile produse de bacterii, virusuri, fungi şi paraziţi. Cele trei tipuri principale de leucocite sangvine sunt:

- Granulocitele, care includ neutrofile, eozinofile şi bazofile
- Monocitele
- Limfocitele, care includ celulele B şi T

Granulocitele şi monocitele răspund la multe tipuri diferite de infecţii şi vă apără organismul prin înghiţirea substanţelor străine. Limfocitele reacţionează la agenţi infecţioşi specifici.

Mărirea splinei

Splina dumneavoastră este localizată în partea stângă a abdomenului superior, protejată de cuşca toracică. Are cel puţin 4 funcţii majore:

- Ca parte a sistemului imun, curăţă din circuitul sangvin substanţele străine organismului şi antigenele
- Ajută la îndepărtarea celulelor sangvine anormale din circuitul sangvin
- Ajută la reglarea fluxului sangvin hepatic
- În anumite circumstanţe, poate deveni sediul major de producere a celulelor sangvine

În mod normal, medicul nu poate să vă simtă splina la palpare deoarece este localizată sub cutia costală. În anumite cazuri, totuşi, splina îşi măreşte dimensiunile (splenomegalie) şi poate fi simţită. Această mărire poate fi asimptomatică sau poate fi dureroasă.

Creşterea acută a dimensiunilor splinei se poate datora hemoragiei în interiorul acestui organ. Sângerarea poate fi rezultatul traumatismului la nivelul părţii stângi a cutiei costale sau a abdomenului superior. Creşterea dimensiunilor poate apărea, de asemenea, în următoarele situaţii:

- Afecţiuni produse de disfuncţia sistemului imun, cum ar fi poliartrita reumatoidă, lupusul eritematos sistemic şi anemia hemolitică imună.
- Boli care obstruează fluxul sangvin către ficat, cum ar fi ciroza, obstrucţia venei majore hepatice (vena portă) şi insuficienţa cardiacă congestivă cu stază hepatică.
- Boli în care sunt prezente hematii anormale, cum ar fi talasemia şi siclemia.
- Boli care produc infiltrarea splinei cu celule anormale, incluzând cancerele ca leucemia şi limfomul, şi afecţiunea necanceroasă numită amiloidoză.
- Boli ca mononucleoza infecţioasă, tuberculoza, histoplasmoza, endocardita bacteriană şi malaria. În aceste afecţiuni, mărirea splinei este în mod tipic însoţită de febră.

Pentru evaluarea unei splenomegalii, medicul poate solicita teste ca ecografia sau tomografia computerizată (CT), iar tratamentul va fi ţintit către cauza subiacentă. Uneori, pentru punerea diagnosticului corect, splina trebuie îndepărtată chirurgical.

Plachetele

Plachetele (trombocitele) sunt celule sangvine necolorate care repară vasele sangvine lezate. Ele opresc pierderea sangvină prin aglomerarea la locul leziunii, formând un dop la nivelul acesteia. Acesta este primul pas în formarea trombului (coagulare), un proces care este completat de proteine numite factori de coagulare, care circulă în plasmă.

Plasma

Plasma este un lichid gălbui care transportă factorii de coagulare şi alte proteine. Este ceea ce rămâne după îndepărtarea celulelor sangvine din sânge. Serul este plasma din care se îndepărtează şi factorii de coagulare.

Limfa

Limfa este un lichid aproape incolor care este colectat în canalele sistemului limfatic în tot organismul dumneavoastră şi care intră în final în circuitul sangvin. Limfa ajută la recuperarea apei şi proteinelor din ţesuturi în sânge.

Testele sangvine

Atunci când se suspectează o afecţiune sangvină, deseori unul din primii paşi este efectuarea testelor sangvine. Pentru aceste teste se recoltează sânge dintr-o venă a braţului sau din capilarele de la nivelul degetelor care se studiază apoi în laborator. Testele sangvine sunt o parte a examenului de rutină. Printre testele sangvine sunt:

Hemograma completă

Cel mai comun test sangvin este hemograma completă. Ea implică determinarea numărului fiecărui tip de celule sangvine într-un volum de sânge dat şi examinarea celulelor sub microscop pentru determinarea oricărei anomalii în dimensiunea sau forma lor.

Hemograma completă include următoarele teste sangvine:

Numărul de hematii

Acest test contabilizează numărul hematiilor într-un mililitru de sânge.

Hemoglobina

Acest test măsoară cantitatea în grame de hemoglobină într-un decilitru de sânge. Hemoglobina la femei este considerată scăzută sub 10 grame per decilitru (g/dl), iar la bărbaţi sub 12 g/dl.

Hematocritul

Acest test măsoară procentul din volumul dumneavoastră sangvin ocupat de hematii. Valoarea normală a hematocritului este la femei de aproximativ 42% şi la bărbaţi aproximativ 47%.

Dimensiunea şi forma hematiilor

Sunt utilizate câteva teste pentru a măsura forma şi dimensiunea (indicii şi morfologia) celulelor roşii sangvine şi cantitatea de hemoglobină din fiecare celulă. Se examinează sub microscop o pată de sânge - o mică picătură de sânge întinsă pe o lamă de microscopă - pentru a determina forma şi aspectul celuleleor roşii şi pentru a oferi indicii asupra bolilor, cum ar fi tipurile specifice de anemie.

Numărul de reticulocite

Acest test implică numărarea celulelor roşii imature numite reticulocite. Acest număr oferă o indicaţie asupra funcţionalităţii adecvate a măduvei osoase.

Alte teste

Dacă medicul dumneavoastră doreşte să cerceteze o afecţiune care implică un anume tip de leucocite, va face o măsurătoare diferenţiată. Aceasta determină ponderea fiecărui tip de leucocite. Alte teste sangvine măsoară numărul de plachete şi timpul de sângerare, indicatori ai numărului de funcţionare a plachetelor.

Pentru a studia cât de bine sintetizează organismul noi celule sangvine, medicul dumneavoastră poate examina o probă din măduva osoasă la microscop. Măduva este recoltată de obicei din partea superioară a osului coxal.

Celule roşii sangvine

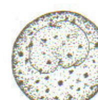


Leucocite sangvine

Granulocite







Monocite

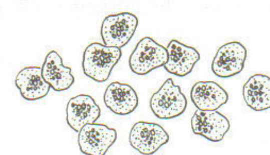


Limfocite





Plachete



Celulele roşii sangvine (hematiile) conţin hemoglobină. Celulele albe sangvine (leucocitele) apără organismul împotriva substanţelor străine şi cuprind trei tipuri: granulocite, limfocite şi monocite. Plachetele (trombocitele) ajută la oprirea hemoragiei din vasele sangvine lezate.

Afecţiuni sangvine

Multe dintre problemele sangvine pot fi tratate de către medicul dumneavoastră de familie. În cazurile mai severe puteţi fi tratat de către un specialist în afecţiuni sangvine (hematolog).

Există multe afecţiuni sangvine, fiecare produsă de o funcţionare anormală a anumitor componente din sânge. De exemplu, anemia se datorează unui număr scăzut de hematii. Leucemia se datorează de obicei unui număr crescut de leucocite, iar afecţiunile hemoragipare sunt deseori datorate unor defecte ale plachetelor sau factrilor coagulării.

Afecţiunile măduvei osoase

Măduva osoasă se găseşte în centrul oaselor şi este locul de producere a celulelor sangvine. În mod normal , aici se produc toate celulele roşii şi plachetetele şi majoritatea celuleleor albe sangvine.

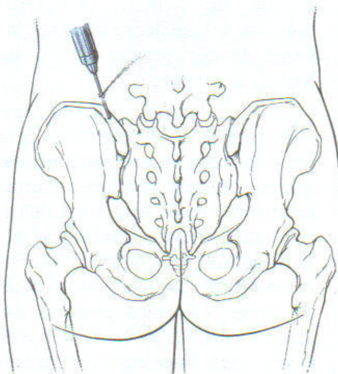
Atunci când este ceva în neregulă cu măduva osoasă, consecinţele sunt deseori grave. Producţia de celule se poate deregla şi pot apărea deficite care duc la anemie, sindroame hemoragipare şi susceptibilitate la infecţii.

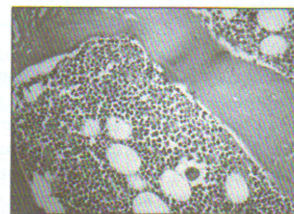
La un copil mic, toate oasele conţin măduvă activă ce formează celule sangvine. Pe măsura creşterii organismului, măduva hematogenă activă rămâne doar în oasele coloanei, craniului, coastelor şi pelvisului. Totuşi, dacă organismul are nevoie de mai multe celule sangvine, poate fi stimulată măduva osoasă din braţe şi picioare să devină activă.

Dacă medicul dumneavoastră presupune că aveţi o afecţiune a măduvei osoase este bine să recolteze o probă de ţesut cu ajutorul unui ac inserat într-un os (biopsie). Proba este apoi studiată sub microscop.

Biopsia medulară

Biopsia măduvei osoase este uneori necesară pentru diagnosticarea unei afecţiuni a măduvei sau a limfoamelor. Se administrează un anestezic local la nivelul sediului biopsiei sau se poate utiliza un anestezic general uşor. Se inseră un ac special într-un os pelvin sau în stern şi printr-un proces numit aspiraţie se recoltează o probă de ţesut medular. Proba este luată din ac şi examinată la microscop (vezi ilustraţiile de la pag. 429)





Biopsia medulară se realizează cu ajutorul unui ac, recoltându-se o probă de ţesut medular pentru examinarea sub microscop.

Sindromul mielodiasplazic

Semne şi simptome

- Oboseală
- Infecţii
- Sângerare
- Echimoze

Sindromul mielodisplazic (MDS), considerat şi stare preleucemică, produce o scădere a numărului de celule sangvine normale funcţionale. Celulele nu se maturează corect, ducând la scăderea numărului hematiilor, leucocitelor şi plachetelor.

În SUA în fiecare an aproximativ 10 000 până la 20 000 de oameni sunt diagnosticaţi cu MDS. Poate apărea la orice vârstă, dar este mai frecvent după vârsta de 60 de ani. Afecţiunea este mai frecventă la bărbaţi decât la femei.

Cauze

Deseori, acest sindrom apare fără nici un alt motiv decât îmbătrânirea. La unii oameni apare la ani de zile de la radio- sau chimioterapie. În plus, expunerea la substanţe toxice – benzen în particular - este posibil să crească riscul de MDS. Afecţiunea nu apare de obicei în familii.

Diagnostic

MDS este în general diagnosticat cu ajutorul testelor sangvine care determină numărul de leucocite, hematii şi de plachete, precum şi dacă există anomalii ale oricăruia dintre tipurile celulare. Este necesară o biopsie medulară pentru confirmarea diagnosticului. MDS apare sub mai multe forme, fiecare deosebindu-se prin numărul şi apariţia celulelor imature (blaşti) în măduvă.

Cât de grav este sindromul mielodisplazic?

Sindromul mielodisplazic poate fi uşor şi poate avea o evoluţie cronică, simplă. Pe de altă parte, unele tipuri sunt mai agresive şi pot progresa către leucemia acută mielocitară (vezi pag. 1149). Pentru majoritatea oamenilor cu acest sindrom, vindecarea rămâne o iluzie. Tratamentul este în principal orientat spre controlul simptomelor şi îmbunătăţirea calităţii vieţii.

Tratament

Tratamentul este în esenţă suportiv, cu transfuzii de sânge pentru controlul anemiei şi trombocite pentru controlul sângerării.

Tratament medicamentos

Antibioticele se pot administra pentru a ajuta la controlul infecţiilor asociate cu scăderea titrului de leucocite. Tratamentul poate cuprinde şi administrarea de factori de creştere. Aceste substanţe proteice naturale aflate în organism pot ajuta la stimularea producţiei de celule sangvine sănătoase.

Chimioterapia

Chimioterapia se poate utiliza la tineri cu MDS. Cu toate că nu are rol curativ, poate realiza remisia bolii pentru scurt timp. Adulţii vârstnici nu tolerează la fel de bine chimioterapia.

Transplantul de celule stem

În mod curent, singura şansă reală de vindecare depinde de succesul unui transplant de celule stem (vezi pag. 1162). Aceste transplante nu sunt în general bine tolerate de adulţii vârstnici. Pentru majoritatea, transplantul de celule stem este o opţiune de tratament pentru MDS doar la cei cu vârsta mai mică de 60 de ani. Centrele medicale cercetează alte posibile metode terapeutice mai bine tolerate de adulţii vârstnici.

Policitemia vera

Semne şi simptome

- Slăbiciune
- Prurit, mai ales în baie caldă
- Ameţeală
- Senzaţie de cap plin şi roşeaţă la nivelul feţei şi mâinilor
- Senzaţie de plin în partea stângă a abdomenului superior

Semne şi simptome de urgenţă

- Sânge în vărsătură sau în scaun
- Accident vascular
- Tromboză în membrele inferioare

Policitemia vera apare atunci când măduva osoasă produce prea multe celule sangvine. În cadrul acestei afecţiuni există o concentraţie crescută de hematii în circulaţie, iar numărul de leucocite şi de plachete poate creşte. Afecţiunea este rară, iar cauza ei necunoscută.

Policitemia vera apare în general în ultima parte a vârstei medii şi este mai frecventă la bărbaţi decât la femei. Este foarte rară la copii.

Diagnostic

Semnele şi simptomele policitemiei vera apar gradat. Primul pas în diagnostic este efectuarea testelor sangvine. Medicul dumneavoastră poate solicita de asemenea o determinare a vitaminei B12 şi alte substanţe, cum ar fi fosfataza alcalină leucocitară în sânge. Deseori, aceste valori sunt neobişnuit de mari în această boală. Nivelul de acid uric este, de asemenea, crescut, ceea ce poate duce la un atac de gută.

Un alt semn este creşterea volumului de sânge fără creşterea prea mare a cantităţii de plasmă. Medicul dumneavoastră poate determina acest lucru cu ajutorul unor teste speciale.

Sunt utilizate teste adiţionale pentru diferenţierea policitemiei vera de policitemia secundară în care apar prea multe hematii din alte cauze, cum ar fi fumatul excesiv, boli pulmonare asevere sau la cei care trăiesc la altitudine. În policitemia secundară, conţinutul crescut de hematii este răspunsul la concentraţii scăzute de oxigen în aer şi, consecutiv, în sânge. Datorită scăderii cantităţii de oxigen din sânge, organismul încearcă să compenseze deficitul prin producţia crescută de hematii până când acestea devin prea multe.

Este de ajutor un test pentru evaluarea conţinutului de oxigen din sânge. Un alt test sangvin de ajutor este determinarea nivelului de eritropoietină, un hormon produs natural de rinichi şi care stimulează producţia de hematii. În policitemia vera, nivelul de eritropoietină este în general scăzut, dar în policitemia secundară este deseori crescut.

Cât de gravă este policitemia vera?

Fără tratament, simptomele policitemiei vera se agravează în general, iar riscul de deces prin infarct miocardic sau accident vascular cerebral este mai mare. Concentraţia crescută de hematii produce creşterea viscozităţii sangvine, astfel încât acesta circulă mai greu prin vasele sangvine.

În cazul tratamentului corespunzător, riscul de infarct sau de accident vascular este mai mic. Cu toate că nu există leac, majoritatea oamenilor supravietuiesc peste 10 ani cu această boală. După mulţi ani poate apărea cicatrizarea (fibroza măduvei osoase). Într-un număr mic de cazuri de policitemia vera apare leucemie acută după un număr de ani.

Tratament

Pentru a diminua volumul sangvin circulant se extrage sânge printr-o venă (flebotomie). Aceasta este de asemenea eficientă în scăderea viscozităţii sangvine şi în diminuarea riscului de accident vascular. Cantitatea de sânge extrasă este de circa jumătate de litru la intervale diferite, de la câteva zile la câteva luni sau ani.

Scopul este menţinerea hemoglobinei la valori normale. Extragerea de sânge poate fi oprită pentru luni de zile, dacă nivelul hemoglobinei rămâne la valorile dorite.

Tratamentul medicamentos

Dacă există şi creşterea nivelului de leucocite şi plachete în plus faţă de creşterea numărului de hematii, medicul dumneavoastră vă poate prescrie medicamente ca hidroxiuree (Hydrea, Droxia), care reduce producţia celulelor sangvine din măduva osoasă.

Acest medicament a dovedit scăderea incidenţei formării cheagurilor sangvine şi a accidentelor vasculare la cei cu vârsta peste 60 de ani şi la cei cu un istoric anterior de tromboze.

Utilizarea hidroxiureei se poate asocia cu creşterea riscului dezvoltării leucemiei acute în viitor.

Totuşi, acest lucru rămâne nedovedit şi în general beneficiile medicaţiei par să depăşească riscurile posibile de leucemie.

Există şi alte medicamente care pot fi utilizate pentru scăderea nivelului leucocitelor şi plachetelor.

Tratament chirurgical

Dacă splina se măreşte prea mult, ceea ce apare rar, medicul dumneavoastră poate lua în considerare îndepărtarea sa chirurgicală (splenectomia).

Metaplazia mieloidă agnogenică

Semne şi simptome

- Lipsa de aer la efort
- Creşterea frecvenţei cardiace
- Paloare
- Senzaţie de presiune sau plin sub coaste, de partea stângă, datorită măririi splinei
- Transpiraţii nocturne
- Scădere ponderală
- O senzaţie de prea plin după masă

În metaplazia mieloidă agnogenică, măduva osoasă se cicatrizează treptat, scăzând capacitatea acesteia de a produce celule sangvine. Celulele sangvine se pot produce în afara măduvei, în splină şi în ficat, ceea ce duce uneori la creşterea dimensiunilor acestor organe. Un alt nume al acestei afecţiuni este mielofibroza idiopatică.

Tratament

Sunt disponibile medicamente care ajută la tratarea acestei afecţiuni, dar singura metodă curativă cunoscută este transplantul alogen al celulelor stem (vezi pag. 1162).

Transplantul alogen de celule stem are riscuri importante şi este în general o opţiune pentru cei tineri. Majoritatea celor cu această boală devin dependenţi de transfuzii pentru a supravieţui (vezi pag. 1159).

Creşterea dimensiunilor splinei poate produce scăderea numărului de trombocite din sânge prin sechestrarea acestora. Medicul dumneavoastră vă poate recomanda îndepărtarea chirurgicală a splinei (splenectomie).

Gammopatii monoclonale

Limfocitele secretă anticorpi numiţi imunoglobuline (Ig) care vă pot ajuta în lupta împotriva infecţiilor şi a altor antigene străine. Cele 5 clase de imunoglobuline din organism sunt IgA, IgD, IgE, IgG şi IgM. Această secţiune prezintă afecţiunile importante ale plasmocitelor.

Mielomul multiplu

Semne şi simptome

- Oboseală şi slăbiciune
- Durere de spate care evoluează insidios
- Fracturi osoase inexplicabile, în special costale şi vertebrale
- Vulnerabilitate la infecţii
- Probleme hemoragipare, cum ar fi sângerările din nas şi din gingii
- Pierdere în greutate

Semne şi simptome de urgenţă

- Constipaţie severă
- Sete excesivă şi urinare frecventă
- Somnolenţă excesivă sau fluctuaţii ale nivelului de conştienţă
- O scădere semnificativă a fluxului urinar
- Incontinenţa materiilor fecale sau urinei
- Amorţeală sau slăbiciune în extremităţi

Mielomul multiplu, o formă de cancer, se datorează multiplicării anormale a plasmocitelor. Pe măsură ce aceste celule cresc şi ocupă mai mult spaţiu la nivelul măduvei, oasele pot slăbi, producând durere, în mod particular în spate şi la nivelul coastelor. Pe măsură ce coastele devin mai fragile, ele se pot rupe mai uşor.

Calciul poate părăsi oasele, ducând la creşterea nivelului de calciu în sânge. Aceasta poate duce la apariţia unor simptome de greaţă, constipaţie, deshidratare şi somnolenţă. Nivelurile foarte mari de calciu din sânge pot produce insuficienţă renală.

Uneori, creşterea plasmocitelor interferă cu producţia de hematii, leucocite şi plachete. Pot apărea astfel anemie, susceptibilitate la infecţii şi probleme hemoragipare.

Boala afectează în mod primar pe cei cu vârste peste 40 de ani, media de vârstă în momentul diagnosticului fiind de 65-70 ani. Apare puţin mai frecvent la bărbaţi decât la femei şi este de aproape două ori mai frecventă la negri decât la albi. Cei născuţi în insulele din Pacific au de asemenea un risc mai mare. Asiaticii au cel mai mic risc. Această afecţiune nu este moştenită.

Diagnostic

Un simptom comun al mielomului multiplu este durerea progresivă de la nivelul spatelui şi coastelor. Durerea se ameliorează în repaus şi creşte cu mişcarea. Poate apărea, de asemenea, la nivelul gâtului şi şoldurilor.

Dacă medicul dumneavoastră vă suspectează de mielom multiplu, vă va recolta o probă de măduvă osoasă pentru analize. Radiografia va evidenţia dacă oasele dumneavoastră au leziuni – arii de pierdere osoasă – care caracterizează boala. Doctorul dumneavoastră va solicita, de asemenea, diverse teste sangvine, căutând anomalii ca anemia, insuficienţa renală sau excesul de calciu în sânge (hipercalcemia).

Spre deosebire de anticorpii normali care se prezintă sub diferite tipuri şi greutăţi moleculare (policlonali), plasmocitele canceroase (celulele mielomatoase) produc anticorpi de acelaşi tip molecular, numiţi proteine monoclonale sau proteine M. Uneori, o porţiune a proteinei M se excretă în urină şi se numeşte proteină Bence Jones, după numele doctorului englez care a descoperit substanţa. Medicul dumneavoastră poate analiza probele de sânge şi urină pentru evidenţierea acestei proteine.

Creşterea cantităţii de proteină provenită din plasmocitele anormale este comună în sângele vârstnicilor şi descoperirea unui nivel crescut nu semnifică neapărat existenţa mielomului multiplu. Această condiţie poate fi denumită gammopatie monoclonală cu semnificaţie nedeterminată (MGUS) sau mielomul asimptomatic („smoldering").

Dacă se descoperă o proteină anormală, următorul pas este de a

ghida investigaţiile ulterioare pentru a determina dacă aveţi mielom multiplu. În cazul MGUS, cantitatea de plasmocite şi de proteină M pe care acestea o produc nu este suficient de mare pentru a produce pagube, aşa cum se întâmplă în mielomul multiplu.

Dacă nivelul de plasmocite, proteină anormală şi alte probleme nu sugerează un mielom multiplu, puteţi primi diagnosticul de MGUS. Este recomandabil să faceţi investigaţii periodice.

În 75% din cazurile de MGUS, nu există probleme. Totuşi, în celelalte 25% din cazuri, nivelul de proteină anormală în sânge poate creşte şi se asociază cu o afecţiune ca limfomul, mielomul multiplu sau amiloidoza.

Cât de grav este mielomul multiplu?

Cu toate că nu există un tratament curativ pentru această afecţiune, acesta poate prelungi viaţa şi poate ameliora simptomele. Medicul dumneavoastră vă va monitoriza evoluţia, răspunsul la tratament şi va urmări apariţia complicaţiilor ca osteoporoza, scăderea funcţiei renale şi infecţiile.

Tratament

Dacă aveţi mielom multiplu şi nu aveţi simptome, nu aveţi nevoie de tratament. Totuşi, medicul vă va monitoriza afecţiunea la interval de 3-6 luni, verificând progresia bolii, evidenţiată prin creşterea proteinei M în sânge sau în urină. Dacă este crescută, puteţi avea nevoie de tratament pentru prevenirea simptomelor. Tratamentul poate fi de ajutor în ameliorarea durerii, prevenirea complicaţiilor şi încetinirea progresiei bolii.

Tratament medicamentos

Chimioterapia este cel mai comun tratament. Este administrată deseori în cicluri pe o perioadă de luni de zile, urmată de o perioadă de pauză. Poate fi întreruptă pe parcursul perioadei de platou sau de remisie, atunci când nivelul de proteină M rămâne stabil şi reîncepută dacă nivelul începe să crească. Melfalanul (Alkeran) este deseori utilizat împreună cu prednisonul. Analgezicele pot diminua durerea osoasă.

Talidomida este prescrisă uneori la cei cu mielom multiplu avansat, care este rezistent la alte tratamente. Aproximativ 25 – 35% dintre pacienţi răspund la acest tratament. Atunci când este administrat la femeile gravide, talidomida este ştiut că produce defecte severe la naştere, cum ar fi malformaţii ale braţelor, picioarelor şi organelor. De aceea, Food and Drug Administration (SUA) a stabilit reglementări stricte privind administrarea medicamentului. Reacţiile adverse includ şi constipaţie, afectări ale nervilor, somnolenţă, oboseală şi rash cutanat.

Există multe tratamente noi testate. Acestea includ terapii biologice, vaccinuri şi terapie cu anticorpi monoclonali – destinate susţinerii sistemului imun în recunoaşterea şi eliminarea mielomului multiplu. Medicul dumneavoastră poate cunoaşte studiile clinice care sunt disponibile.

Radioterapia

Radioterapia cu energie înaltă poate fi ghidată către sediile specifice ale bolii, pentru distrugerea celulelor mielomatoase sau pentru a le opri creşterea. Tratamentul, îndreptat de obicei către coloană şi oasele afectate, poate ajuta la controlul durerii severe.

Transplantul de celule stem

În cazul pacienţilor cu stare generală bună, se recomandă deseori un transplant autolog de celule stem ca parte a strategiilor terapeutice iniţiale (vezi pag. 1162).

Tratament chirurgical

Chirurgia poate fi de ajutor în cazul în care oasele dumneavoastră devin instabile.

Alte metode terapeutice

Desfăşurarea unei activităţi normale vă ajută să reţineţi calciul în oase, păstrându-le puternice. Pot fi necesare unele restricţii, cum ar fi ridicarea greutăţilor. Dacă durerea este invalidantă, puteţi avea nevoie de un corset pentru spate, baston sau alte dispozitive ortopedice pentru a vă desfăşura activitatea.

Talidomida

Pentru unii, cuvântul *talidomidă* semnifică imagini tragice ale unor copii născuţi fără mâini sau picioare normale.

Talidomida a fost luată de câteva mii de femei însărcinate din Europa, Canada, Japonia şi Australia între 1958 şi începutul anului 1960, ca orice sedativ eliberat fără reţetă pentru ameliorarea stării de rău matinale. Unele paciente care au luat medicamentul în stadiile precoce de sarcină au născut copii cu malformaţii severe. Producătorul a retras medicamentul de pe piaţa spre sfârşitul anului 1960, după ce fusese implicat în aceste anomalii fetale. În perioada în care talidomida a fost disponibilă s-au născut peste 10 000 de copii cu malformaţii produse de acest medicament.

Cercetătorii sunt preocupaţi acum de o nouă privire asupra rolului acestui medicament în anumite boli severe sau posibil letale, cum ar fi mielomul multiplu, lepra, lupusul şi complicaţiile SIDA.

Un studiu efectuat de cercetătorii de la Centrul de Cancer al Clinicii Mayo a arătat că 25% dintre pacienţii cu mielom multiplu în stadiu avansat au răspuns la tratamentul cu talidomidă după ce metodele terapeutice convenţionale eşuaseră.

Cercetătorii consideră că talidomida are beneficii în tratamentul cancerelor, cum ar fi mielomul, datorită capacităţii sale de a preveni formarea vaselor noi sangvine, ceea ce poate explica si capacitatea medicamentului de a produce malformaţii la naştere. Aproape toate cancerele au nevoie de aport sangvin şi se iniţiază un proces de formare de noi vase, numit angiogeneză. Atunci când aportul sangvin este întrerupt, cancerul îşi opreşte creşterea şi moare. Au fost studiate talidomida şi alte tratamente care scad aportul sangvin către tumoră.

Cercetătorii sunt de acord că talidomida este încă în stadiul de studiu şi trebuie utilizată cu precauţie pentru a preveni posibilele reacţii adverse, care includ somnolenţa, constipaţia, leziuni nervoase şi rash cutanat, în plus faţa de malformaţiile congenitale.

Amiloidoza

Semne şi simptome

Semnele şi simptomele amiloidozei depind de organele afectate. Gama largă de simptome face deseori dificil diagnosticul. Unele persoane nu prezintă simptome. Semnele şi simptomele includ:

- Tumefierea gleznelor şi a picioarelor
- Slăbiciune
- Pierdere ponderală
- Superficializarea respiraţiei
- Amorţeală şi furnicături în mâini sau picioare
- Diaree
- Oboseală severă
- Creşterea în dimensiuni a limbii
- O senzaţie de plin după ce mâncaţi cantităţi mai mici de alimente decât normalul
- Ameţeală când staţi în picioare
- Pierderi din vasele sangvine mici subcutanate (purpura)
- Echimoze faciale

În plus faţă de producţia de hematii, leucocite şi plachete, măduva osoasă produce anticorpi, proteine care vă protejează împotriva infecţiilor şi bolilor. După ce anticorpii şi-au îndeplinit funcţia, organismul dumneavoastră îi distruge şi îi reciclează.

Amiloidoza apare când celulele medulare produc anticorpi care nu pot fi distruşi. Aceşti anticorpi rămân în sânge şi se pot depozita în organe şi ţesuturi, interferând cu funcţia lor normală.

Amiloidoza afectează cel mai frecvent inima, rinichii, ficatul, splina, sistemul nervos şi tractul gastrointestinal. Amiloidoza este rară, afectând anual doar 8 americani dintr-un milion.

Amiloidoza se clasifică în trei forme majore:

- *Amiloidoza primară.* Acest tip se datorează multiplicării anumitor celule din măduva hematogenă numite plasmocite. Afectează în mod primar inima, plămânii, pielea, limba, nervii şi intestinele. Amiloidoza primară apare prin depozitarea fragmentelor proteice produse de plasmocite. Această formă de amiloidoză este cunoscută şi ca amiloidoză cu lanţuri uşoare sau AL amiloidoza. Datorită faptului că multiplicarea anormală a celulelor plasmatice responsabile de amiloidoza primară este şi cauza mielomului multiplu (vezi pag. 1134), cele două afecţiuni se pot asocia uneori.
- *Amiloidoza secundară.* Această formă apare în asociere cu infecţiile cronice sau boli inflamatorii ca poliartrita reumatoidă, tuberculoza şi infecţia osoasă (osteomielita). Amiloidoza secundară vă afectează în mod primar rinichii, splina, ficatul şi intestinele, cu toate că pot fi afectate şi alte organe.
- *Amiloidoza ereditară.* Aşa cum arată şi numele, această formă de amiloidoză este moştenită.

Cauze

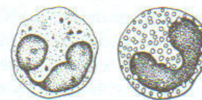
Amiloidoza primară începe în măduva osoasă. Cauza ei este necunoscută. Poate fi asociată cu mielom multiplu, boală Hodgkin şi cu o afecţiune intestinală numită febra familială mediteraneană. Rareori, poate să apară după perioade lungi de dializă renală.

Diagnostic

Testele sangvine şi de urină pot detecta prezenţa unei proteine anormale, indicator al amiloidozei, dar testul de confirmare a diagnosticului este biopsia.

Dacă medicul suspicionează că aveţi amiloidoză sistemică – ceea ce înseamnă că afectează mai multe părţi ale corpului – biopsia trebuie luată din grăsimea abdominală, măduva osoasă, rect sau gingii. Proba de ţesut se

Granulocitopenia şi agranulocitoza



Testele sangvine pot evidenţia o mulţime de lucruri. Printre cele mai neobişnuite afecţiuni pot fi granulocitopenia sau agranulocitoza.

Granulocitopenia

Granulocitopenia este o afecţiune în care conţinutul total de celule albe sangvine, numite granulocite – nume dat după aspectul lor granular la microscop – este scăzut. Cauza este fie producţia scăzută a acestor celule în măduvă, fie distrucţia lor cu o rată mai mare decât normalul.

Această afecţiune este cunoscută şi ca neutropenie, deoarece granulocitele cel mai des afectate sunt neutrofilele. Neutrofilele reprezintă prima linie de apărare a organismului împotriva infecţiilor bacteriene sau fungice. De aceea , granulocitopenia vă creşte susceptibilitatea la multe infecţii.

Granulocitopenia poate fi primul semn de leucemie sau de anemie aplastică. Granulocitopenia se datorează însă cel mai frecvent altor afecţiuni sau unor medicamente, cum ar fi chimioterapia.

Agranulocitoza

Agranulocitoza este o afecţiune rară care presupune o scădere extremă a granulocitelor. Aproape toate neutrofilele sunt distruse, lăsându-vă expuşi infecţiilor.

Cel mai frecvent, această afecţiune apare ca o reacţie rară, acută după expunerea la anumite substanţe chimice, solvenţi sau hidrocarburi, sau la anumite medicamente cum ar fi penicilina, fenotiazinele şi antiinflamatoarele.

Tratamentul uzual este evitarea expunerii suplimentare la chimicale şi protecţia împotriva infecţiilor până când măduva osoasă se poate recupera.

examinează sub microscop. Biopsiile sunt proceduri relativ minore care se fac în ambulatoriu, cu ajutorul unui anestezic local.

Uneori, se pot lua biopsii din ficat, nervi, inimă sau rinichi pentru a determina dacă există afectarea unui anume organ.

Cât de gravă este amiloidoza?

Severitatea bolii depinde de tipul de amiloidoză şi de organele afectate. Situaţiile care pot ameninţa viaţa includ insuficienţa renală şi insuficienţa cardiacă congestivă. Dacă acumulările de amiloid se limitează la sedii mai puţin importante, puteţi să nu aveţi simptome. Majoritatea cazurilor sunt la mijloc între cele două forme extreme.

Tratament

Nu există tratament curativ pentru amiloidoză, dar tratamentul poate ajuta la controlul simptomelor şi la limitarea producţiei amiloidului. Controlul amiloidozei se face în mod primar prin medicaţie şi dietă.

Datorită faptului că amiloidoza poate produce un număr de complicaţii, puteţi avea nevoie şi de tratament pentru acestea. De exemplu, dacă amiloidoza vă afectează inima sau rinichii, veţi fi nevoit probabil să ţineţi o dietă hiposodată pentru a limita retenţia de lichide. De asemenea, medicul dumneavoastră vă poate prescrie diuretice şi alte medicamente. Dacă aveţi amiloidoză secundară, scopul primar al tratamentului este controlul cauzei subiacente atunci când este posibil.

Transplantul celulelor stem

Transplantul autolog al celulelor stem este testat la anumiţi pacienţi pentru a determina posibila sa eficienţă.

Transplantul hepatic

Studiile arată că la cei cu amiloidoză ereditară, transplantul hepatic poate fi un tratament eficient.

Tratament medicamentos

Tratamentul medicamentos include melfalanul (Alkeran), un medicament utilizat pentru tratamentul anumitor tipuri de cancer, şi prednison, un medicament corticosteroid. Sunt testate şi alte medicamente pentru capacităţile lor de a controla boala.

Anemiile

Anemia se datorează scăderii numărului de hematii sănătoase, capabile să transporte adecvat oxigen către ţesuturi. Afectează aproximativ 4 milioane de americani, fiind cea mai comună afecţiune sangvină în SUA. Femeile şi cei cu boli cronice au risc mai mare de a face anemie.

Hematiile transportă, pe calea curentului sangvin, oxigen de la plămâni către creierul dumneavoastră şi către celelalte organe şi ţesuturi din organism. Oxigenul contribuie la asigurarea energiei organismului, iar pielii îi dă o strălucire sănătoasă.

Hemoglobina, proteina roşie bogată în fier din hematii, permite acestora să transporte oxigenul de la nivelul plămânilor către toate părţile organismului dumneavoastră.

Anemia este o situaţie în care numărul hematiilor sau cantitatea de hemoglobină din ele sunt scăzute sub valorile normale (vezi imaginile de la pag. 429). Atunci când sunteţi anemic, corpul dumneavoastră fie produce o cantitate prea mică de eritrocite sănătoase, fie pierde o cantitate prea mare dintre acestea sau le distruge mai repede decât le poate înlocui. Celulele organismului dumneavoastră nu vor primi un aport adecvat de oxigen, lucru care vă face să vă simţiţi obosit.

Iniţial, semnele şi simptomele anemiei sunt atât de uşoare încât rămân deseori neidentificate, dar severitatea acestora creşte pe măsura progresiei bolii. La început, puteţi fi mai obosit, iar pielea poate fi mai palidă. Locurile cele mai bune pentru a evidenţia paloarea sunt patul unghial, palmele şi părţile interne ale pleoapelor şi buzelor. Crestăturile din palme pot fi la fel de palide ca pielea din jur. Atunci când efectuaţi exerciţii fizice puteţi să aveţi senzaţia de lipsă de aer mai severă decât de obicei, iar inima să vă bată mai repede decât în mod normal. Anemia poate produce confuzie, precum şi scăderea temperaturii mâinilor şi picioarelor.

Există multe tipuri de anemie, fiecare având o altă cauză. Anemia poate apărea datorită unui deficit de fier sau vitamine, unor pierderi sangvine, unei boli cronice sau unei afecţiuni genetice sau dobândite. Poate fi, de asemenea, o reacţie adversă a unui medicament. Anemia poate fi temporară sau cronică şi simptomele ei pot fi de la uşoare la severe.

Anemia feriprivă

Semne şi simptome

- Iniţial nesemnificative
- Paloarea pielii
- Oboseală
- Crăpături la nivelul colţurilor gurii
- Limbă inflamată sau dureroasă
- Unghii fragile
- Pofte neobişnuite pentru lucruri ca gheaţa, pământul sau amidonul pur
- Cefalee
- Sindromul picioarelor neliniştite

Deficitul de fier este cea mai comună cauză de anemie. Organismul dumneavoastră are nevoie de fier pentru a fabrica hemoglobină, o substanţă ce permite eritrocitelor să transporte oxigen către ţesuturi. Anemia prin deficit de fier este mai frecventă la femei, în mod particular la gravide.

Semnele şi simptomele anemiei prin deficit de fier apar atât de gradat, încât deseori este greu să le observaţi. Puteţi să vă simţiţi mai obosit şi mai puţin rezistent la efort fizic. Pielea dumneavoastră, gingiile, patul unghiilor şi mucoasele conjunctivale pot fi palide. Uneori, anemia poate deveni suficient de severă ca ritmul cardiac să fie mai rapid şi perceptibil.

Rareori, cei care au această afecţiune au pofte pentru substanţe care nu sunt alimente, cum ar fi gheaţa sau pământul. Această schimbare a gusturilor se numeşte pica.

Cauze

Anemia feriprivă se poate datora unei cantităţi scăzute de fier în dietă, absorbţiei inadecvate a fierului, pierderilor sangvine ca în

cazul menstrelor abundente sau altor hemoragii.

Acest tip de anemie apare mai frecvent la femeile în perioada fertilă. La femeile care nu sunt gravide, cauza este deseori pierderea lunară de sânge la menstruaţie. Teoretic, toate femeile gravide au anemie feriprivă dacă nu primesc supliment de fier, deoarece depozitele lor de fier trebuie să susţină creşterea volumului sangvin al mamei şi să fie o sursă de hemoglobină pentru făt.

O altă cauză de anemie prin deficit de fier este pierderea lentă, cronică de sânge dintr-o sursă din organism, cum ar fi un ulcer, un polip colonic, cancer colonic sau o hernie hiatală

Fierul din alimentaţie este absorbit de intestinul subţire şi intră în circuitul sangvin. O afecţiune intestinală, ca boala Crohn sau boala celiacă, vă poate afecta capacitatea de absorbţie a substanţelor nutritive, ducând la anemie prin deficit de fier. În plus, poate apărea anemie dacă o parte din intestinul dumneavoastră este şuntată sau scoasă chirurgical.

Anumite medicamente pot interfera cu absorbţia fierului. De exemplu, utilizarea regulată a medicamentelor puternice care blochează producţia acidă a stomacului, numite inhibitori de pompă protonică (Aciphex, Prilosec), poate duce la anemie feriprivă. Sucul gastric acid este necesar pentru conversia fierului din dietă într-o formă de fier care poate fi absorbită.

La bebeluşi, copii şi adolescenţi, intoxicaţia cu plumb poate fi o cauză a anemiei prin deficit de fier.

Diagnostic

Testele sangvine sunt utilizate pentru diagnosticul anemiei prin deficit de fier. Acestea pot include un frotiu pentru examinarea dimensiunilor şi culorii eritrocitelor (vezi imaginile de la pag. 429), o verificare a procentului din volumul sangvin ocupat de eritrocite (hematocrit) şi o măsurare a hemoglobinei şi feritinei. Un nivel scăzut al feritinei – o proteină ce contribuie la depozitarea fierului în organism – indică de obicei un nivel scăzut de fier.

Dacă testele sangvine indică o anemie feriprivă, medicul dumneavoastră poate solicita teste suplimentare pentru determinarea cauzei subiacente. Dacă suspectează existenţa unei hemoragii din tractul intestinal, testele pot include endoscopia superioară sau colonoscopia.

Endoscopia superioară este un procedeu în care se introduce prin esofag în stomac un tub subţire, flexibil, cu o cameră video şi o sursă de lumină. La colonoscopie, endoscopul se introduce în rect şi este ghidat prin colon. Medicul dumneavoastră vă poate analiza şi materiile fecale pentru determinarea prezenţei urmelor de sânge. Pentru mai multe informaţii asupra acestor teste, vezi cap. 39, „Teste diagnostice".

Cât de gravă este anemia prin deficit de fier?

Simptomele moderate – severe ale anemiei prin deficit de fier pot interfera cu performanţele şcolare sau de lucru. Netratată, afecţiunea poate duce la apariţia unui ritm cardiac rapid sau neregulat (aritmie). La cei care au stenoze ale arterelor care asigură aportul nutriţional al cordului (boală coronariană), anemia netratată poate duce la angină pectorală. În cazuri severe, anemia poate precipita un infarct miocardic.

La gravide, anemia feriprivă severă este asociată cu naşterea prematură şi cu greutatea scăzută a nou-născutului. La sugari şi la copii, anemia severă poate duce la întârzierea creşterii.

Tratament

Dacă aveţi un deficit de fier care duce la anemie, este util consumul de alimente bogate în fier, dar acesta nu este suficient pentru corectarea afecţiunii

Suplimentele

Suplimentele de fier sunt necesare pentru restabilirea rezervelor de fier şi pentru asigurarea necesarului

Cum să obţinem maxim din suplimentele de fier

Nu toate suplimentele de fier sunt la fel şi nu toate tipurile de anemie trebuie tratate cu fier. Medicul dumneavoastră vă va prescrie tratamentul cel mai potrivit necesităţilor dumneavoastră.

Suplimentele orale de fier sunt de obicei mai bine absorbite dacă sunt luate pe stomacul gol, dar pot produce indigestie, dureri abdominale, greaţă şi constipaţie. Suplimentele de fier pot interacţiona cu anumite alimente şi medicamente. Urmaţi sfaturile de mai jos pentru o utilizare sigură şi eficientă:

- Dacă aveţi greaţă sau durere de stomac, luaţi suplimentele de fier cu alimente
- Dacă reacţiile adverse persistă, adresaţi-vă medicului pentru o eventuală schimbare a preparatului de fier.
- Luaţi tabletele de fier asociate cu produse cu vitamina C, cum ar fi sucul de portocale. Vitamina C poate creşte absorbţia fierului.
- Dacă este posibil, evitaţi medicamentele care scad absorbţia fierului. Acestea includ antiacide, blocantele secreţiei acide (blocantele de receptori H_2), inhibitorii de pompă protonică şi tetraciclina.

zilnic de fier. Medicul dumneavoastră vă va prescrie suplimente orale de fier pe care să le luaţi zilnic. Datorită faptului că suplimentele de fier pot produce constipaţie, medicul vă poate recomanda un laxativ. Aproape întotdeauna fierul determină colorarea în negru a materiilor fecale. Acesta este un efect advers inofensiv. Se pot administra şi forme de fier injectabile intravenoase sau intramusculare pentru creşterea depozitelor de fier, dar acestea nu sunt în general necesare.

Deficitul de fier nu se poate vindeca peste noapte. Poate fi nevoie să luaţi suplimente de fier pentru câteva luni sau mai mult pentru refacerea rezervelor organismului. La gravide sunt prescrise suplimente de fier pe durata sarcinii pentru a preveni sau pentru a trata anemia prin deficit de fier.

La adulţi, dacă suplimentele de fier nu reuşesc singure să crească nivelul fierului, afecţiunea se poate datora unei hemoragii sau unei probleme în absorbţia fierului. În ambele cazuri problema trebuie identificată şi tratată.

Tratamentul medicamentos

Contraceptivele orale pot fi de ajutor în tratamentul anemiei prin deficit de fier prin scăderea fluxului sangvin menstrual. În cazul celor cu pierderi sangvine datorate unui ulcer sunt prescrise deseori antibiotice pentru tratamentul ulcerului. Malabsorbţia poate fi tratată de obicei cu medicamente.

Tratament chirurgical

Tratamentul chirurgical poate fi necesar dacă anemia feriprivă este produsă de o tumoră hemoragică sau un polip hemoragic.

Alte tratamente

Dacă aveţi anemie severă şi este necesară corectarea imediată, medicul dumneavoastră vă poate administra transfuzii de masă eritrocitară.

Pericolul excesului de fier

Ce este prea mult din ceva bun - în acest caz fierul - poate fi periculos. Dacă luaţi supliment de fier, asiguraţi-vă că nu luaţi prea mult.

Suplimentele de fier sunt recomandate doar atunci când aveţi nevoie de mai mult fier decât vă poate asigura dieta. Când credeţi că aveţi nevoie de un supliment de fier, consultaţi-vă mai întâi medicul deoarece încărcarea excesivă a organismului cu fier poate fi mai gravă decât anemia prin deficit de fier.

Acumularea excesului de fier, ce duce la hemocromatoză, vă poate afecta ficatul şi inima. Acumularea fierului în articulaţii poate duce la apariţia unor afecţiuni ca artrita. Afectarea testiculară datorită acumulării de fier poate duce la impotenţă şi sterilitate.

În plus, dacă aveţi pierderi sangvine datorate unei afecţiuni severe, cum ar fi cancerul de colon, administrarea suplimentelor de fier poate ascunde problema, întârziind diagnosticul. Anemia prin deficit de fier poate fi un indiciu diagnostic important pe care medicul dumneavoastră trebuie să-l investigheze.

Prevenţia

Nutriţia adecvată este cheia prevenirii anemiei prin deficit de fier, dacă aceasta nu este produsă de o boală. Alimentele bogate în fier includ carnea, peştele, puiul, ouăle, legumele (fasolea), cartofii şi orezul. Multe produse făinoase sunt suplimentate cu fier în procesul de producţie, dar acest fier nu este sub o formă pe care organismul dumneavoastră să o poată utiliza uşor. Fierul din multe legume este prost absorbit.

Consumul alimentelor bogate în fier este important pentru cei care au nevoi crescute de fier, cum ar fi copiii şi femeile gravide sau la menstruaţie. Este, de asemenea, important la cei care au o dietă săracă în fier, cum ar fi vegetarienii adevăraţi, cei care ţin cure de slăbire şi bebeluşii.

Laptele de mamă conţine fier sub o formă care este uşor de utilizat de către organismul copilului. Totuşi, se poate ca laptele să nu conţină suficient fier pentru a permite o creştere corespunzătoare a unui copil cu vârsta peste 4 luni. Medicul poate recomanda ca cei cu vârsta peste 4 luni să primească supliment de fier sub formă de picături sau să înceapă să consume cereale îmbogăţite cu fier. Pentru copii, sunt disponibile formule alimentare îmbogăţite cu fier.

Anemia pernicioasă

Semne şi simptome

- În stadiile incipiente, de obicei nici unul
- Slăbiciune
- Paloare cutanată
- Ameţeală
- Scăderea rezistenţei la exerciţii fizice şi bătăi cardiace rapide şi perceptibile
- Gură sau limbă dureroasă
- Apetit scăzut
- Scădere ponderală
- Mers modificat şi dezechilibru
- Confuzie mentală sau tulburări de memorie
- Amorţeală sau temperatură scăzută la nivelul mâinilor şi picioarelor
- Îngălbenirea sau închiderea la culoare a pielii

Anemia produsă de o incapacitate a organismului de a absorbi vitamina B12 se numeşte anemie

pernicioasă. Vitamina B12 este o bază pentru producţia eritrocitelor. Lipsa unei proteine, numite factor intrinsec, poate duce la dificultăţi în absorbţia acestei vitamine. Această formă de anemie este adeseori ereditară şi era fatală înaintea apariţiei formelor de vitamina B12 injectabile. Termenul *pernicioasă* semnifică *mortală*.

Anemia pernicioasă apare rar datorită unei diete sărace în vitamina B12, aceasta găsindu-se mai ales în carne, ouă şi lapte. Riscul este posibil dacă sunteţi strict vegetarieni. Uneori, problemele absorbţiei vitaminei B12 se datorează chirurgiei stomacului sau intestinului subţire, creşterilor bacteriene anormale în intestinul subţire sau o boală intestinală, cum ar fi boala Crohn sau boala celiacă.

Vitamina B12 este extrasă din alimentele pe care le mâncaţi. Factorul intrinsec este o proteină secretată de stomac. Acesta se leagă de vitamina B12, apoi complexul ajunge la nivelul intestinului subţire, de unde vitamina este absorbită în circulaţie. În lipsa factorului intrinsec, vitamina B12 nu poate fi absorbită şi este eliminată din organism.

Lipsa factorului intrinsec se poate datora unei reacţii autoimune, în care propriul sistem imun vă atacă celulele la nivelul stomacului care produce factor intrinsec. Se poate de asemenea, datora unui defect genetic care, la vârsta adultă, determină oprirea bruscă a acestei proteine.

Anemia pernicioasă nu este frecventă şi apare mai des la vârstnici. Boala este distribuită în mod egal la ambele sexe. Datorită faptului că vitamina B12 este depozitată în cantitate mare în ficat, poate dura ani de zile înainte de apariţia semnelor deficitului.

Diagnostic

Medicul dumneavoastră vă poate supune mai multor teste pentru a căuta o anemie pernicioasă.Unul dintre ele măsoară nivelul de vitamină B12 în sânge, iar altul presupune examinarea sângelui sub microscop pentru a observa dimensiunile şi forma eritrocitelor. Dacă aveţi anemie pernicioasă, eritrocitesunt mai mari şi mai puţine.

Medicul dumneavoastră poate solicita un test care caută anticorpii antifactor intrinsec, o metodă indirectă de diagnosticare a anemiei pernicioase. Se poate măsura şi nivelul de acid metilmalonic în urină şi în sânge. Această substanţă este crescută la cei cu deficit de vitamina B12.

Medicul dumneavoastră poate solicita, de asemenea, un test Schilling. În cadrul acestui test, veţi ingera iniţial o cantitate mică de vitamina B12 radioactivă, apoi se analizează sângele pentru a verifica dacă vitamina a fost absorbită de organism. După aceea, veţi ingera o combinaţie de vitamina B12 radioactivă şi factor intrinsec. Dacă vitamina B12 este absorbită doar atunci când este luată în combinaţie cu factorul intrinsec, testul confirmă că vă lipseşte factorul intrinsec. Dacă organismul dumneavoastră nu absoarbe vitamina în nici una dintre situaţii, înseamnă că aveţi o problemă intestinală de absorbţie.

Cât de gravă este anemia pernicioasă?

Anemia pernicioasă este o boală cronică ce progresează încet, dar sigur dacă nu este tratată. În trecut putea fi letală. Acum tratamentul de substituţie cu cantităţi adecvate de vitamina B12 corectează complet deficitul şi permite o viaţă normală.

Dacă afecţiunea a evoluat timp îndelungat înainte de diagnostic, poate duce la probleme neurologice care produc furnicături în mâini şi picioare (neuropatie periferică). Poate duce şi la confuzie mentală şi tulburări de memorie deoarece vitamina B12 este necesară pentru funcţionarea normală a creierului. Deficitul de vitamină B12 poate produce aceste probleme şi altele în plus chiar înainte de apariţia anemiei.

Tratament

Vitamina B12 se administrează de obicei injectabil pentru a trata anemia pernicioasă. Iniţial, injecţiile se pot face o dată pe zi sau săptămânal, dar după prima lună injecţiile se administrează o dată pe lună. Aceste injecţii trebuie continuate timp nedefinit. Uneori este posibilă tratarea anemiei pernicioase cu forme orale de vitamina B12 administrate zilnic.

Deficitul de vitamina B12 datorat unei diete sărace se poate trata printr-o schimbare a dietei şi o suplimentare a acesteia cu vitamina B12. Aceasta trebuie făcută sub supravegherea unui medic.

Anemia prin deficit de acid folic

Semne şi simptome

- De obicei, nici unul în stadiile iniţiale
- Slăbiciune
- Paloare
- Confuzie
- Rezistenţă scăzută la efort şi un ritm cardiac rapid, perceptibil
- Scădere ponderală
- Diaree

Anemia prin deficit de acid folic interferă cu producerea eritrocitelor, ca şi în cazul anemiei pernicioase. Acidul folic (folat) face parte din categoria vitaminelor B. Se găseşte mai ales în fructele proaspete şi verdeţuri.

Lipsa folatului produce o anemie caracterizată prin eritrocite mari, anormale şi în număr scăzut. Deficitul poate apărea dacă nu primiţi o cantitate corespunzătoare de acid folic prin dietă sau dacă intestinul nu este capabil să-l absoarbă.

Majoritatea nutrienţilor din alimente sunt absorbite de intestinul subţire. Cei care au boli ale intestinului subţire, cum ar fi boala Crohn sau boala celiacă, sau dacă au o rezecţie intestinală mare sau o excludere prin derivaţie a unei porţiuni importante de intestin, pot avea dificultăţi în absorbţia acidului folic.

Datorită faptului că alcoolul scade absorbţia de acid folic, consumul excesiv de alcool poate duce la deficitul acestuia. Anumite medicamente, cum ar fi tuberculostaticele sau anticonvulsivantele, pot interfera cu absorbţia folatului.

Femeile gravide şi cele care alăptează au o nevoie crescută de

Porfiriile

Grupul de boli numite porfirii cuprinde câteva afecţiuni sangvine rare. Acestea se datorează incapacităţii organismului să producă corect hemul, partea pigmentată ce conţine fier a hemoglobinei şi care transporta oxigenul prin organism.

Hemul este produs în ficat şi în măduva osoasă pe parcursul a 7 reacţii chimice. Porfiria apare atunci când o enzimă defectă blochează una dintre reacţii. Fiecare dintre cele 7 tipuri de porfirie corespunde unui defect enzimatic.

La unii oameni cu porfirie se pot aduna sub piele depozite de substanţe chimice. Expunerea la soare poate produce o reacţie toxică ce duce la apariţia unor leziuni cutanate dureroase. Acestea pot duce la cicatrice definitive şi desfigurări, cum ar fi pierderea unei urechi sau a nasului. Afectarea cutanată poate începe în copilărie. Dacă toxinele se acumulează în cantităţi crescute în alte organe, cum ar fi creierul, pacientul respectiv poate trăi doar câţiva ani. Ocazional, porfiria poate apărea la vârstă adultă. Cei care au aceaste forme de boală sunt de regulă capabili să trăiască o viaţă lungă, relativ normală.

Unii oameni cu porfirie prezintă o creştere excesivă a părului la nivelul feţei, braţelor, mâinilor şi picioarelor. La unii oameni, porfiria duce la apariţia unei nuanţe roşiatice la nivelul dinţilor. Unghiile se pot deforma ca nişte gheare.

Unele tipuri de porfirie pot produce atacuri acute de durere abdominală. Totuşi, porfiria este foarte rară şi majoritatea durerilor abdominale nu sunt produse de porfirie. Alte semne şi simptome pot include durere la nivelul membrelor, muşchilor şi spatelui, urina roşie şi simptome neurologice, cum ar fi modificările de personalitate sau convulsiile. Atacurile acute sunt în general urmate de perioade de remisie.

Nu există tratament care să corecteze defectul enzimatic responsabil pentru porfirie. Analgezicele şi alte medicamente pot produce o ameliorare a simptomelor. Alte metode terapeutice includ extragerea frecventă a sângelui (flebotomie) şi, în unele cazuri, splenectomia.

Atacurile de porfirie pot fi extrem de dureroase şi periculoase şi necesită atenţie medicală. Simptomele pot fi declanşate de expunerea la soare, dietă sau medicamente, de aceea tratamentul include evitarea acestor factori. Nutriţia corespunzătoare şi evitarea consumului de alcool pot juca un rol în prevenirea atacurilor.

Porfiria este de obicei moştenită. Dacă în familia dumneavoastră sau a partenerului dumneavoastră există porfirie, cereţi sfatul unui genetician înainte de a avea copii pentru a cunoaşte riscul potenţial de apariţie a bolii la aceştia.

acid folic, ca şi cei care urmează o hemodializă pentru o afecţiune renală. Deficitul de folat duce de obicei la anemie în câteva luni, după depleţia rezervelor organismului. Medicul dumneavoastră trebuie să ia în considerare şi alte cauze ale deficitului de acid folic, cum ar fi efectele anumitor medicamente utilizate în tratarea cancerului, afecţiunilor măduvei osoase, bolilor hepatice, bolilor tiroidiene, fumatul şi hemoliza.

Diagnostic

Simptomele anemiei prin deficitul de acid folic sunt similare celor din anemia pernicioasă, excepţia fiind lipsa manifestărilor neurologice. Medicul dumneavoastră va efectua diverse teste sangvine pentru a diferenţia cele două tipuri de anemie.

Testele sangvine includ examinarea sub microscop şi măsurarea cantităţii de acid folic din sânge. Dacă anemia prin deficit de acid folic este prezentă, medicul dumneavoastră vă va efectua mai multe teste pentru stabilirea cauzei.

Cât de gravă este anemia prin deficit de acid folic?

Este important să luaţi suplimente de acid folic dacă sunteţi sau vreţi să fiţi gravidă. Deficitul de acid folic este asociat cu defecte grave ale tubului neural la făt, cum ar fi spina bifida, anencefalia şi encefalocelul.

Aportul zilnic de cel puţin 400 micrograme (μg) de acid folic – până la 800 μg dacă încercaţi să rămâneţi însărcinată - poate reduce riscul apariţiei defectelor de tub neural cu 50% şi poate reduce riscul de avort spontan.

Tratament

În funcţie de cauza subiacentă a deficitului de acid folic, acesta poate fi cronic sau acut. În ambele cazuri este importantă eliminarea cauzei. De exemplu, dacă deficitul se datorează consumului excesiv de alcool, succesul terapeutic depinde de întreruperea consumului de alcool.

Nutriţia

În unele cazuri, remediul este nutriţia adecvată. Folatul se găseşte într-o largă varietate de alimente, dar poate fi distrus de gătirea excesivă a acestora. Principalele surse de folat sunt fructele şi legumele crude şi organele, cum ar fi ficatul şi rinichiul.

Totuşi, dacă sunteţi gravidă sau vreţi să rămâneţi însărcinată, fiţi atentă şi evitaţi alimentele care conţin cantităţi crescute de vitamina A, cum ar fi ficatul. Consumul de vitamina A peste 200% din necesarul zilnic poate duce la anumite malformaţii la naştere.

Tratamentul medicamentos

În aproape toate cazurile de anemie prin deficit de acid folic, suplimentul de acid folic se administrează oral zilnic. Formele injectabile se administrează doar dacă există o problemă de tract intestinal, care interferă cu absorbţia. De obicei, este nevoie de o lună sau mai mult pentru corecţia anemiei prin deficit de acid folic.

Siclemia

Semne și simptome

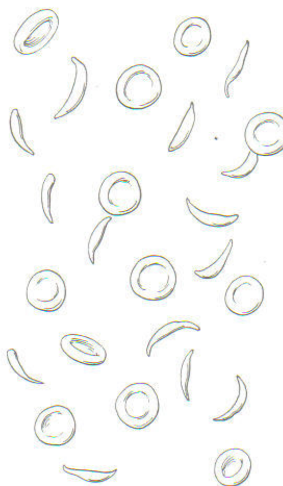
- Oboseală
- Dificultăți respiratorii
- Ritm cardiac rapid
- Întârzierea creșterii și dezvoltării
- Susceptibilitate la infecții
- Ulcere cutanate la nivelul gambelor
- Îngălbenirea pielii
- Probleme de vedere

Semne și simptome de urgență

- Atacuri de durere produse de obstrucția vaselor sangvine și afectarea organelor
- Crize aplastice, în care numărul de eritrocite scade dramatic
- Umflarea mâinilor și a picioarelor

Siclemia (drepanocitoza) este o boală comună sangvină, moștenită. În cadrul acestei afecțiuni, eritrocitele devin rigide și au o formă de semilună (seceră), și nu sunt rotunde și flexibile. Aceste eritrocite necorespunzătoare sunt îndepărtate prematur, ducând la o scădere cronică a numărului lor. În plus, față de semnele de anemie, siclemia poate produce următoarele.

- *Episoade de durere.* Durerea apare când eritrocitele în semilună blochează fluxul sangvin prin vasele mici. De regulă, sunt afectate vasele de la nivelul pieptului, abdomenului și articulațiilor. Durerea este resimțită uneori la nivel osos. Poate varia în intensitate și poate dura de la câteva ore la câteva săptămâni. Unii prezintă puține episoade dureroase, iar alții prezintă o duzină sau mai multe crize de siclemie într-un an, motivele fiind neclare.
- *Sindromul mână-picior.* Umflarea mâinilor și a picioarelor este deseori primul semn de anemie cu eritrocite în seceră la copii. Umflarea se datorează obstrucției fluxului sangvin de întoarcere de la nivelul mâinilor și picioarelor. Durerea și febra însoțesc de obicei această problemă, numită sindromul mână-picior.
- *Infecții frecvente.* Anemia cu eritrocite în semilună vă face vulnerabil la infecții deoarece aceste eritrocite distrug splina, organ care extrage germenii din sânge și fabrică anticorpi. Doctorii prescriu în mod curent doze zilnice de antibiotice pentru sugarii și copiii cu siclemie, pentru a preveni apariția infecțiilor amenințătoare de viață, cum ar fi pneumonia.
- *Afectarea creșterii.* Eritrocitele asigură organismului oxigenul și substanțe nutritive necesare creșterii. Scăderea numărului de eritrocite sănătoase în acest tip de anemie poate încetini procesul de creștere la sugari și copii și întârzie pubertatea.
- *Probleme de vedere.* Vasele sangvine mici de la nivelul ochiului pot fi astupate cu acest tip de eritrocite, ceea ce poate distruge retina, porțiunea ochiului care procesează imaginile.



Imaginea arată hematii normale și siclizate. Hematiile siclizate au formă de semilună.

Cauze

Siclemia este produsă de defectul unei gene care duce la producerea unei hemoglobine anormale. Celulele roșii adulte normale conțin hemoglobină A. Persoanele cu siclemie produc hemoglobină S.

Hematiile care conțin hemoglobină normală sunt moi și rotunde (ca o gogoașă), putându-se strecura prin vasele mici sangvine pentru a duce oxigenul la țesuturi. Cele care conțin hemoglobină S sunt inițial rotunde și flexibile. Însă, o dată ce predă oxigenul, hemoglobina defectă produce schimbarea formei și rigidizarea multora dintre aceste hematii. Hematiile în seceră sunt rigide și se pot agrega, formând dopuri în vasele mici sangvine, blocând fluxul sangvin. Aceste celule sunt și fragile, trăind doar 10 până la 20 ani și pot obstrua vasele sangvine pe măsură ce sunt distruse.

Transformarea în seceră a hematiilor produce simptomele și complicațiile bolii. Uneori, acest proces este mai grav. Crizele de siclemie pot apărea spontan sau pot fi declanșate de factori ca stresul, o infecție, deshidratarea, temperaturi extreme și scăderea oxigenării, cum se întâmplă la altitudine sau în avion.

Siclemia este relativ comună la negri. În SUA, în fiecare an, aproximativ 1 din 500 de nou-născuți negri sunt diagnosticați cu siclemie. Pentru a avea siclemie, trebuie să moșteniți gena pentru hemoglobina S de la ambii părinți. Această genă este recesivă, astfel încât dacă moșteniți gena doar de la unul din părinți, nu veți avea boala, dar sunteți purtător al siclemiei. Ca purtător, puteți transmite boala copilului dumneavoastră.

Dacă sunteți purtător, hematiile pot fi deformate, dar nu apar simptome decât dacă sunteți la altitudine. Scăderea nivelului oxigenului face ca hematiile să devină mai fragile și deformate, aceasta crescând tendința acestora de siclizare și distrugere (hemoliză).

Cu mii de ani în urmă, mutația genetică ce produce siclemia îi proteja pe purtători de o formă mortală de malarie comună în Africa, bazinul mediteranean, Orientul Mijlociu și India. În acele vremuri, copiii care moșteneau trăsătura de siclemie aveau șanse mai mari să supraviețuiască epidemiilor de malarie. Hematiile

în seceră interferă cu creşterea parazitului care produce malaria.

În timp, supravieţuitorii au migrat şi au avut copii. Uneori, purtătorii acestei gene s-au căsătorit între ei şi unii dintre copii au moştenit 2 gene mutante. În zilele noastre, siclemia afectează milioane de oameni în lumea întreaga. Este comună în mod particular la cei cu ascendenţi din Africa, Spania, regiunea mediteraneană, Orientul Mijlociu şi India. În SUA, boala afectează mai ales negrii şi hispanicii.

Diagnostic

Oamenii care au siclemie sunt, de regulă, diagnosticaţi din stadiul de nou-născuţi. Siclemia este diagnosticată prin diverse teste sangvine. Diagnosticul este confirmat prin electroforeza hemoglobinei, un procedeu de laborator care poate izola şi identifica hemoglobina S.

Cât de gravă este siclemia?

Nu există tratament curativ pentru siclemie, o boală potenţial fatală. Totuşi, tratamentul poate ameliora simptomatologia şi poate prelungi viaţa. Mulţi oameni cu siclemie duc o viaţă relativ normală şi au o stare de sănătate bună în primii 40 ani şi chiar peste această vârstă.

Complicaţiile importante ale bolii includ:

Accidentul vascular cerebral

Accidentul vascular cerebral apare în cazul blocării fluxului sangvin dintr-o arie cerebrală de către hematiile în seceră. Accidentul vascular cerebral este una din cele mai grave complicaţii ale bolii. Aproximativ 10% dintre copiii cu siclemie suferă un accident vascular cerebral. Riscul este mai mare între 2 şi 5 ani.

Semnele şi simptomele accidentului vascular cerebral includ convulsii, slăbiciune în mâini şi picioare, ameţeli, dificultăţi bruşte de vorbire şi pierderea conştienţei. Un sugar sau copil care are unul dintre aceste semne şi simptome trebuie să primească îngrijire medicală promptă. Un accident vascular cerebral poate fi fatal.

Sindromul toracic acut

Sindromul toracic acut este o complicaţie ameninţătoare de viaţă a siclemiei, produsă de o infecţie pulmonară sau de blocarea hematiilor în seceră la nivelul plămânului. Ca şi în cazul pneumoniei, apar durere toracică, tuse, febră şi dificultăţi respiratorii. Necesită tratament de urgenţă cu antibiotice, transfuzii sangvine şi medicamente bronhodilatatoare. Atacurile recurente pot produce leziuni pulmonare.

Afectarea organelor

Hematiile în seceră pot bloca fluxul sangvin prin vasele de sânge, deprivând de sânge şi oxigen un organ. Lipsa cronică a sângelui bogat în oxigen poate afecta nervii şi organele, incluzând rinichii, ficatul şi splina.

Orbire

Vasele mici sangvine de la nivelul ochiului sunt astupate de hematiile în seceră. În timp, se poate distruge retina, porţiunea ochiului care procesează imaginile vizuale, ducând la orbire.

Alte afecţiuni

Siclemia poate duce la apariţia ulcerelor de gambă, produse prin obstrucţia vaselor sangvine ce irigă pielea de către hematiile în seceră. Atunci când hematiile sunt distruse, se produce o substanţă numită bilirubină, care poate produce îngălbenirea pielii şi a ochilor (icter) şi la apariţia calculilor biliari.

Bărbaţii cu siclemie pot avea erecţii prelungite şi dureroase atunci când hematiile în seceră împiedică ieşirea sângelui din penisul în erecţie (priapism). În timp, priapismul poate distruge penisul, ducând la impotenţă.

Tratament

Cu toate că nu există tratament curativ pentru siclemie, medicul vă poate ajuta pe dumneavoastră sau pe copilul dumneavoastră să trăiţi cu această boală. În plus, tratamentele înregistrează progrese. Oamenii cu acest tip de anemie pot beneficia de tratamentul unor specialişti în spital sau într-o clinică de specialitate. Vizitele regulate la medic sunt importante.

Tratamentul medicamentos

Medicamentele utilizate pentru tratamentul siclemiei includ:

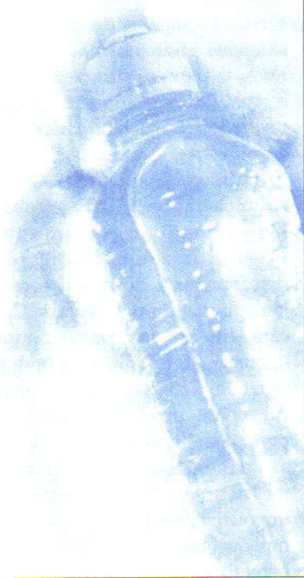
- *Antibiotice.* Începând de la vârsta de 2-3 luni, continuând până la 5-6 ani, un copil cu siclemie are nevoie, de obicei, de doze regulate de antibiotice, tipic forme orale de penicilină. Penicilina ajută la prevenirea infecţiilor, cum ar fi pneumonia, care pot fi ameninţătoare de viaţă la un sugar sau un copil cu siclemie. Antibioticele pot fi, de asemenea, de ajutor la adulţii cu siclemie pentru prevenirea sau tratarea infecţiilor.
- *Analgezicele.* Pentru ameliorarea durerii din timpul unui atac de siclemie, medicul dumneavoastră vă va recomanda analgezice care se pot elibera fără reţetă din farmacii, precum şi aplicarea de căldură la nivelul zonei afectate. Uneori, poate fi necesară prescrierea unor analgezice mai puternice.
- *Hidroxiureea.* Acest medicament eliberat cu reţetă din farmacii, utilizat de regulă în tratamentul leucemiilor, s-a dovedit eficient în reducerea numărului de crize de siclizare dureroase şi în reducerea necesarului de transfuzii sangvine. Hidroxiureea (Hydrea, Droxia) pare să stimuleze producţia de hemoglobină fetală, un tip de hemoglobină a nou-născutului, care previne siclizarea hematiilor. Food and Drug Administration (SUA) a aprobat hidroxiureea în tratamentul siclemiei la adulţi. Studiile de determinare a dozajului corect la copii sunt în desfăşurare. Cei care iau acest medicament sunt supuşi unor analize sangvine repetate deoarece medicamentul poate produce o scădere periculoasă a nivelului celulelor sangvine. Asocierea hidroxiureei cu un medicament numit eritropoietină, un hormon care stimulează producţia medulară de hematii, poate creşte eficacitatea

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Urmarea anumitor paşi pentru prevenirea siclizării este esenţială pentru cei cu siclemie. O nutriţie corespunzătoare, repausul adecvat şi protecţia împotriva infecţiilor sunt importante în menţinerea unei stării de sănătate.

Pentru a avea o stare de sănătate bună, persoanele cu siclemie pot face următoarele lucruri:

- *Consumul de suplimente zilnice de acid folic.* Măduva osoasă are nevoie de acid folic pentru a fabrica noi hematii
- *Consumaţi cantităţi suficiente de apă.* Hidratarea corespunzătoare ajută la scăderea riscului de siclizare.
- *Evitaţi temperaturile extreme.* Atât temperaturile înalte, cât şi cele joase pot declanşa siclizarea.
- *Evitaţi stresul.* Stresul poate declanşa de asemenea siclizarea.
- *Vaccinaţi-vă.* Copiii şi sugarii au nevoie de vaccinări repetate şi este recomandabil ca adulţii şi copiii să fie vaccinaţi anual antigripal şi să fie imunizaţi împotriva pneumoniei pneumococice.



hidroxiureei şi permite scăderea dozelor acestui medicament.

- *Acid folic.* Medicul dumneavoastră vă poate prescrie un supliment oral zilnic de acid folic deoarece boala creşte necesarul organismului pentru această vitamină.

Transfuziile sangvine

Transfuziile sangvine pot creşte numărul hematiilor normale din circulaţie, îndepărtând anemia. La copiii cu siclemie cu risc crescut de accident vascular cerebral, transfuziile de sânge periodice pot reduce riscul primului sau celui de al doilea accident cu până la 90%.

Oxigenoterapia

Puteţi primi oxigen suplimentar pe mască pe parcursul unei crize de siclizare sau în cazul sindromului toracic acut pentru a suplimenta cantitatea de oxigen din sânge şi pentru a vă uşura respiraţia.

Transplantul de celule stem

Rareori, anemia cu siclemie poate fi tratată cu succes prin transplantul celulelor stem (vezi pag. 1162). Acest tratament tinde să fie mai eficient la copii. Adulţii cu siclemie au un risc mai mare de rejet al transplantului şi alte complicaţii

Tratamente experimentale

În ultimii 30 de ani, oamenii de ştiinţă au dobândit o altă perspectivă asupra simptomelor şi a cauzelor siclemiei, ceea ce a dus la apariţia tratamentelor noi.

Cercetătorii studiază:

- *Terapia genică.* Cercetătorii studiază cum inserţia unei gene corecte pentru controlul producţiei de hemoglobină în măduva osoasă a celor cu siclemie va duce la producerea hemoglobinei normale.
  Oamenii de ştiinţă studiază, de asemenea, posibilitatea inhibării genei defective, reactivând în acelaşi timp gena responsabilă pentru producţia hemoglobinei fetale, ceea ce ar preveni siclemia.
- *Butiratul.* Acest acid gras, larg utilizat ca aditiv alimentar, creşte nivelul hemoglobinei fetale în sânge.
- *Clotrimazol.* Acest medicament eliberat fără prescripţie, utilizat pentru tratamentul infecţiilor fungice, poate preveni pierderea apei din hematii, ceea ce ar contribui la siclizare.
- *Protoxidul de azot.* Acest gaz, utilizat de anestezişti pentru adormirea pacienţilor, poate de asemenea preveni siclizarea hematiilor şi poate chiar să stimuleze desiclizarea hematiilor siclizate. A fost de asemenea studiat ca tratament pentru sindromul acut toracic.

Tratamentul complicaţiilor

Majoritatea complicaţiilor siclemiei sunt tratate pe măsura apariţiei lor. Tratamentul poate include antibiotice, transfuzii sangvine, analgezice şi, posibil, intervenţii chirurgicale pentru corectarea problemelor de vedere, îndepărtarea unei spline distruse sau pentru tratamentul altor complicaţii.

Prevenirea

Dacă ştiţi că aveţi siclemie în familie, sfaturile unui genetician vă pot ajuta la prevenirea transmiterii bolii la copiii dumneavoastră. Dacă şi dumneavoastră şi soţul sau soţia dumneavoastră sunteţi purtători, riscul este de 1 la 4 ca siclemia să apară la copilul dumneavoastră.

Siclemia poate fi detectată la făt *in utero.* Medicul poate spune dacă fătul are siclemie sau este purtător al genei siclemiei prin recoltarea unei probe din lichidul ce înconjoară copilul în pântecele mamei (lichidul amniotic) sau din placentă.

Fertilizarea *in vitro* poate creşte şansele ca părinţii care sunt în acelaşi timp purtători ai genei siclemiei să aibă un copil cu hemoglobină normală. În cadrul acestei proceduri se recoltează ovulul de la mamă şi sperma de la tată. În laborator, ovulul este fertilizat cu sperma. Ovulele fertilizate sunt apoi testate dacă

Hemoglobinopatii

Bolile hemoglobinelor rare, numite şi hemoglobinopatii, se datorează diferitelor tipuri de hemoglobină. Au fost identificate peste 400 de variante. Aceste hemoglobine anormale tind să fie mai puţin eficiente în transportul oxigenului la nivel tisular.

Un exemplu este boala cu hemoglobină SC. Oamenii care au această boală moştenesc trăsătura siclemiei (hemoglobina S) de la un părinte şi o altă variantă (hemoglobina C) de la celălalt părinte. Speranţa lor de viaţă este uşor scăzută şi au anemie persistentă uşoară-moderată. Indivizii cu hemoglobină SC pot avea atacuri de durere similare celor din cazul siclemiei.

există gena siclemiei. Ovulele fertilizate care nu au gena siclemiei sunt implantate apoi în uterul mamei pentru o dezvoltare normală. Totuşi, această procedură este nouă şi nu are întotdeauna succes.

Anemiile hemolitice

Semne şi simptome

- Oboseală
- Paloare cutanată
- Dificultăţi respiratorii
- Ritm cardiac accelerat şi perceptibil, în mod particular la efort
- Îngălbenirea pielii
- Urină brună
- Senzaţie de presiune sau de plin sub rebordul costal stâng datorită unei spline mărite

Semne şi simptome de urgenţă

- Debutul brusc al durerii în abdomenul superior

Anemiile hemolitice se referă la acele anemii în care sunt distruse celulele roşii (hemolizate) mai repede decât pot fi produse de măduva osoasă pentru a le înlocui. Cuvântul *hemolitic* vine din greceşte şi înseamnă *„distrugerea sângelui"*.

Anemiile hemolitice pot fi moştenite sau dobândite. Anemiile hemolitice moştenite se datorează de obicei anomaliilor membranelor hematiilor sau unor deficite enzimatice ale acestora. Într-unul din tipurile moştenite, numit sferocitoză, hematiile sunt mici, rotunde şi fragile. Un alt tip moştenit, numit deficit de glucozo-6-fosfat dehidrogenază, se datorează unui deficit enzimatic.

Formele dobândite se pot datora administrării unor medicamente pentru alte afecţiuni, cum ar fi infecţiile sau hipertensiunea arterială. Anemia hemolitică se poate datora şi unui răspuns imun în care propriul dumneavoastră sistem imun atacă hematiile.

Diagnostic

Dacă medicul dumneavoastră presupune că aveţi o anemie hemolitică, va solicita o examinare a sângelui pentru numărarea celulelor roşii tinere (reticulocite) şi pentru a vedea dacă celulele sunt deformate. Numărul celulelor roşii tinere este crescut în anemia hemolitică. Medicul dumneavoastră vă poate examina abdomenul superior pentru a vedea dacă splina sau ficatul dumneavoastră sunt mărite.

Cât de gravă este anemia hemolitică?

Unele forme de anemie hemolitică sunt dificil de tratat, dar aceste tipuri de anemie sunt rareori fatale.

Tratament

Atunci când anemia hemolitică este produsă de un medicament, întreruperea acestuia ameliorează sau elimină adeseori problema.

Tratament medicamentos

În cazul anemiei hemolitice produse de un răspuns imun se prescriu medicamente pentru tratarea acesteia. Medicaţia corticosteroidă, cum ar fi prednisonul, este deseori de ajutor în prevenirea distrugerii hematiilor (hemoliză).

Tratament chirurgical

Dacă afecţiunea este produsă de o splină mărită, aceasta trebuie scoasă. Splina are rolul de a filtra şi de a depozita celulele roşii anormale, iar în anumite cazuri de anemie hemolitică, aceasta se poate mări datorită celulelor roşii distruse.

Alte anemii

În afară de formele de anemie comune, există şi alte forme mai rare. Unele dintre formele mai puţin frecvente includ:

Deficitul de glucozo-6-fosfatdehidrogenază

Acest tip de anemie se datorează unui defect moştenit al unei enzime, glucozo-6-fosfatdehidrogenaza, din hematii. Ca şi în cazul unei anemii hemolitice, această afecţiune produce distrugerea prematură a hematiilor. Apare mai frecvent la cei cu strămoşi din zona mediteraneană şi Africa.

Simptomele pot fi de la uşoare la severe, în funcţie de tipul genei anormale. Simptomele tind să fie mai puţin severe la cei cu ascendenţi din Africa, decât la cei cu strămoşi din zona mediteraneană.

Gena pentru enzima glucozo-6-fosfatdehidrogenază se află pe cromozomul X. Ca şi în cazul hemofiliei, această afecţiune apare aproape întotdeauna la băieţi şi bărbaţi – care au doar un cromozom X - mai degrabă decât la fete şi femei - care au 2 cromozomi X. Dacă aveţi doi cromozomi X, este posibil să aveţi unul fără defect.

Talasemia

Talasemia este o boală care are două forme. Ambele au la bază defecte moştenite ale hemoglobinei. În alfa-talasemie nu se produce suficient porţiunea din hemoglobină numită alfa-globină. În beta-talasemie lipseşte beta-globina.

Alfa-talasemia apare mai des la cei cu ascendenţi în zona Asiei de Sud-Est. Beta-talasemia, numită şi anemie Cooley sau anemie mediteraneană, este mai frecventă în regiunea mediteraneană.

Creşterea dimensiunilor ganglionilor limfatici

Ganglionii limfatici sunt răspândiţi în întreg organismul, la nivelul gâtului, axilelor, toracelui, abdomenului şi zona inghinală. Ei au un rol imunologic similar splinei, filtrând substanţele străine (antigenele) din lichidul limfatic.

Creşterea dimensiunilor nodulilor limfatici (limfadenopatia) apare frecvent în caz de infecţii. Aceasta se datorează unei creşteri numerice a unui anume tip de leucocite (limfocite) necesare luptei împotriva infecţiilor. Alte cauze de adenopatii includ bolile autoimune, cum ar fi lupusul, şi anumite cancere, cum ar fi leucemiile şi limfoamele. Dacă se suspectează un cancer, trebuie făcută o biopsie a unui ganglion limfatic pentru analizarea existenţei celulelor canceroase. Atunci când cauza creşterii dimensiunilor ganglionilor limfatici este cancerul, în mod tipic ganglionii nu sunt dureroşi. În alte cazuri pot fi dureroşi.

Genele talasemiei sunt recesive, de aceea trebuie să la moşteniţi de la ambii părinţi pentru a face boala. Dacă aveţi doar o genă anormală sunteţi purtător, dar nu aveţi afecţiunea. Talasemia produce frecvent anemie cronică severă cu creştere deficitară, mărirea splinei şi, uneori, insuficienţă cardiacă.

În lipsa tratamentului, moartea apare devreme, în copilărie. Nu există tratament curativ, dar metodele actuale pot prelungi deseori viaţa către vârstele de 20-30 de ani. Tratamentul implică transfuzii repetate de hematii. Aceste celule transportă o cantitate crescută de fier care poate încărca excesiv organele vitale. Pentru a diminua acest efect se pot administra medicamente care pot produce eliminarea excesului de fier în urină. Transplantul de celule stem este o altă opţiune terapeutică. Consilierea genetică poate fi de ajutor pentru evitarea transmiterii defectului la copii.

Forma uşoară de talasemie, numită talasemia minor sau trăsătură de talasemie, este comună. În cadrul acestei afecţiuni se produc hematii care sunt asemănătoare celor din deficitul de fier, dar nu există simptomatologie. Afecţiunea nu produce prin ea însăşi probleme.

Anemia din bolile cronice

Unele boli cronice interferă cu producţia de hematii, ducând la anemie cronică. Insuficienţa renală este un exemplu. Rinichii dumneavoastră produc un hormon numit eritropoietină, care stimulează măduva hematogenă să producă hematii. O scădere a eritropoietinei poate duce la scăderea numărului de hematii. Măduva osoasă a unor oameni cu poliartrită nu utilizează eficient eritropoietina, apărând anemia. O diminuare a eritropoietinei poate fi produsă şi de chimioterapie.

Alte boli cronice asociate cu anemia includ SIDA, cancerul, bolile hepatice cronice, infecţii acute sau cronice şi anumite ulcere.

Anemia din bolile cronice este curabilă doar dacă afecţiunea subiacentă poate fi vindecată sau ameliorată prin tratament. Dacă aveţi anemie severă datorată unei boli cronice, tratamentul constă în transfuzii de masă eritrocitară şi, în unele cazuri, administrarea injectabilă a eritropoietinei.

Anemia aplastică

Aplastic înseamnă „insuficienţă în dezvoltare". Această formă de anemie este produsă de scăderea severă a producţiei medulare a tuturor formelor celulare, incluzând celulele albe, care luptă cu germenii, şi plachetele, care ajută la coagulare. Această afecţiune vă creşte riscul de infecţii şi de sângerări necontrolate.

Această boală rară şi ameninţătoare a vieţii poate fi moştenită - anemia Fanconi- sau declanşată de o serie de infecţii, cum ar fi hepatita, o afecţiune a măduvei osoase ca leucemia, doze mari de radiaţii, chimioterapia, expunerea la substanţe toxice sau utilizarea anumitor medicamente. Se datorează unei afectări a măduvei osoase.

Anemia aplastică poate apărea brusc şi poate dura doar o perioadă sau poate fi persistentă. Fără tratament, boala poate progresa şi poate deveni fatală.

Tratamentul începe în general cu eliminarea cauzei, dacă aceasta este cunoscută. De exemplu, anemia aplastică produsă de radiaţii, chimioterapie sau alt tratament medicamentos se ameliorează, de obicei, după oprirea tratamentului.

Medicul dumneavoastră va încerca să vă protejeze de infecţii şi le va trata în mod agresiv cu antibiotice în cazul apariţiei acestora. Alte opţiuni terapeutice includ transfuziile de masă eritrocitară şi plachete, şi în cazul în care afecţiunea dumneavoastră este severă şi este disponibil un donor, transplantul de celule stem.

Ocazional, anemia aplastică se datorează unei boli autoimune ce declanşează distrugerea măduvei osoase de către propriul sistem imun. Pentru prevenirea acestora, medicii prescriu uneori medicamente care suprimă răspunsul imun. Totuşi, aceste medicamente vă cresc susceptibilitatea la infecţii.

Anemia sideroblastică

Sideroblaştii sunt celule roşii tinere care conţin fier în exces. Anemia sideroblastică este o boală rară în care celulele conţin o concentraţie crescută de fier şi producţia de hemoglobină este deficitară.

Tratamentul depinde de cauză. Puteţi dobândi această anemie ca rezultat a anumitor tratamente medicamentoase sau expunerii la toxine, cum ar fi etanolul şi plumbul. Atunci când agentul declanşator este îndepărtat, anemia poate dispărea. Anemia sideroblastică este asociată de asemenea cu anumite cancere ca

leucemia, limfoamele şi mielomul, şi cu boli inflamatorii ca poliartrita reumatoidă. Dacă este tratată cauza subiacentă, anemia se poate ameliora.

Există, de asemenea, o formă moştenită de anemie sideroblastică. În unele cazuri, nu se poate identifica cauza. În aceste cazuri, transfuziile sangvine pot fi de ajutor, asociate cu medicamente care să elimine fierul în exces prin urină.

Leucemiile

Leucemiile sunt cancere ale ţesuturilor care intervin în formarea celulelor sangvine. Leucemia începe de obicei cu pierderea sau modificarea secvenţei ADN a uneia sau a câtorva leucocite.

Aceste celule anormale rămân imature, ceea ce se numeşte formă blastică, dar îşi menţin capacitatea de multiplicare, ducând la formarea unui număr excesiv de celule anormale. Aceste celule anormale ating concentraţii crescute în măduva osoasă, sistemul limfatic şi în sânge, şi încep să interfere cu funcţiile organelor vitale.

Celulele albe sangvine (leucocitele) normale sunt luptători potenţi împotriva infecţiilor. Leucocitele anormale scad producţia de leucocite normale, afectându-vă capacitatea de a lupta împotriva infecţiilor.

Producţia de leucocite anormale care deţine controlul măduvei osoase interferă cu producţia hematiilor şi plachetelor la acest nivel.

Un deficit al hematiilor duce la scăderea aportului de oxigen necesar organismului. Scăderea numărului plachetelor duce la alterarea procesului de formare a trombului, făcându-vă organismul mai vulnerabil la apariţia sângerărilor şi echimozelor.

Mulţi oameni consideră leucemia o boală a copilăriei, dar această boală afectează de 10 ori mai mulţi adulţi decât copii. În SUA există peste 30 000 de cazuri noi de leucemie anual.

Factori de risc

Experţii nu sunt siguri de cauza dezvoltării şi multiplicării celulelor anormale, dar au identificat anumiţi factori care vă cresc riscul de leucemie:

- *Vârsta.* Riscul mutaţiilor genetice creşte cu vârsta. Peste jumătate din cei care fac leucemie au peste de 60 de ani.
- *Tratamentul cancerului.* Pacienţii care au primit anumite tipuri de chimioterapie şi radioterapie pentru alte cancere au un risc uşor mai mare pentru a dezvolta leucemie.
- *Factori genetici.* O parte din riscul de leucemie poate fi moştenit. Anumite anomalii genetice, cum ar fi sindromul Down, se asociază cu un risc crescut.
- *Factori de mediu.* Fumatul, expunerea la radiaţii intense şi expunerea pe termen lung la benzen, o substanţă chimică aflată în benzina fără plumb, pot produce mutaţii genetice. Aceşti factori se asociază cu un risc crescut.

Tipuri

Leucemiile sunt clasificate în funcţie de tipul de leucocite afectate.

Leucemia mielocitară este un cancer al granulocitelor, un tip de leucocite sangvine formate în măduva osoasă. Leucemia limfocitară implică limfocitele, un tip de leucocite produse în sistemul limfatic şi în măduva osoasă.

Tipurile de leucemie sunt împărţite în funcţie de cât de repede progresează. În leucemia acută, celulele leucemice se multiplică rapid, iar boala se agravează în săptămâni sau luni de zile (vezi imaginile color de la pag. 429).

Leucemia acută necesită tratament agresiv imediat. În leucemia cronică, celulele anormale sangvine se înmulţesc şi se acumulează mai lent şi pot funcţiona normal pentru o perioadă de timp. Drept urmare, leucemia cronică se agravează treptat şi se poate să nu necesite tratament imediat. Leucemia cronică poate progresa uneori spre leucemie acută. Ambele forme,

Tratamentul leucemiei

Pentru tratamentul leucemiilor sunt utilizate diverse medicamente şi alte metode terapeutice. Tipul de tratament recomandat de medicul dumneavoastră are la bază o serie de factori, incluzând şi tipul de leucemie pe care îl aveţi.

- *Chimioterapia.* Chimioterapia, care utilizează agenţi chimici pentru distrugerea celulelor canceroase, este principala metodă terapeutică în leucemii. În funcţie de tipul leucemiei pe care îl aveţi, puteţi primi un singur agent terapeutic sau o combinaţie. Celulele cu multiplicare rapidă sunt deseori mai sensibile la efectele chimioterapiei. De aceea, leucemia acută este destul de chimiosensibilă.
- *Radioterapia.* Radioterapia utilizează razele X şi alte tipuri de raze cu energie înaltă pentru distrugerea celulelor leucemice şi oprirea creşterii acestora.
- *Transplantul celulelor stem.* Chimioterapia sau radioterapia vă distruge măduva osoasă, afectând capacitatea acesteia să producă celule sangvine sănătoase. Medicul dumneavoastră poate utiliza transplantul de celule stem pentru repopularea măduvei spinării cu celule sănătoase (vezi pag. 1162).
- *Alfa-interferonul.* Interferonul este un agent antiviral care opreşte răspândirea celulelor leucemice şi susţine sistemul imun.
- *Anticorpii specifici.* Anticorpii care distrug celulele leucemice pot fi îndepărtaţi din organism, iar numărul lor poate fi crescut semnificativ în laborator. Aceştia pot fi apoi reintroduşi în organism ajutând la distrugerea mai multor celule canceroase.
- *Acid retinoic.* Una dintre problemele asociate cu leucemia este că leucocitele mature nu se maturează ca celulele normale. Ele se multiplică, dar nu se maturează şi nu mor. Toate formele trans ale acidului retinoic produc maturarea şi apoi moartea celulelor leucemice.

Hemoragiile superficiale

Peteşiile sunt puncte rotunde, ca o gămălie de ac, produse prin hemoragii superficiale la nivelul pielii. Aceste puncte nu sunt proeminente şi sunt iniţial roşii, apoi se modifică spre roşu-albăstrui în timp. Peteşiile apar mai ales la nivelul gambelor, dar pot apărea la nivelul întregului corp. Un rash peteşial nu este o boală, dar este un semn al unei probleme sangvine subiacente.

O cauză comună a apariţiei peteşiilor este scăderea marcată a numărului de plachete în sânge. Plachetele joacă un rol important în controlul sângerării. Scăderea numărului de plachete (trombocitopenia) poate avea multe cauze, incluzând:

- Afecţiuni ale măduvei osoase, cum ar fi leucemia
- Boli autoimune, cum ar fi lupusul sau poliartrita reumatoidă
- Infecţii virale, cum ar fi mononucleaza şi pojarul german (rubeola)
- Reacţii la medicamente

Peteşiile dispar în cazul unui tratament de succes al cauzei subiacente. Datorită gravităţii anumitor cauze de peteşii, este importantă determinarea etiologiei. Dacă vă apare un rash peteşial, adresaţi-vă prompt medicului

acută şi cronică, apar mai frecvent la bărbaţi decât la femei.

Leucemia mielocitară cronică

Semne şi simptome

- Simptome de anemie
- Durere osoasă
- Febră şi infecţii
- Transpiraţii nocturne
- Scădere ponderală
- Senzaţie de presiune sau de plin sub rebordul costal stâng de la splină mărită
- Sângerare şi echimoze
- Nici unul în anumite cazuri

Semne şi simptome de urgenţă

- Febră 38°C sau mai mult
- Sângerare severă
- Apariţia bruscă de mici puncte roşii pe piele

Leucemia mielocitară cronică apare datorită producţiei de celule canceroase din categoria granulocitelor. Granulocitele sunt un tip de leucocite sangvine formate de măduva osoasă.

Acest tip de leucemie poate fi numit şi mieloidă, granulocitară. Afecţiunea apare frecvent la cei de vârstă medie.

Diagnostic

Deseori se pune diagnosticul bolii înainte de apariţia simptomelor, atunci când testele de rutină sangvine dau rezultate anormale.

Testele ulterioare sunt utilizate pentru a determina dacă aveţi leucemie mielocitară cronică. Acestea includ o numărare completă a celulelor sangvine, o numărare diferenţiată a diverselor categorii de leucocite sangvine şi măsurarea unei enzime numite fosfataza alcalină leucocitară. Trebuie examinată şi măduva osoasă hematogenă.

De ajutor în stabilirea diagnosticului este prezenţa unui cromozom anormal – numit şi cromozom Philadelphia. Această anomalie apare la 96% dintre cei cu leucemie mielocitară cronică.

Tehnicile de genetică moleculară pot deseori identifica anomalia genetică din leucemia mielocitară cronică, chiar la indivizi care nu au cromozom Philadelphia.

Cât de gravă este leucemia mielocitară cronică?

Leucemia mielocitară cronică este o boală progresivă. La majoritatea celor cu această boală poate apărea o fază acută, numită criză sau fază blastică, dezvoltată în 3 până la 5 ani.

Faza blastică este caracterizată prin creşterea concentraţiei de leucocite imature (blaşti) în sânge şi prin prezenţa cutelor roşii cutanate (peteşii) care se datorează sângerării prin pierderea plachetelor. O criză blastică este o formă de leucemie acută particulară, rezistentă la tratament şi care poate fi fatală.

Tratament

Tratamentul medicamentos de ales în cazul leucemiei mielocitare cronice este imatinib mesilat pe cale orală (Gleevec), care opreşte creşterea leucocitelor anormale. Imatinib mesilat poate fi utilizat pentru tratamentul ambelor faze, cronică şi blastică. Medicamentul blochează o enzimă specifică care este un factor cheie în patogenia bolii. Ratele de remisiune sunt mari, mai ales în faza cronică a bolii.

O altă opţiune pentru faza cronică este transplantul alogen de celule stem. Acesta se practică la cei cu vârsta sub 65 ani şi este singurul tratament curativ dovedit.

Alegerea între tratamentul cu imatinib mesilat şi transplantul de celule stem se face după ce se iau în considerare mai mulţi factori, incluzând vârsta şi preferinţele. Cel mai bun tratament de început pentru leucemia mielocitară cronică va evolua pe măsură ce vor fi disponibile rezultatele studiilor pe termen lung asupra imatinib mesilatului.

Alte opţiuni terapeutice includ hidroxiureea şi chimioterapia combinate cu interferon. Interferonul este un agent antiviral care opreşte răspândirea celulelor leucemice şi ajută sistemul imun. Prin utilizarea imatinib mesilatului, rolul acestor medicamente ca terapie iniţială a scăzut.

Dacă aveţi o splină mare, aceasta poate fi îndepărtată chirurgical (splenectomie). Acest lucru se pare că nu creşte durata de supravieţuire şi se face de regulă doar pentru scăderea durerii şi reducerea riscului rupturii de splină.

Leucemia mielocitară acută

Semne şi simptome

- Oboseală, slăbiciune şi stare generală de rău
- Febră
- Echimoze, pete mici cutanate sau rash
- Pierdere ponderală
- Creşterea exagerată a gingiilor
- Tulburări de vedere sau pierderea vederii
- Cefalee
- Convulsii
- Mărirea ganglionilor limfatici
- Senzaţie de presiune sau de plin sub rebordul costal de partea stângă datorită măririi splinei
- Nici unul, în unele cazuri

Semne şi simptome de urgenţă

- Sângerare din tractul digestiv
- Alterarea stării de conştienţă
- O incapacitate de a vorbi sau de a mişca o extremitate
- Febră, asociată cu infecţie bacteriană în sânge

Leucemia acută mielocitară se datorează producţiei excesive de leucocite imature numite blaşti. În mod normal, aceste celule devin granulocite, dar, în cadrul acestei afecţiuni, rămân imature. Această formă de leucemie este cunoscută şi ca nonlimfocitică, mieloidă, monocitară, mielogenică. Leucemia acută mielocitară este cel mai comun tip de leucemie acută la adult. În majoritatea cazurilor, cauza este necunoscută.

Diagnostic

Diagnosticul leucemiei mielocitare cronice este în general bazat pe rezultatul numărătorii celulelor sangvine totale, pe numărătoarea diferenţiată a tipurilor de celule şi pe examinarea măduvei osoase. Medicul dumneavoastră trebuie să caute şi anumite anomalii cromozomiale care pot ajuta la stabilirea diagnosticului sau pot indica modul în care organismul dumneavoastră va răspunde la tratament. În anumite cazuri se recoltează lichid cefalorahidian pentru analizare.

Cât de gravă este leucemia acută mielocitară?

Evoluţia leucemiei acute mielocitare poate fi extrem de rapidă. În lipsa tratamentului, pacientul poate muri în câteva săptămâni. Tratamentul cu combinaţii de anumite citostatice poate produce remisiune în 30-75% din cazuri.

Indivizii mai tineri răspund în general mai bine la tratament decât o fac adulţii mai vârstnici. Totuşi, recurenţele apar la majoritatea celor care au avut remisiuni. Atunci când se continuă tratamentul, aproximativ 30 - 40% din cazuri prezintă o remisiune prelungită.

Tratament

Tratamentul standard implică în general combinaţia diferitelor citostatice. Pentru tratarea sau prevenirea infecţiilor bacteriene, care pot apărea frecvent la cei cu leucemie, se utilizează antibioticele. Transplantul autolog sau alogen de celule stem (vezi pag. 1162) poate fi efectuat în timpul unei perioade iniţiale de remisie, pe parcursul recăderii sau în perioada unei remisiuni ulterioare.

Leucemia limfatică acută

Semne şi simptome

- Echimoze anormale, incluzând hemoragii mici la nivelul pielii
- Sângerări la nivelul mucoaselor
- Oboseală, slăbiciune şi stare generală de rău
- Febră
- Paloare
- Mărirea ficatului, splinei sau nodulilor limfatici
- Durere osoasă

Leucemia limfatică acută este o formă de cancer caracterizată printr-o supraproducţie de celule sangvine imature (limfoblaşti sau, pe scurt, blaşti) care, în mod normal, se pot maturiza în limfocite

Afecţiunea este cunoscută şi ca leucemie limfoblastică acută. Cu toate că apare şi la adulţi şi la copii, este uneori denumită leucemia copilăriei deoarece este cea mai comună leucemie printre copii.

Diagnostic

Simptomele leucemiei limfatice acute pot apărea brusc sau evoluează în săptămâni sau luni de zile. Medicul dumneavoastră vă va efectua teste sangvine, incluzând o numărătoare completă a celulelor sangvine (vezi pag. 1131) şi o numărătoare diferenţiată a tipurilor de celule.

Dacă rezultatele acestor teste sugerează o leucemie limfatică acută, se va lua o probă de ţesut din măduva osoasă pentru examinarea existenţei unei concentraţii crescute de blaşti.

În multe centre medicale se efectuează teste ulterioare pentru depistarea subtipurilor de limfoblaşti prezente. Acest test, împreună cu altele, ajută la definirea bolii şi a celui mai bun tratament.

Cât de gravă este leucemia limfatică acută?

Fără tratament, sângerarea şi infecţia pot duce la deces în câteva luni. Înaintea dezvoltării tratamentelor actuale, acesta era cursul normal al bolii. Din fericire, unul din succesele terapeutice este tratamentul leucemiei la copii.

Cu cât pacientul este mai tânăr şi cu cât numărul total de leucocite sangvine este mai mic la momentul diagnosticului bolii, cu atât şansele de vindecare sunt mai mari. Cu ajutorul combinaţiei de citostatice, până la 80% dintre copii prezintă o remisiune completă timp de 5 ani după detectarea bolii. Prognosticul nu este la fel de bun la copiii mai mari şi la adulţi. Evoluţia depinde, de asemenea, de tipul particular de limfoblaşti prezent.

Tratament

Tratamentul leucemiei limfatice acute are 2 faze. Prima fază, numită terapie de inducţie, are rolul de a distruge cât mai multe celule leucemice, ducând la dispariţia semnelor şi simptomelor de boală (remisiune). Cea de a doua fază, numită terapie de consolidare, se face pe parcursul remisiei. Scopul acestei faze este de a distruge orice celulă leucemică rămasă.

Terapia de inducţie

În cadrul terapiei de inducţie, efortul este direcţionat spre obţinerea remisiunii, de regulă prin administrarea chimioterapiei. Utilizarea combinaţiei de medicamente maximizează efectul tratamentului. Se poate administra şi în lichidul cefalorahidian un medicament citostatic ca metotrexatul (profilaxia sistemului nervos central).

La adulţi se utilizează adesea radioterapia cerebrală în plus faţă de metotrexat pentru profilaxia sistemului nervos central. Radioterapia poate fi utilizată şi în cazul în care celulele canceroase au invadat deja creierul.

Chimioterapicele pot avea efecte adverse, interferând cu funcţia normală a măduvei osoase, a sistemului imun şi a altor organe. În plus, anumite medicamente încetinesc creşterea copiilor. De obicei, copilul recuperează după tratament.

Terapia de consolidare şi de menţinere

O dată ce s-a obţinut remisiunea, este necesară administrarea chimioterapiei ca tratament de consolidare pentru distrugerea celulelor canceroase care persistă. Dacă aceste celule nu sunt distruse, ele pot duce la apariţia ulterioară a recăderilor. În fine, tratamentul de menţinere implică administrarea timp de 2-3 ani a chimioterapiei în doze mici.

Transplantul de celule stem

Medicii pot recomanda transplantul de celule stem la pacienţii care au avut o recădere, au risc crescut de recădere sau au eşuat în obţinerea unei remisiuni complete după terapia de inducţie.

Leucemia limfatică cronică

Semne şi simptome

- Limfadenopatii
- Oboseală, slăbiciune, stare generală alterată
- Infecţie
- Febră
- Scădere ponderală
- Transpiraţii nocturne
- Senzaţie de presiune sub rebordul costal stâng datorită unei spline mărite
- Durere osoasă
- În multe cazuri nici unul

Leucemia limfatică cronică este un cancer al măduvei osoase care produce o creştere uşoară a numărului de leucocite sangvine numite limfocite (vezi imaginile de la pagina 429). Este cel mai comun tip de leucemie în vest. Apare cel mai des la bărbaţi şi la cei cu vârsta peste 50 de ani. Boala poate apărea cu distribuţie familială.

Diagnostic

Debutul leucemiei limfatice cronice tinde să fie insidios, cu simptome care apar în mod gradat. Majoritatea cazurilor sunt detectate prin analize uzuale sangvine efectuate la cei fără simptomatologie. Medicul dumneavoastră vă poate efectua teste ulterioare pentru a stabili ce subtipuri limfocitare sunt afectate. Rezultatele acestor teste pot ajuta la prezicerea duratei de evoluţie a bolii şi la determinarea modului de instituire a tratamentului.

Cât de gravă este leucemia limfatică cronică?

Evoluţia leucemiei limfatice cronice variază mult. Datorită faptului că limfocitele sunt mature şi funcţionale, cei care au această afecţiune pot supravieţui timp îndelungat fără tratament. La unii, boala poate progresa mai rapid, necesitând un tratament precoce.

Tratament

Ghidurile terapeutice actuale recomandă să nu se facă tratament dacă singura anomalie este o creştere a numărului de limfocite sau dacă singurul semn clinic este prezenţa adenopatiilor. Medicul dumneavoastră poate dori să vă urmărească boala prin efectuarea periodică de teste sangvine.

Tratamentul bolii în stadii mai avansate implică utilizarea chimioterapiei. După tratamentul iniţial, mulţi oameni cu leucemie limfatică cronică au o stare bună ani de zile, fără tratament ulterior.

Tratament medicamentos

În cazul în care leucemia limfatică cronică se asociază cu manifestări hemoragipare sau cu trombocitopenie, este necesar tratament. Se utilizează 3 clase de chimioterapice pentru tratarea leucemiei limfatice cronice. Acestea includ agenţii alchilanţi, cum ar fi clorambucilul (Leukeran), antimetaboliţi ca fludarabina (Fludara), şi anticorpi monoclonali ca rituximab (Rituxan). Uneori, chimioterapia include medicamente corticosteroidiene ca prednisonul.

Tratament chirurgical

Îndepărtarea chirurgicală a splinei (splenectomia) este rareori necesară. Aceasta se face în general dacă splina devine uriaşă

Limfocitoza





Limfocitoza este un termen utilizat pentru creşterea procentului de limfocite – un tip de leucocite – în sânge. Condiţia nu produce în general simptome şi poate fi descoperită întâmplător în timpul efectuării unei analize uzuale sangvine pentru un alt motiv.

Măduva dumneavoastră osoasă produce limfocite în cantităţi mari. Aceste leucocite sangvine joacă un rol important în răspunsul dumneavoastră imun, apărându-vă de infecţii.

O creştere marcată a numărului de limfocite apare frecvent ca răspuns la o infecţie virală, dar se poate datora şi leucemiei limfatice cronice. Uneori, procentul de limfocite creşte prin scăderea numărului altor leucocite. Medicii denumesc această condiţie limfocitoză relativă.

sau dacă produce probleme, cum ar fi complicaţiile imune ce interferă cu tratamentul medicamentos.

Leucemia cu celule păroase

Semne şi simptome

- Oboseală, slăbiciune şi stare generală de rău
- Infecţie
- Febră
- Senzaţie de presiune sub rebordul costal stâng datorită unei spline mărite

Leucemia cu celule păroase este caracterizată prin creşterea dimensiunii splinei şi prezenţa celulelor acoperite de vili ca părul (celule păroase).

Boala afectează limfocitele, un tip de leucocite sangvine. Celulele canceroase se acumulează în general în splină, ducând la mărirea acesteia. Cauza acestei forme rare de leucemie este necunoscută. Boala afectează în mod primar bărbaţii.

Diagnostic

Leucemia cu celule păroase este în general diagnosticată pe baza analizelor sangvine şi a biopsiei de măduvă osoasă.

Cât de gravă este leucemia cu celule păroase?

Leucemia cu celule păroase este o boală progresivă care poate fi fatală în lipsa tratamentului. Încă din anul 1980, această boală era tratabilă cu medicamente şi mulţi oameni pot duce o viaţă normală.

Tratament

Pentru tratamentul leucemiei cu celule păroase este utilizată Cladribina (Leustatin) – denumită şi 2-clorodeoxiadenozină sau 2-CdA. Se administrează intravenos pe parcursul a 7 zile. Acest medicament distruge atât celulele canceroase în diviziune cât şi pe cele aflate în repaus. Poate fi utilizat şi interferonul. Există şi alte medicamente disponibile sau în cercetare.

Limfoamele

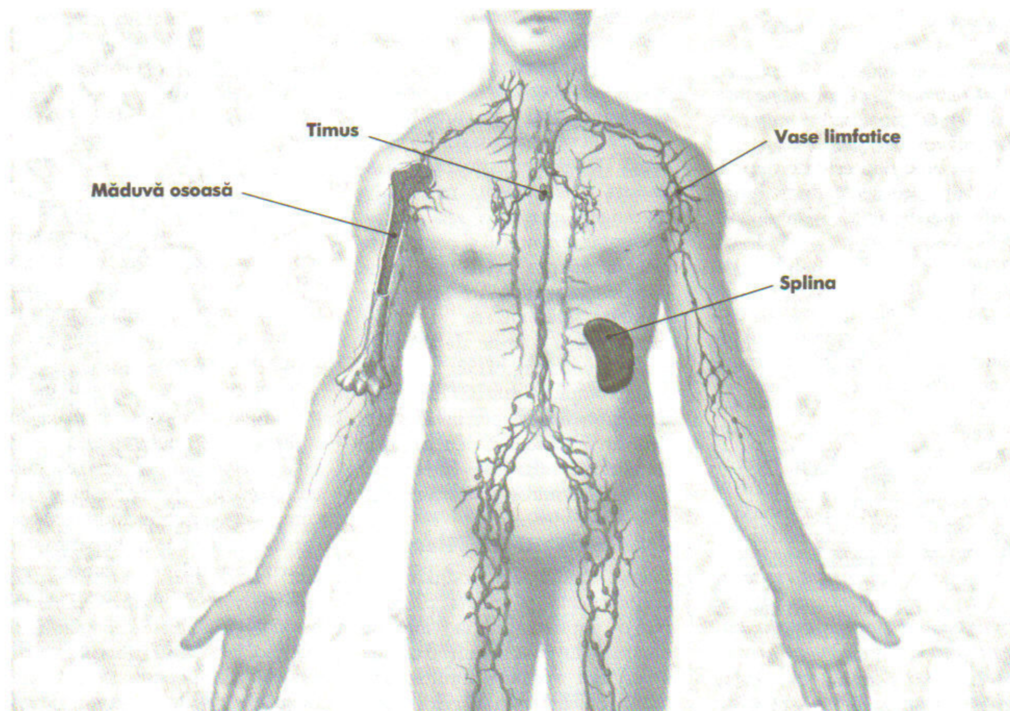
Limfoamele sunt cancere ale sistemului limfatic, reţeaua de luptă împotriva bolilor răspândită în organism. Sistemul limfatic cuprinde ganglionii limfatici, care sunt localizaţi peste tot în organism şi care sunt conectaţi prin vase mici numite limfatice. Amigdalele, polipii, splina, timusul şi măduva osoasă fac parte de asemenea din sistemul limfatic.

Deseori, primul simptom al limfomului este creşterea în dimensiuni a ganglionilor limfatici fără nici un alt simptom evident. Totuşi, limfoamele pot apărea şi în afara ganglionilor limfatici, posibil în orice parte a organismului.

Boala Hodgkin

Semne şi simptome

- Creşterea dimensiunilor ganglionilor limfatici de la nivelul gâtului, axilei şi inghinal, aceştia fiind nedureroşi



Sistemul limfatic este o reţea complexă de vase cu perete subţire. El include splina, timusul, măduva osoasă, vasele limfatice şi, nefiind prezentate aici, amigdalele şi polipii.

- Oboseală
- Febră şi frisoane
- Transpiraţii nocturne
- Scădere ponderală şi pierderea apetitului
- Prurit sever

Semne şi simptome de urgenţă

- Debut brusc cu febră mare de orice cauză
- Pierderea controlului asupra vezicii urinare şi a intestinului
- Amorţeală sau pierderea forţei de la nivelul braţelor şi picioarelor

Boala Hodgkin (limfomul Hodgkin) poartă numele medicului englez Thomas Hodgkin, care a descris-o primul în anul 1832. Este un cancer mai rar al sistemului limfatic, cu câteva caracteristici care îl deosebesc de alte limfoame.

În boala Hodgkin, celulele sistemului limfatic cresc anormal şi se pot împrăştia în afara sistemului limfatic. Pe măsura progresiei bolii, va fi compromisă capacitatea organismului de a preveni sau de a lupta cu infecţiile şi pot apărea semne şi simptome.

Multe dintre semnele şi simptomele bolii sunt similare celor ale gripei, cum ar fi febra, oboseala şi transpiraţiile nocturne. Eventual, pot apărea tumori canceroase. Boala Hodgkin afectează mai des pe cei cu vârste între 15 şi 24 de ani şi pe cei cu vârsta peste 55 de ani.

Boala Hodgkin este de departe mai puţin frecventă decât limfomul nonhodgkinian. În anul 2001, în SUA, aproximativ 7 400 de noi cazuri de boală Hodgkin au produs circa 1 300 de decese. Pe parcursul aceluiaşi an, aproximativ 56 200 de cazuri noi de limfom nonhodgkinian au produs circa 26 300 decese.

Cauze

În boala Hodgkin apare dezvoltarea celulelor B anormale, care îşi au originea în măduva osoasă şi sunt o componentă importantă a răspunsului imun sistemic. Celulele B colaborează în mod normal cu celulele T, derivate din timus, pentru a lupta împotriva infecţiilor. Celulele T distrug direct agenţii străini. Celulele B devin plasmocite, care produc anticorpi ce neutralizează agenţii străini invadatori.

În majoritatea cazurilor de boală Hodgkin, celulele B se transformă în celule anormale numite celule Reed. Celulele Reed nu urmează ciclul normal celular de viaţă şi moarte, ci continuă să trăiască şi să producă mai multe celule B canceroase (maligne). Factorii ce produc aceste modificări sunt necunoscuţi. La aproximativ 50% dintre cei cu boala Hodgkin se evidenţiază virusul Epstein – Barr în celulele maligne. Cu toate acestea, cauza bolii rămâne necunoscută.

Diagnostic

Diagnosticul de boală Hodgkin presupune un istoric medical, un examen fizic, o radiografie toracică şi analize sangvine şi de urină. Diagnosticul poate fi confirmat cu ajutorul unei biopsii ganglionare, care presupune extragerea de ţesut ganglionar limfatic pentru a fi studiată prezenţa elementelor caracteristice din boala Hodgkin. Uneori, se extrage doar o porţiune din ganglionul limfatic pentru examinarea la microscop, ceea ce permite medicului să utilizeze partea rămasă din ganglion ca marker în evaluarea răspunsului la tratament.

Dacă vi se pune diagnosticul de boală Hodgkin, medicul dumneavoastră poate efectua mai multe investigaţii pentru a afla cât de avansat este cancerul şi pentru a se orienta asupra celei mai bune opţiuni terapeutice. Acest proces se numeşte stadializare şi poate presupune o biopsie de măduvă osoasă (vezi pag. 1132), o tomografie computerizată (CT) de abdomen şi torace şi alte investigaţii, cum ar fi tomografia cu gallium. Rareori se intervine chirurgical pentru determinarea extensiei bolii.

Cât de gravă este boala Hodgkin?

Atunci când boala Hodgkin este diagnosticată şi tratată precoce, rata de supravieţuire la 5 ani este mai mare de 90%. Acum 50 de ani, boala era aproape întotdeauna fatală. Chiar şi în cazul celor cu cel mai avansat stadiu de boală, 80% au remisiune la 5 ani după tratament.

Mulţi dintre cei care mor în intervalul de 15 ani după tratament o fac mai degrabă prin complicaţii ale tratamentului, cum ar fi cancerele secundare sau insuficienţa cardiacă, decât prin boala ca atare. Provocarea pentru cercetători este de a găsi un tratament cu mai puţine complicaţii pe termen lung şi eficient.

Tratament

Tratamentul depinde de criteriile de severitate, incluzând tipul şi stadiul bolii, numărul si zona ganglionară afectată, vârsta şi starea dumneavoastră de sănătate. Opţiunile terapeutice includ:

Radioterapia

Atunci când boala este limitată la una sau la două zone, se utilizează radioterapia în asociaţie cu chimioterapia. Radioterapia se aplică în zona ganglionară afectată la 2 până la 4 luni de la chimioterapie. Ocazional, se poate face doar radioterapie.

Dacă apare o recădere după radioterapie – de obicei în primii 2 ani după terminarea acesteia – se poate recomanda în continuare chimioterapia.

Chimioterapia

Atunci când boala evoluează şi cuprinde mai mulţi ganglioni sau afectează alte organe, se preferă chimioterapia. Chimioterapia implică utilizarea unor medicamente specifice de distrugere a celulelor canceroase.

În mod curent, cea mai mare preocupare în ceea ce priveşte utilizarea chimioterapiei pentru boala Hodgkin sunt reacţiile adverse pe termen lung şi complicaţiile care includ afectarea cardiacă, renală şi hepatică, şi apariţia unui alt cancer ca leucemia. Regimurile terapeutice au evoluat, astfel încât s-a redus mult probabilitatea apariţiei acestor complicaţii pe termen lung, ameninţătoare de viaţă la cei care primesc multe cure de chimioterapie şi radioterapie.

Cele mai comune două regimuri terapeutice sunt MOPP şi ABVD. Ambele sunt combinaţii de 4 medicamente chimioterapice.

MOPP cuprinde mecloretamina, vincristina (Oncovin), procarbazina şi prednisonul. Acesta este regimul primar, dar este foarte toxic şi pot apărea efecte adverse severe la câţiva ani după tratament.

ABVD constă în doxorubicină (Adriamicină), bleomicină, vinblastină şi dacarbazină. Acesta este un regim mai nou, cu mai puţine efecte adverse şi este acum regimul preferat. Medicii utilizează încă ocazional MOPP deoarece ABVD poate produce insuficienţă cardiacă la unii pacienţi.

Transplantul de celule stem

Dacă boala reapare după o remisiune iniţială indusă de chimioterapie, poate fi luat în considerare un transplant autolog de celule stem (vezi pag. 1162).

Limfoamele nonhodgkiniene

Semne şi simptome

- Creşterea nedureroasă în dimensiuni a ganglionilor limfatici de la nivelul gâtului, axilei şi zonei inghinale
- Oboseală
- Febră sau frisoane
- Transpiraţii nocturne
- Scădere ponderală

Semne şi simptome de urgenţă

- Debut brusc al febrei de etiologie neprecizată
- Confuzie
- Somnolenţă
- Pierdere involuntară de urină sau materii fecale
- Amorţeală sau scăderea forţei musculare din braţe şi picioare

Limfoamele nonhodgkiniene sunt un grup de cancere (tumori maligne) care se dezvoltă din celulele albe (limfocite) în sistemul limfatic, deseori având localizări diferite în organism. Aceste tumori sunt clasificate în concordanţă cu tipul lor celular, aşa cum se vede la microscop. Sunt, de asemenea, grupate în două categorii după nivelul de activitate al celulelor canceroase: torpide şi agresive.

În mod normal, limfocitele îşi desfăşoară un ciclu normal de viaţă. Limfocitele vârstnice mor, iar organismul dumneavoastră produce unele noi pentru a le înlocui. În limfomul nonhodgkinian, însă, organismul produce limfocite anormale care continuă să se dividă şi să crească necontrolat. Această supraproducţie de limfocite se acumulează în nodulii limfatici, producând creşterea în dimensiuni a acestora. Există peste 20 de tipuri diferite de limfoame nonhodgkiniene.

Limfoamele nonhodgkiniene sunt răspunzătoare de aproximativ 5% din toate cazurile noi de cancer în SUA. Boala este de peste 7 ori mai frecventă decât alt tip de limfom – boala Hodgkin.

Limfoame nonhodgkiniene apar mai frecvent la cei care au suferit un transplant de organ, deoarece sistemul lor imun este inhibat prin medicamente imunosupresoare. Bolnavii de SIDA au risc crescut de apariţie a acestei afecţiuni. Boala apare de regulă la cei cu vârste între 45 şi 70 de ani.

Limfoamele nonhodgkiniene au fost unul dintre cancerele cu cea mai rapidă evoluţie în SUA începând cu anii '70. Vestea bună este că în timpul anilor '90, rata de creştere a început să scadă.

Cauze

Medicii nu ştiu care este cauza limfoamelor nonhodgkiniene. Cercetătorii cred că activarea anumitor gene se poate asocia cu anumite cancere ale limfocitelor B. Limfocitele sunt de tip B, cu originea în măduva osoasă, şi de tip T, care sunt derivate din timus. Aproximativ 85% din limfoamele nonhodgkiniene sunt cu celule B, iar restul cu celule T.

Limfoamele nonhodgkiniene înseamnă, în mod tipic, cancer al ganglionilor limfatici, dar boala se poate răspândi către alte părţi ale sistemului limfatic. Acestea includ vasele limfatice, amigdalele, polipii, splina, timusul şi măduva osoasă. Ocazional, limfoamele nonhodgkiniene afectează organe din afara sistemului limfatic.

Diagnostic

Medicul dumneavoastră poate folosi mai multe procedee pentru a diagnostica limfoamele nonhodgkiniene:

- *Examenul fizic*. Medicul dumneavoastră poate examina atât ganlionii limfatici măriţi, cât şi alţi ganglioni pentru a determina dimensiunea şi consistenţa acestora.
- *Analize sangvine şi urinare*. De cele mai multe ori, prezenţa adenopatiilor arată că organismul luptă cu o infecţie. Analizele sangvine şi urinare îl pot ajuta pe medic să excludă o infecţie sau o altă boală, sau pot fi de ajutor cu identificarea tipului de limfom nonhodgkinian pe care îl aveţi.
- *Tehnicile imagistice*. Radiografia sau tomografia computerizată (CT) de torace, gât, abdomen si pelvis pot detecta prezenţa şi mărimea tumorilor.
- *Biopsia ganglionară*. Prelevarea unei probe de ţesut din ganglionii limfatici, pentru a fi examinată la laborator, poate evidenţia dacă aveţi limfo nonhodgkinian şi dacă este aşa, ce tip de limfom aveţi.
- *Biopsia de măduvă osoasă*. Pentru a afla dacă boala este diseminată, medicul dumneavoastră poate solicita o biopsie de măduvă osoasă (vezi pag. 1132).

Cât de grav este limfomul nonhodgkinian?

Limfomul nonhodgkinian torpid nu este curabil, dar este în mod tipic foarte responsiv la tratamentul iniţial. Rata de supravieţuire a celor cu limfon nonhodgkinian este bună. Dacă aveţi boala, dar aceasta este asimptomatică, medicul dumneavoastră vă poate pune doar sub observaţie.

În contrast, limfomul nonhodgkinian agresiv necesită tratament agresiv în scopul obţinerii unei remisiuni complete. 60 – 80% dintre pacienţi prezintă remisiune completă cu chimioterapie.

Tratament

Deciziile terapeutice depind de tipul şi de stadiul limfomului, de vârstă şi de starea dumneavoastră de sănătate. De regulă, se utilizează o combinaţie de medicamente chimioterapice.

Tratamentele noi includ anticorpi şi vaccinuri. Rituximabul (Rituxan) este un anticorp monoclonal care răspunde la un antigen special din celulele limfomului. Food and Drug Administration (FDA - SUA) a aprobat recent utilizarea medicamentului ibritumomab tiuxetan (Zevalin), care constă într-un anticorp monoclonal legat de un izotop radioactiv, ca parte a unui regim terapeutic pentru un tip de limfom nonhodgkinian slab diferenţiat.

Atât Rituxanul cât şi Zevalinul au rolul de a ajuta sistemul imun să recunoască şi să distrugă celulele canceroase. Zevalinul are reacţii adverse importante, incluzând scăderea numărului de celule sangvine, iar FDA a aprobat acest medicament doar pentru cei care nu au răspuns la alte tratamente.

Radioterapia

În anumite cazuri de limfom nonhodgkinian se utilizează doze mari de radioterapie pentru distrugerea celulelor canceroase şi micşorarea dimensiunilor tumorii. Uneori, se utilizează radioterapia asociată cu chimioterapia pentru tratarea unor determinări specifice, cum ar fi creierul.

Transplantul de celule stem

Se poate face un transplant autolog de celule stem (vezi pag. 1162) în cazul în care cancerul are recădere după un tratament iniţial de succes.

Afecţiuni hemoragice

Afecţiunile hemoragice se datorează unei dereglări a procesului complex de formare a cheagurilor. Procesul de formare a cheagului (coagularea) implică atât trombocitele cât şi proteinele plasmatice răspunzătoare de coagulare (factorii coagulării).

Procesul începe cu aderarea plachetelor de peretele vasului, la nivelul leziunii. Se produce o cascadă intrinsecă de reacţii enzimatice care duc la formarea unei reţele proteice ca o plasă care prinde şi opreşte plachetele (faza plachetară) în scopul apariţiei cheagului (faza coagulării). În această cascadă, fiecare factor al coagulării suferă o transformare, dintr-o formă inactivă într-una activă. Laboratoare speciale pot studia mecanismul coagulării analizând sângele unei persoane afectate, evidenţiind nivelul la care există problema în cadrul acestei cascade.

Anomaliile factorilor de coagulare produc afecţiuni hemoragice, cum ar fi hemofilia, boala von Willebrand şi coagularea intravasculară diseminată. Afecţiunile hemoragice datorate anomaliilor factorilor de coagulare au tendinţa de a produce sângerări profunde, în ţesuturi şi articulaţii, deşi pot apărea şi echimoze, epistaxis sever şi alte tipuri de hemoragii.

Atunci când sunt prea puţine plachete (trombocitopenie) sau acestea sunt deficitare ca funcţie, unul dintre rezultate este apariţia punctelor roşii hemoragice la nivel cutanat (peteşii).

Hemofilia

Semne şi simptome

- Echimoze numeroase, mari sau profunde
- Durere articulară şi umflarea acestora datorate sângerării
- Sânge în urină sau în materiile fecale
- Creşterea timpului de sângerare după tăieturi, leziuni, intervenţii chirurgicale sau extracţii dentare

Semne şi simptome de urgenţă

- Sângerare la nivelul capului, gâtului sau tractului digestiv
- Durere bruscă, umflarea şi încălzirea articulaţiilor mari – cum ar fi genunchii, coatele, şoldurile sau umerii – şi a muşchilor braţelor sau picioarelor
- Sângerare excesivă dintr-o leziune minoră, în special dacă aveţi o formă severă de hemofilie.

Hemofilia presupune câteva afecţiuni moştenite, caracterizate printr-un deficit selectiv de factori ai coagulării din sistemul de coagulare al organismului. Există cel puţin 10 factori ai coagulării implicaţi în procesul de coagulare. 3 dintre factorii coagulării sunt implicaţi în hemofilie, ducând la apariţia a trei tipuri ale bolii: hemofilia A, B şi C.

Cel mai comun tip de hemofilie este A (hemofilia clasică) în care nu există suficient factor VIII de coagulare. Hemofilia B (boala Christmas), în care lipseşte factorul IX, este răspunzătoare de aproape toate cazurile rămase. Hemofilia C, cunoscută mai bine ca deficit de factor IX, este rară, fiind răspunzătoare doar de 200 cazuri în SUA din momentul identificării bolii în anul 1953. În total, circa 17 000 de americani au hemofilie.

Ambele forme ale bolii, A şi B, au fost denumite şi boala regilor, deoarece hemofilia a fost moştenită de descendenţii reginei Victoria a Angliei şi transmisă caselor regale din Spania, Germania şi Rusia. Cu toate că hemofilia este una dintre cele mai comune afecţiuni hemoragice moştenite, nu este totuşi frecventă.

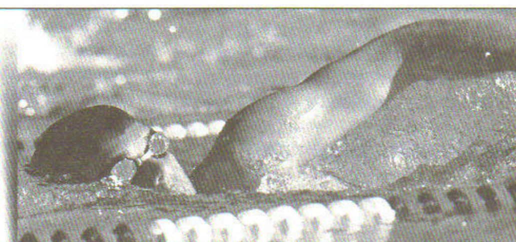
Hemofiliile A si B apar aproape întotdeauna la bărbaţi. În general, hemofiliile A şi B sunt transmise de la mamă la fiu prin intermediul unei gene a mamei. Bărbaţii nu pot transmite gena care produce hemofiliile fiilor lor.

Toată lumea are doi cromozomi sexuali, câte unul de la fiecare părinte. Femeile moştenesc un cromozom X de la mamă şi un cromozom X de la tată. Bărbaţii moştenesc un cromozom X de la mamă şi un cromozom Y de la tată. Gena care produce hemofiliile A şi B este situată la nivelul cromozomului X. Majoritatea femeilor care au gena anormală ce duce la apariţia hemofiliei sunt simple purtătoare. Ele sunt purtătoare ale caracteristicii de hemofilie, dar nu au nici un semn sau simptom de hemofilie. Este, de asemenea, posibil pentru hemofilia A sau B să apară printr-o mutaţie spontană a unei gene.

Deficitul de factor IX (hemofilia C) poate apărea la ambele sexe. Este mai uşoară decât hemofilia A sau B. Gena defectivă care duce la apariţia deficitului de factor IX se

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Fizioterapie și activitatea fizică zilnică ajută la funcționarea mai bună a articulațiilor lezate de hemofilie. Înotul, mersul pe bicicletă și mersul pe jos pot întări musculatura, ajutând astfel la protejarea articulațiilor dumneavoastră. Activitatea fizică regulată vă poate ajuta să evitați o intervenție chirurgicală de înlocuire a articulațiilor afectate sever. Nu vă angajați, însă, în sporturi ce presupun contact fizic. Acestea au un risc înalt de leziune și hemoragie.



poate transmite la copii de către mamă și de tată printr-un patern diferit de cel al hemofilei A si B.

Problemele majore pentru cei cu hemofilie nu sunt leziunile externe, superficiale care pot fi ușor tratate prin compresie și pansare, ci hemoragiile interne necontrolabile. Severitatea sângerării variază de la o persoană la alta. Cele mai severe forme de hemofilie devin în mod tipic aparente clinic precoce. Sângerările severe apar des și chiar spontan, fără o cauză aparentă.

În formele ușoare, hemofilia poate să nu devină aparentă clinic până târziu, iar problemele hemoragice pot apărea doar după intervenție chirurgicală, extracție dentară sau leziuni majore. Deseori, nou-născuții nu prezintă semne de hemofilie, datorită faptului că nu prea se mișcă. În schimb, atunci când copilul dumneavoastră începe să meargă, să cadă și să se lovească de anumite obiecte, apar echimoze imediat. În majoritatea timpului, aceste umflături și echimoze nu sunt periculoase și nu necesită tratament medical.

Diagnostic

Diagnosticul de hemofilie poate fi stabilit în mai multe moduri. În cazul celor cu istoric familial de boală, este posibil controlul fătului pentru a vedea dacă acesta este afectat. Analizarea unei probe sangvine de la copil sau de la adult poate arăta deficitul unuia din factorii de coagulare.

O sângerare prelungită după circumcizie poate fi primul semn de hemofilie la un băiețel. Alteori, la băieții care nu au fost circumciși, diagnosticul poate fi pus prin apariția cu ușurință a vânătăilor între vârstele de 9 și 18 luni, când copilul devine mai mobil. Uneori, hemofilia ușoară nu poate fi diagnosticată până când o persoană nu suferă intervenție chirurgicală cu o sângerare excesivă.

Cât de gravă este hemofilia?

Hemofilia este o boală permanentă. Majoritatea oamenilor cu hemofilie pot duce o viață normală, productivă, cu ajutorul unui tratament medicamentos corect, prin înlocuirea factorilor deficitari ai coagulării și printr-o autoîngrijire corespunzătoare.

În funcție de severitatea hemofiliei, poate fi necesară luarea unor măsuri suplimentare pentru minimalizarea sângerărilor pe parcursul activității fizice sau procedurilor chirurgicale sau stomatologice. Uneori, boala este mai greu controlabilă datorită dezvoltării unor anticorpi împotriva factorilor de coagulare utilizați în tratament.

Fără tratament, hemoragiile recurente în articulații pot produce durere cronică și slăbiciune, și se poate ajunge chiar la distrugerea articulației. Hemoragiile din mușchi și din țesuturile moi pot produce compresie pe nervi, ducând la apariția durerii, rigidității și amorțelilor.

În lipsa tratamentului adecvat, pot apărea chiar distrugere nervoasă permanentă și atrofie musculară. Dacă apar hemoragii la nivelul capului, gâtului sau tractului digestiv, afecțiunea este considerată extrem de serioasă. Este importantă tratarea promptă a unor asemenea episoade.

Dacă doriți să aveți un copil și aveți atât dumneavoastră cât și partenerul hemofilie sau presupuneți că sunteți purtător, există teste prenatale și consiliere genetică, care vă pot ajuta să aflați dacă veți transmite boala copilului.

Tratament

Tratamentul variază în funcție de severitatea bolii. Dacă aveți o hemofilie A ușoară, episoadele de sângerare se pot trata prin injectare lentă într-o venă a desmopresinei (DDAVP). Acest medicament ajută la oprirea hemoragiei prin stimularea eliberării de factor VIII și a vasoconstricției. Uneori, desmopresina (Stimate) se poate administra inhalator intranazal.

Dacă aveți hemofilie B sau mai severa hemofilie A, episoadele hemoragice se pot opri doar după administrarea de derivate de factori ai coagulării de la donatorii umani de sânge sau de produse obținute prin inginerie genetică, numite factori de coagulare recombinați. În cazul deficitului de factor XI sunt utilizate transfuziile de plasmă pentru oprirea episoadelor hemoragice.

Administrarea de factori ai coagulării de 2-3 ori pe săptămână poate preveni sângerările din hemofiliile A și B. Această abordare poate fi o cale de reducere a timpului petrecut în spital, departe de casă, serviciu sau școală și de limitare a efectelor adverse, cum ar fi lezarea articulațiilor. Medicul dumneavoastră vă poate instrui cum să vă administrați singuri desmopresină sau factori de coagulare acasă, la serviciu și la școală.

Purtați o brățară care să avertizeze asupra bolii, astfel încât personalul medical de urgență să fie alertat asupra patologiei pe care o aveți și asupra factorului de coagulare de care aveți nevoie. Nu utilizați medicamente care vă pot agrava sângerarea, cum ar fi aspirina.

Dacă aveți o tăietură sau o zgârietură, sângerarea se poate opri prin compresie și bandajare. În cazul unor zone mici de hemoragie sub piele, utilizați o pungă cu gheață.

Tratament chirurgical

Atunci când hemoragiile interne repetate distrug o articulaţie, medicul dumneavoastră vă poate recomanda înlocuirea caesteia cu o articulaţie artificială.

Boala von Willebrand

Semne şi simptome

- Sângerare la nivelul nasului şi gingiilor
- Sângerare menstruală abundentă şi prelungită
- Apariţia cu uşurinţă a echimozelor, deseori importante şi în zone ale organismului care, în mod normal, nu sunt afectate în timpul activităţii normale – cum ar fi coapsele, braţele în partea lor superioară, spatele, peretele abdominal, toracele, mâinile şi picioarele.
- Apariţia sângelui în materiile fecale, caracterizată prin colorarea acestora în negru, sau sânge în urină.

Această afecţiune hemoragipară cronică este datorată unui defect al factorului coagulării numit von Willebrand. În multe cazuri există şi un deficit de factor VIII al coagulării. În mod normal, aceşti doi factori se combină pentru a forma substanţa activă (complexul) necesar producerii aglutinării trombocitelor la nivelul leziunii vasului sangvin. În boala von Willebrand, atât agregarea plachetară cât şi formarea cheagului sunt alterate.

Boala poartă numele medicului finlandez care a descris-o prima dată în anul 1926. Este cunoscută şi ca pseudohemofilie sau hemofilie vasculară. Boala von Willebrand este cea mai comună afecţiune hemoragică ereditară. Afectează 1% din populaţia SUA, în mod egal femeile şi bărbaţii. În majoritatea cazurilor avem de-a face cu o formă uşoară, numită tipul 1. Tipul 2 produce simptome uşoare până la moderate. Tipul 3, care este cel mai rar, este cel mai sever. Înainte de adolescenţă, un semn cheie este hemoragia nazală, care poate fi suficient de severă pentru a vă face să mergeţi la medic sau la camera de gardă. La femei, fluxul menstrual este abundent şi prelungit, uneori durând săptămâni de zile. Multe femei consideră normal acest lucru, iar boala rămâne nediagnosticată.

Alte semne şi simptome sunt echimozele, sânge în urină sau în materiile fecale, sângerare gingivală şi sângerare în timpul şi după o intervenţie chirurgicală sau o extracţie dentară. Unii prezintă sângerări persistente gastrointestinale sau de tract urinar.

Diagnostic

Pentru diagnostic sunt necesare teste sangvine speciale. Testele includ timpul de sângerare, funcţia plachetară, nivelul de activitate al factorului von Willebrand şi, în unele cazuri, teste pentru factorul VIII

Tratament

Tipul 1 de boală se tratează cu administrarea de desmopresină sub formă de spray nazal (Stimate), în special înainte de o operaţie sau de menstruaţie. Medicamentul stimulează eliberarea de factor von Willebrand şi factor VIII din peretele vasului.

Tipurile 2 şi 3 de boală necesită tratamente mai complicate. Pot fi utilizate transfuzii de plasmă sau crioprecipitat. Crioprecipitatul este un concentrat de factori de coagulare derivat din sângele uman de la donatori.

Dacă aveţi boala von Willebrand, evitaţi medicamentele care vă pot agrava sângerarea, cum ar fi aspirina şi alte medicamente antiinflamatoare nonsteroidiene (AINS), care interferă cu coagularea. Evitaţi şi antihistaminicele, deoarece pot afecta funcţia plachetară.

Singurul mod de prevenire a acestei afecţiuni ereditare este consilierea genetică a viitorilor părinţi care au boala. Dacă sunteţi diagnosticat cu boala von Willebrand, este posibil ca fraţii dumneavoastră, surorile sau copiii să aibe boala. Se poate ca aceştia să dorească o testare şi o consiliere în acest sens.

Coagularea intravasculară diseminată

Semne şi simptome

- Sângerare la multe niveluri ale organismului
- Nici unul în unele cazuri

Semne şi simptome de urgenţă

- Hemoragie severă, mai ales la nivelul traumatismelor sau al inciziilor chirurgicale

Coagularea intravasculară diseminată este o afecţiune hemoragică neereditară, care apare în mod paradoxal, datorită unei coagulări excesive. Apare atunci când factorii coagulării activaţi sunt prezenţi în tot circuitul sangvin în loc să se limiteze la sediul leziunii. Aceşti factori pot produce coagularea sângelui în vasele mici, peste tot în organism.

Datorită utilizării în exces a factorilor coagulării şi a plachetelor prin această coagulare anormală, nu vor mai fi suficienţi factori pentru coagularea cheagurilor la nivelul leziunilor. Organismul reacţionează, de asemenea, prin activarea procesului de distrugere, ducând la apariţia hemoragiilor generalizate.

Cu toate că este rară, boala apare aproape întotdeauna ca o complicaţie a altor afecţiuni grave, incluzând infecţii şi cancere sau după traumatisme şi intervenţii chirurgicale.

Diagnostic

Dacă medicul dumneavoastră vă suspectează de coagulare intravasculară diseminată, va solicita o serie de teste pentru stabilirea diagnosticului.

Cât de gravă este coagularea intravasculară diseminată?

Severitatea acestei afecţiuni variază. Atunci când coagularea intravasculară diseminată apare în cancere sau în alte boli, poate fi cronică. În aceste cazuri puteţi să nu aveţi sângerări spontane şi afecţiunea să fie depistată prin efectuarea unor teste sangvine pentru alte probleme.

Mai frecvent, boala este acută, ducând la apariţia hemoragiilor severe din locuri multiple, cum ar fi inciziile chirurgicale. Cheagurile se pot forma în picioare sau poate apărea un accident vascular cerebral. Rareori, problema este suficient de gravă pentru a produce gangrenă la nivelul degetelor, zona genitală sau nas.

Boala care duce la apariţia coagulării intravasculare diseminate este ameninţătoare de viaţă, dar dacă este tratată cu succes, coagularea diseminată se va opri, de obicei.

Tratament

Singura metodă de abordare cu adevărat eficientă este tratarea cauzei subiacente. Pot fi necesare transfuzii de diferite produse sangvine pentru înlocuirea factorilor coagulării consumaţi prin coagularea diseminată. Tratamentul cu heparină, un medicament care previne coagularea, poate fi necesar dacă se evidenţiază coagularea sau dacă există o hemoragie continuă în ciuda transfuziilor de produşi de sânge.

Trombocitopenia

Semne şi simptome

- Echimoze apărute cu uşurinţă sau exagerate
- Purpură cutanată, de obicei la nivelul gambelor
- Sângerare prelungită după tăieturi
- Sângerare spontană de la nivelul gingiilor sau nasului
- Sânge în urină sau în materiile fecale
- Flux menstrual abundent
- Sângerare în timpul intervenţiilor chirurgicale

Semne şi simptome de urgenţă

- Sângerare severă sau difuză, incluzând hemoragiile cerebrale şi de la nivelul tractului digestiv

Măduva dumneavoastră osoasă produce zilnic noi plachete. Fiecare plachetă trăieşte doar în jur de 10 zile. La un moment dat, trebuie să aveţi 150 000- 450 000 de plachete pe milimetru cub de sânge circulant. Trombocitopenia înseamnă scăderea numărului de plachete în sânge. Afecţiunea este deseori asimptomatică, dar se poate asocia cu sângerare.

Cauzele trombocitopeniei includ:

- Scăderea producţiei de plachete din măduva osoasă
- Distrugerea prematură a plachetelor de către sistemul imun
- Sechestrarea plachetelor în splină, organ care filtrează sângele

Uneori, trombocitopenia uşoară este o problemă care se corectează de la sine. O analiză sangvină de rutină arată că aveţi un număr scăzut de plachete chiar dacă nu aţi prezentat simptome. Alte forme mai grave de boală necesită tratament.

Una din formele care necesită tratament este purpura trombocitopenică idiopatică (PTI). Această afecţiune apare atunci când sistemul imun funcţionează prost, anticorpii atacând plachetele sănătoase. Poate fi legată de o boală autoimună ce apare după o infecţie recentă sau după administrarea anumitor medicamente. PTI apare mai frecvent la copii şi la adulţii tineri, dar poate apărea la orice vârstă. Afectează în general, mai mult femei decât bărbaţi.

Purpura trombotică trombocitopenică este o afecţiune rară, periculoasă, în care se produce o scădere bruscă şi severă a numărului de plachete. Această scădere apare când plachetele sunt atrase în structura unor trombi mici care se formează brusc oriunde în organism. Trombii vă pot creşte riscul apariţiei simptomelor de accident vascular. Există câteva medicamente anticoagulante care sunt legate de această afecţiune.

Trombocitopenia poate fi produsă de un număr de boli, cum ar fi lupusul eritematos, limfomul, leucemia limfatică cronică, sarcoidoză, cancer ovarian şi infecţii virale. Boala poate fi produsă de o infecţie severă contractată după o transfuzie sau după anumite medicamente. Medicamentele care pot produce trombocitopenie includ heparina, chinidina, sulfonamidele, procainamida, rifampicina şi majoritatea medicamentelor chimioterapice.

Diagnostic

Medicul dumneavoastră va face o numărătoare de trombocite şi vă va examina o probă de sânge la microscop pentru a descoperi o trombocitopenie. Poate solicita efectuarea de teste sangvine speciale şi o examinare a măduvei osoase pentru determinarea cauzei.

Cât de gravă este trombocitopenia?

Gravitatea trombocitopeniei depinde de cauza ei. Trombocitopenia se poate uneori rezolva fără tratament, mai ales la copii. În aceste cazuri, măduva osoasă poate compensa scăderea duratei de viaţă a plachetelor prin producerea unui număr crescut de elemente noi până când cauza iniţială dispare. Plachetele tinere sunt foarte active în coagulare, astfel încât puteţi să nu prezentaţi semne de sângerare şi să nu fie necesar tratament, chiar dacă aveţi o concentraţie scăzută de plachete.

PTI la adulţi este deseori cronică. Poate varia ca severitate în timp şi poate chiar prezenta recăderi după o aparentă remisiune completă. Din fericire, cele mai grave complicaţii, cum ar fi hemoragiile cerebrale şi cele de la nivelul tractului digestiv, apar foarte rar.

Tratament

Uneori, nu este necesar tratamentul. În cazul în care se cunoaşte cauza trombocitopeniei, tratarea cauzei subiacente sau întreruperea utilizării medicamentului incriminat pot fi suficiente.

Tratament medicamentos

Rareori, medicul poate administra trombopoietină, un hormon care stimulează producţia de plachete.

În cazul purpurei trombocitopenice idiopatice, tratamentul poate include medicamente care inhibă sau alterează răspunsul imun, cum ar fi un corticosteroid sau terapia intravenoasă cu imunoglobuline.

Tratament chirurgical

Uneori, este necesară scoaterea splinei (splenectomia) pentru îndepărtarea simptomelor sau pentru a ajuta la vindecarea PTI cronică ce nu răspunde la corticosteroizi. Splina distruge plachetele ce sunt atacate de anticorpi.

Transfuziile sangvine

În cazul sângerărilor severe, sângele pierdut este înlocuit prin transfuzii de masă eritrocitară. Concentratul trombocitar se administrează doar pentru tratarea trombocitopeniilor severe, în mod particular celor legate de cancer sau chimioterapie.

Trombozele

Tromboza apare atunci când se formează un cheag de sânge într-o venă sau într-o arteră. Un cheag de sânge care rămâne într-o venă se numeşte tromb, iar afecţiunea tromboză venoasă. Uneori, cheagurile

care rămân pe loc nu produc simptome, dar deseori produc durere localizată și edemațiere. Unii oameni au o tendință de apariție spontană a cheagurilor sangvine, afecțiune numită trombofilie sau status de hipercoagulabilitate.

Un cheag de sânge este format dintr-un dop de plachete, celule sangvine incolore care repară vasele sangvine lezate, prinzându-se într-o rețea de hematii și a unei proteine numită fibrină. Cheagul este produsul final al unui proces complex care ajută la oprirea sângerării după ce v-ați lezat. Uneori, însă, cheagurile apar fără motiv.

Majoritatea acestor cheaguri nedorite au originea într-o venă de la nivelul piciorului sau pelvisului. Vena afectată poate fi localizată în apropiere de suprafața pielii (tromboză superficială) sau profund, în mușchi (tromboză venoasă profundă).

Cheagurile de la nivelul unei vene superficiale reprezintă rareori o problemă importantă și se vindecă deseori de la sine. Cheagurile din venele profunde însă se pot desprinde și călători prin sânge într-o altă parte a organismului. Un cheag care pleacă într-o altă parte a organismului se numeste embol. Un cheag poate migra în plămâni, producând o embolie pulmonară sau în creier, producând un accident vascular cerebral.

Factori de risc

Factorii care vă cresc riscul de tromboză venoasă profundă pot fi moșteniți sau dobândiți.

Factorii de risc moșteniți

Factorii de risc ereditari includ deficitele substanțelor naturale anticoagulante și creșterea nivelurilor de factori ai coagulării (procoagulante) în sânge.

- *Rezistența la proteina C activată.* Factorul V este o proteină importantă în formarea cheagurilor sangvine (proteină procoagulantă). În scopul controlării activității sale coagulante, acesta este distrus de o proteină numită proteina C. Atunci când factorul V rezistă acestui proces sau când proteina C este inactivată, afecțiunea se numește rezistență la proteina C activată sau factor V Leiden.
  Această anomalie apare la până la 7% din populația albă, fiind cel mai frecvent factor de risc moștenit pentru tromboza venoasă profundă la acest grup de oameni. Între cei care au tromboză, 20% au rezistență la proteina C.
- *Deficitele de proteine anticoagulante.* Deficitele moștenite a 2 proteine naturale numite proteina C și S, și de antitrombină, care previn coagularea sângelui, pot crește riscul de tromboză venoasă profundă. Aceste deficite sunt răspunzătoare în total de mai puțin de 10% din tromboze.
- *Anomalia genei pentru protombină.* Această afecțiune moștenită este găsită la până la 6% dintre cei cu tromboză venoasă profundă. Este găsită, de asemenea, la până la 2% din populația albă fără tromboze.

Pacienții cu tromboză venoasă profundă sunt tratați cu medicamente anticoagulante pentru prevenirea formării cheagurilor sangvine. Durata utilizării acestor medicamente depinde de tipul anomaliei ereditare pe care o aveți.

Factori de risc dobândiți

Problemele medicale și stilul de viață care pot crește riscul de tromboză venoasă includ:

- *Anumite tipuri de cancer.* Cancerele (pancreatic, ovarian și pulmonar, în mod particular), sunt cunoscute că produc o creștere a nivelurilor de factori ai coagulării. Unele studii arată că femeile la menopauză care au un istoric de cancer de sân pentru care au luat tamoxifen au un risc crescut de tromboze.
- *Utilizarea estrogenilor.* Hormonii estrogeni feminini din compoziția anticoncepționalelor și terapia hormonală de substituție pot crește concentrația de factori de coagulare în sânge, mai ales când se asociază cu fumatul.
- *Sarcina.* Femeile au un risc crescut pe perioada gravidității și în perioada imediat următoare nașterii, posibil datorită presiunii suplimentare exercitate asupra venelor de la nivelul picioarelor și pelvisului. Migrarea unui cheag într-o arteră pulmonară (embolie pulmonară) este cea mai frecventă cauză de moarte maternă la naștere. Multe dintre femeile care au trombembolism legat de sarcină, au și o afecțiune moștenită de coagulare.
- *Perioade lungi de inactivitate.* Lipsa activității pe perioade prelungite de repaus la pat sau din timpul călătoriilor lungi cu avionul sau cu mașina, poate reduce fluxul sangvin, ducând la acumularea sângelui în venele picioarelor și crescând riscul de coagulare. Scaunele de avion fixe și cu spațiu redus pentru picioare au contribuit la creșterea frecvenței trombozelor venoase profunde – atât de mult încât se vorbește despre un sindrom al clasei economic. În plus, cei imobilizați după o intervenție chirurgicală, un infarct miocardic sau un traumatism sever, au risc crescut de apariție a cheagurilor sangvine în comparație cu cei care sunt capabili să se ridice și să meargă. Cea mai mare incidență a emboliei pulmonare se întâlnește la pacienții spitalizați.
- *Anumite afecțiuni medicale.* Oamenii cu afecțiuni cardiovasculare asociate cu formarea localizată de cheaguri, cum ar fi infarctul miocardic sau accidentul vascular, au un risc mai mare de tromboze venoase.
- *Leziuni ale venelor.* Acestea pot apărea pe parcursul anumitor intervenții chirurgicale, mai ales în chirurgia șoldului sau de înlocuire a genunchiului. Pot apărea de asemenea, după fracturi ale piciorului sau ale pelvisului. În fine, o leziune traumatică a piciorului poate produce și o leziune a venelor, ducând la apariția ulterioară a trombozei.
- *Obezitatea.* Cercetătorii nu sunt siguri de ce excesul ponderal crește riscul apariției cheagurilor sangvine. Una dintre teorii susține că nivelurile crescute de estrogeni depozitate în țesutul gras contribuie la apariția cheagurilor sangvine la unele femei.
- *Sindromul antifosfolipidic.* Prezența anticorpilor anticardiolipinici vă predispune la apariția cheagurilor sangvine venoase sau arteriale. Cheagurile pot apărea

fără o cauză aparentă sau asociate unor boli ca lupusul eritematos sistemic. În afară de creşterea riscului de tromboze, sindromul antifosfolipidic se asociază cu complicaţii obstetricale, accidente vasculare şi cu alte afecţiuni sangvine, cum ar fi distrugerea autoimună a celulelor roşii sangvine sau a plachetelor.

Factori de risc combinaţi

Factorii de risc ereditari pentru trombozele venoase sunt prezenţi în populaţia generală. Totuşi, doar anumiţi oameni cu aceste anomalii dezvoltă tromboze venoase. Asocierea unui factor de risc ereditar şi a unui factor de risc dobândit, cum ar fi lezarea venelor după o intervenţie chirurgicală, vă poate creşte riscul general de tromboză venoasă.

Dacă aveţi un istoric familial de formare excesivă de cheaguri, puteţi discuta cu medicul dumneavoastră despre măsurile preventive ce trebuie luate în timpul situaţiilor cu risc crescut, cum ar fi chirurgia ortopedică sau călătoriile. Anumiţi factori de risc moşteniţi şi dobândiţi pentru tromboza venoasă pot de asemenea duce la apariţia unor probleme în sarcină, cum ar fi travaliul prematur, întârziere de creştere fetală sau avorturi spontane recurente.

Sunt disponibile teste care vă diagnostichează anumite afecţiuni genetice care determină formarea excesivă de cheaguri, dar argumentele pro şi contra efectuării lor trebuie atent cântărite. Cu toate că testarea vă poate avertiza asupra riscului, poate duce la dificultăţi în scopul obţinerii stării de sănătate şi la nesiguranţă în viaţă

Tratament

Cei cu tromboze venoase sunt trataţi în general cu anticoagulante (pentru subţierea sângelui), cum ar fi warfarina (Coumadin) sau heparina care ajută la oprirea formării cheagurilor.

Durata exactă a tratamentului depinde de situaţie. Dacă aveţi o afecţiune cronică ce vă creşte riscul de formare recurentă a cheagurilor şi de embolie pulmonară, puteţi să luaţi aceste medicamente pentru tot restul vieţii. În general, totuşi, veţi lua doar pentru o perioadă medicaţie, de obicei 3 până la 6 luni, pentru tratamentul trombozei profunde.

Ca în cazul tuturor medicamentelor, beneficiile anticoagulantelor în prevenirea apariţiei cheagurilor trebuie atent cântărite faţă de riscuri. Anticoagulantele vă cresc riscul de complicaţii hemoragice. Multe dintre aceste complicaţii sunt minore, cum ar fi sângerările gingivale, dar unele hemoragii pot fi severe şi periculoase.

Oamenii care iau warfarină sunt evaluaţi periodic pentru verificarea corectitudinii dozei: o doză prea mare poate duce la hemoragii, iar o doză prea mică nu este suficientă în prevenirea formării cheagurilor.

Evitaţi utilizarea aspirinei şi a altor antinflamatoare nonsteroidiene (AINS), cum ar fi ibuprofenul (Advil, Motrin etc.) pe perioada tratamentului anticoagulant. Aceste medicamente vă afectează şi capacitatea plachetelor de a forma cheaguri, iar în combinaţie cu warfarina sau heparina vă pot creşte riscul de hemoragie.

Datorită faptului că peste 100 de alte medicamente, incluzând preparatele eliberate fără reţetă şi plantele, pot interacţiona cu anticoagulantele, spuneţi medicului dumneavoastră ce tratament urmaţi, chiar în cazul suplimentelor şi a produselor eliberate fără prescripţie din farmacii.

Trasfuziile şi transplantele

Se utilizează o varietate de tratamente în cazul afecţiunilor sangvine. Două dintre cele mai frecvente forme de tratament sunt transfuziile sangvine şi transplantul de celule stem.

Transfuziile sangvine

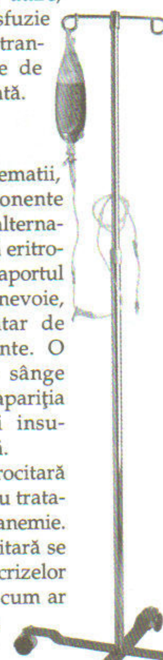
Transfuziile sangvine sunt adesea o componentă necesară a tratamentului celor cu anumite afecţiuni sangvine. Transfuziile cresc capacitatea sângelui de a transporta oxigenul, cresc imunitatea şi timpul de coagulare. Transfuziile sunt utilizate şi pentru înlocuirea pierderilor sangvine după un accident sau după o intervenţie chirurgicală. În fiecare an, peste 4 milioane americani primesc transfuzii sangvine.

În cadrul unei transfuzii, se administrează în circuitul sangvin fie sânge total (celule sangvine plus plasmă), fie o componentă sangvină. Sângele utilizat pentru transfuzii este compatibil cu tipul dumneavoastră sangvin şi se administrează printr-o linie intravenoasă (iv)

Tipuri

Există diverse produse sangvine ce pot fi transfuzate. Acestea includ masa eritrocitară, plasma proaspătă congelată, crioprecipitatul, concentratul de factori de coagulare, masa granulocitară (un tip de leucocite sangvine) şi plachete.

Atunci când sângele recoltat este păstrat şi infuzat ca atare, procesul se numeşte transfuzie de sânge total. Tipul de transfuzie administrat depinde de afecţiunea care trebuie tratată.



Masa eritrocitară

Dacă aveţi un deficit de hematii, nu şi al celorlalte componente sangvine, cea mai bună alternativă este transfuzia de masă eritrocitară. Aceasta asigură doar aportul de hematii de care aveţi nevoie, fără un volum suplimentar de sânge din alte componente. O cantitate prea mare de sânge circulant poate duce la apariţia complicaţiilor, cum ar fi insuficienţa cardiacă congestivă.

Transfuziile de masă eritrocitară sunt deseori utilizate pentru tratamentul diferitelor tipuri de anemie. De asemenea, masa eritrocitară se poate administra în timpul crizelor acute de anemii ereditare, cum ar fi siclemia, talasemia sau deficitul de glucozo-6-fosfatdehidrogenază.

Hematiile pot fi păstrate într-o suspensie lichidiană pentru maxim 6 săptămâni. Concentratul eritrocitar congelat poate fi păstrat până la 10 ani.

Transfuziile autologe

Cel mai sigur pentru dumneavoastră este să primiţi propriul sânge. Sistemul dumneavoastră imun nu va considera ca străin propriul sânge şi nu aveţi riscul să vă infectaţi în plus faţă de ceea ce aveţi. Transfuzarea sângelui propriu, cunoscută şi ca transfuzie autologă, a devenit mai frecventă.

În cazuri de urgenţă trebuie să vă bazaţi pe transfuziile de la donatori la întâmplare, exceptând cazurile în care vă aflaţi într-un centru medical care dispune de posibilitatea recuperării sângelui ce se pierde în timpul intervenţiei chirurgicale.

Totuşi, dacă medicul dumneavoastră planifică o intervenţie chirurgicală, întrebaţi-l dacă puteţi să vă donaţi propriul sânge în timp. De regulă, veţi dona sânge pe o perioadă de câteva săptămâni înainte de operaţie. Sângele dumneavoastră va fi depozitat şi utilizat, dacă este nevoie, pentru înlocuirea sângelui pe care îl pierdeţi în timpul operaţiei.

Poate fi mai scump să primiţi propriul sânge în comparaţie cu sângele de la donatori randomizaţi. Motivul este munca suplimentară necesară etichetării speciale a propriului sânge, depozitării separate şi administrării la momentul potrivit. Totuşi, mulţi consideră că merită costul suplimentar. În cazul în care din anumite motive nu puteţi să vă donaţi sângele, se va alege de la banca de sânge un donator al cărui sânge ar trebui să nu producă reacţii adverse. În timpul intervenţiei chirurgicale există posibilitatea recuperării sângelui pierdut şi administrarea lui pacientului. În cazul acestui procedeu cunoscut ca transfuzie autologă intraoperatorie, chirurgii recuperează celulele sangvine din plagă în timp ce operează. Celulele sunt separate de detritusurile din plagă şi apoi administrate pacientului.

Datorită faptului că vor exista întotdeauna situaţii în care este imposibilă utilizarea propriului sânge, creşterea ratei transfuziilor autologe nu elimină necesitatea existenţei donatorilor de sânge.

Plasma proaspătă congelată

Plasma proaspătă congelată este utilizată pentru tratamentul anomaliilor coagulării, incluzând şi formele uşoare de hemofilie şi de boală von Willebrand, precum şi a arsurilor. Acest produs sangvin poate fi depozitat congelat timp de un an.

Crioprecipitatul

Cei care au deficite ale anumitor factori de coagulare primesc uneori crioprecipitat, un produs de plasmă care conţine anumiţi factori. Este utilizat în tratamentul hemofiliei, bolii von Willebrand şi a altor anomalii de coagulare.

Concentratele de factori de coagulare sunt preparate uscate şi îngheţate de factori de coagulare specifici din plasmă. Înainte de a fi transfuzat concentratul trebuie reconstituit. Este utilizat pentru tratamentul anumitor afecţiuni, cum ar fi hemofilia.

Masa granulocitară

Transfuziile de granulocite pot fi utilizate pentru tratarea sepsisului neonatal sever, o infecţie răspândită în întreg organismul. Totuşi, aceste transfuzii sunt rareori necesare datorită disponibilităţii antibioticelor. Granulocitele pot fi depozitate doar pentru câteva ore.

Plachetele

Transfuziile de plachete sunt utilizate pentru controlul sângerărilor la cei care au anumite anomalii sangvine. Producţia de plachete poate fi inhibată la cei care fac chimioterapie sau radioterapie pentru tratarea unor afecţiuni ca leucemia, limfomul, sau care au trombocitopenie. Aceşti pacienţi primesc uneori transfuzii de plachete. Plachetele pot fi depozitate doar pentru 5 zile înainte de a deveni inactive

Grupele sangvine

Atunci când este necesară o transfuzie nu se poate administra orice sânge. Grupa dumneavoastră sangvină va dicta asupra tipului de sânge pe care îl primiţi.

Grupele sangvine au fost descoperite în jurul anilor 1900, atunci când s-a constatat că sângele colectat pentru transfuzii era compatibil la unii primitori, dar la alţii nu. S-a dovedit că fiecare persoană formează spontan anticorpi împotriva proteinelor specifice (antigene) care lipsesc de pe celulele roşii sangvine proprii. Dacă primiţi sânge care conţine proteine diferite faţă de cele din sângele dumneavoastră, anticorpii pe care îi aveţi atacă celulele din sângele transfuzat.

Grupele sangvine au la bază proteine (antigene) purtate de hematii. Ca şi alte caracteristici fizice, antigenele specifice din sângele dumneavoastră sunt determinate de gene moştenite de la părinţi.

Există 4 grupe majore de sânge: A, B, AB şi 0. Fiecare dintre acestea se împarte în două tipuri Rhesus (Rh), pozitive şi negative. Cea mai frecventă grupă de sânge în SUA este 0 pozitiv, urmată de A pozitiv, B pozitiv, 0 negativ, A negativ, AB pozitiv, B negativ şi AB negativ. Dacă aveţi grupul A de sânge, hematiile dumneavoastră sunt învelite de antigene A, iar în plasmă apar anticorpi anti B. Dacă aveţi grupul B de sânge, aveţi antigene B şi anticorpi antiA: Tipul sangvin AB are ambele antigene, A şi B, iar tipul 0 nu are nici unul.

În majoritatea cazurilor trebuie utilizat pentru transfuzii acelaşi tip de sânge pe care îl aveţi. De exemplu, dacă aveţi grupul A pozitiv, trebuie să primiţi sânge A pozitiv. Totuşi, tipul 0 negativ poate fi utilizat în urgenţe la orice persoană.

Dacă aveţi sânge Rh negativ, hematiile dumneavoastră nu au un antigen numit factor Rhesus (Rh). Dacă aveţi Rh-pozitiv, prezentaţi antigenul.

Femeile pot dezvolta anticorpi anti-Rh după expunerea la sânge Rh-pozitiv în momentul primei sarcini. Expunerea ulterioară la sânge Rh-pozitiv poate duce la complicaţii serioase şi chiar la deces. Pentru a evita aceste riscuri, tipul Rh se determină de

Securitatea transfuzională

Ce este mai sigur? Să vă urcaţi în maşină şi să conduceţi până la piaţă sau să primiţi o transfuzie? O transfuzie este de departe mai sigură.

Gravitatea epidemiei SIDA a produs modificări semnificative în modul de donare, testare şi transfuzie a sângelui. Drept urmare, rezerva naţională de sânge este mai sigură decât în trecut.

- Băncile de sânge sunt reglementate cu atenţie. Toate băncile de sânge din SUA sunt reglementate de Food and Drug Administration (FDA).
- Potenţialii donatori sunt aleşi cu atenţie. Donatorii trebuie să prezinte un istoric medical scris care include întrebări directe asupra tipurilor de comportament care pot duce la un risc mai mare de infecţii transmisibile pe cale sangvină. Aceştia poartă de asemenea discuţii cu personalul de instructaj pentru protecţia muncii asupra importanţei securităţii transfuzionale şi a factorilor de risc care compromit acest scop.
- Tot sângele donat este testat complet. Se utilizează un test cu sensibilitate crescută pentru pentru virusul imunodeficienţei umane (HIV) pentru examinarea tuturor donatorilor. Se fac, de asemenea, teste de screening pentru verificarea prezenţei virusurilor hepatitice, virusurilor umane ale limfocitelor T şi sifilisului.

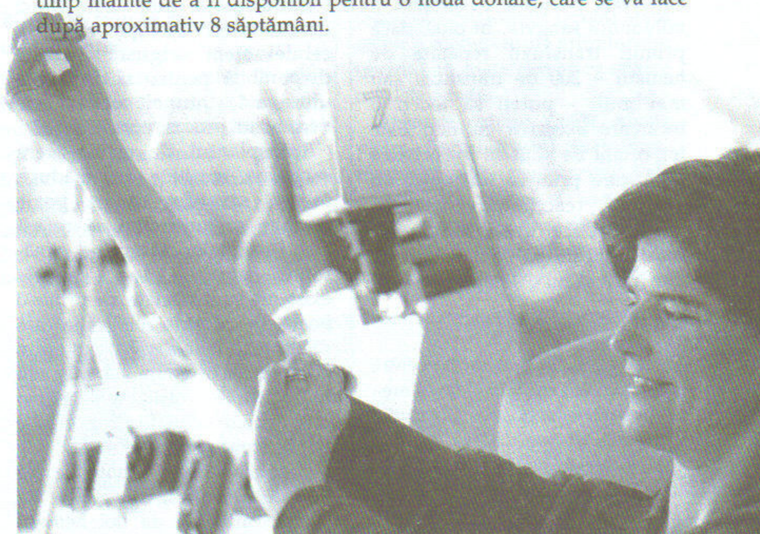
Cercetătorii continuă să caute metode de sterilizare a diferitelor componente sangvine. Anumite tehnici au fost incluse în studii clinice, dar nu au primit aprobarea FDA.

Donarea de sânge

Indivizii cu vârsta peste 18 ani şi cu greutate mai mare de 50 kg pot fi aleşi pentru a fi donatori de sânge. Totuşi, prezenţa anumitor boli transmisibile poate să vă excludă dintre donatorii de sânge. Acestea includ hepatitele şi virusul imunodeficienţei umane (HIV). În plus, nu donaţi sânge când credeţi că aveţi o infecţie. Adresaţi-vă medicului.

Atunci când doriţi să donaţi sânge, personalul instruit vă va preleva o probă de sânge pentru a verifica dacă aveţi o hemoglobină corespunzătoare, componenta sangvină ce transportă oxigenul. Veţi fi întrebat şi despre starea dumneavoastră de sănătate şi vi se vor controla ritmul cardiac, tensiunea arterială şi temperatura. Dacă aveţi o stare de sănătate bună şi o concentraţie normală a hemoglobinei, personalul specializat vă va recolta o probă de sânge dintr-o venă a braţului.

Donarea de sânge este rapidă şi, în general, produce o durere mică sau este nedureroasă. Este, de asemenea, sigură. Pentru fiecare donator se utilizează un echipament nou, steril. De aceea, nu există riscul contractării unei boli transmisibile atunci când donaţi sânge. Volumul mediu de sânge din organism este de 5-6 litri la bărbaţi şi 4-4,5 litri la femei. Cantitatea de sânge donată în cadrul unei şedinţe este de 500 ml. Dacă sunteţi un adult sănătos, puteţi să donaţi această cantitate fără a vă fi afectată starea generală de sănătate. Într-un interval de câteva ore, organismul dumneavoastră va înlocui volumul de sânge pierdut. Cantitatea de hematii va reveni la normal cu mult timp înainte de a fi disponibil pentru o nouă donare, care se va face după aproximativ 8 săptămâni.



rutină înainte de transfuzii şi trebuie utilizat sânge cu acelaşi Rh.

Există multe alte subgrupuri sangvine minore care pot deveni importante în anumite situaţii, cum ar fi transfuziile multiple sau transplantul de organ.

Riscuri

Transfuziile sangvine sunt în general sigure, dar există riscuri. Acestea includ:

Reacţii date de anticorpi

Înainte de a primi o transfuzie de sânge, la centrul de transfuzii se va verifica compatibilitatea sangvină, amestecându-vă o probă de sânge de la donator cu una de la dumneavoastră - proces numit crossmatching.

În ciuda acestor precauţii, este posibil să aveţi anticorpi împotriva hematiilor, leucocitelor sau plachetelor donatorului. Aceasta poate duce la o reacţie imună care poate produce o varietate de semne şi simptome, incluzând tremurături, frisoane, febră, urticarie, wheezing şi dispnee, durere toracică, durere joasă de spate, urină roşiatică, greaţă şi durere de-a lungul venei pe care se face transfuzia. Rareori, apar şocul, insuficienţa renală sau coagulare intravasculară diseminată. Dar acestea pot fi letale.

Riscul de a prezenta asemenea reacţii imune este crescut dacă aţi primit în antecedente multiple transfuzii. Expunerea la antigene

sangvine de la mai mulți donatori poate duce la apariția anticorpilor împotriva grupelor sangvine minore.

Boli transmisibile

Cu toate că riscul contractării unei boli transmisibile printr-o transfuzie a fost diminuat, aceasta rămâne întotdeauna o posibilitate. Toți donatorii de sânge sunt aleși, iar sângele donat este testat pentru prezența virusurilor, cum ar fi virusul imunodeficienței umane (HIV), virusurile hepatitice și virusul uman al limfocitelor T. Au apărut metode de sterilizare a componentelor sangvine care sunt testate prin studii clinice. Aceste metode pot crește siguranța în viitor.

Alte reacții

Sunt posibile și alte reacții adverse la transfuzii. De exemplu, dacă aveți probleme cardiace, puteți să suportați cu greu o creștere a volumului sangvin. În plus, dacă primiți transfuzii repetate de hematii – 200 de transfuzii sau mai mult - puteți să faceți o încărcare excesivă cu fier. Este important de știut că majoritatea celor care primesc transfuzii nu prezintă reacții adverse sau infecții. Dacă aveți nevoie de transfuzie, nu vă speriați așa de tare încât să nu o acceptați.

Produse viitoare

Cercetătorii din mai multe centre medicale lucrează la dezvoltarea produselor sintetice de substituție sangvină. Există câteva motive pentru aceste eforturi. Produsele sintetice pot ajuta la prevenirea complicațiilor transfuziilor, cum ar fi infecția și reacțiile imunologice și previn apariția lipsei sângelui de la centrele de transfuzii. Aceste substanțe sunt încă experimentale. În plus, deși au fost concepute să transporte oxigenul, nu pot îndeplini alte funcții importante ale sângelui.



Transplantul de celule stem

Transplantul de celule stem oferă o speranță celor cu anumite afecțiuni sangvine sau ale măduvei osoase, incluzând anemia, leucemia, limfomul și mielomul multiplu.

Celulele stem produc toate tipurile diferite de celule și țesuturi care intră în structura organismului. Atunci când o celulă stem se divide, una dintre celulele care rezultă se specializează – formează anumite tipuri de celule în organism, cum ar fi celulele sangvine, cardiace sau cerebrale. Cealaltă celulă care apare după diviziune este o copie exactă a celulei stem originale și este disponibilă pentru o diviziune ulterioară, atunci când este necesar un proces reparator.

Transplantul de celule stem sangvine, recoltate din măduva osoasă sau din sânge, poate permite organismului să refacă ciclul celulelor sangvine sănătoase, atunci când celulele existente sunt afectate, fie printr-o boală, fie printr-o medicație care să trateze boala. De exemplu, dozele mari de chimioterapice sau radioterapie utilizate pentru distrugerea celulelor canceroase pot distruge și celulele stem.

Celulele stem sănătoase ce produc celule sangvine generează 200 de miliarde de noi hematii transportatoare de oxigen, necesare zilnic organismului dumneavoastră, precum și celulele care luptă contra infecțiilor și plachetelor care ajută la oprirea sângerării. Celulele sangvine pot fi extrase din măduva osoasă sau din sânge, fie de la un donator, fie de la un individ care nu are nevoie de ele.

Atunci când se tratează afecțiunile sangvine, măduva osoasă este utilizată în mod clasic ca o sursă de celule stem producătoare de celule sangvine. Acest material spongios aflat în interiorul anumitor oase produce majoritatea celulelor stem. După chimioterapie și radioterapie utilizate pentru tratarea cancerului, măduva osoasă se transplantează la un pacient care primește tratament. Transplantul de măduvă osoasă se efectuează cu succes de mai mult de 30 de ani.

Mai frecvent, se utilizează ca sursă de celule stem pentru transplant sângele decât măduva osoasă. La începutul anilor '80, cercetătorii au descoperit că celulele stem circulă prin sânge. Aceste celule se numesc celule stem sangvine periferice. Ele sunt insuficiente în circuitul sangvin, dar există medicamente care stimulează măduva osoasă să elibereze un număr mai mare de astfel de celule în sânge.

Utilizarea celulelor stem din sângele periferic este mai sigură în comparație cu utilizarea celulelor din măduva osoasă, în mod particular la adulții vârstnici. Acest procedeu se numește transplant de celule stem sangvine periferice.

Tipuri

Un transplant de celule stem poate fi efectuat în diverse moduri:

Singenic

În cazul unui transplant singenic, donatorul este fratele geamăn identic al primitorului celulelor stem. Acesta are același genotip, astfel încât nu există riscul unei reacții severe la primitor. Totuși, există puțini oameni care au un frate geamăn identic.

Alogenic

În cazul acestui tip de transplant, donatorul este, preferabil, un părinte sau o rudă a primitorului. Se efectuează un test de determinare a antigenelor limfocitare (testul HLA) pentru a vedea dacă există o potrivire HLA în scopul stabilirii compatibilității cu potențialul donator de celule stem.

Prin acest test se examinează 6 proteine aflate pe suprafața leucocitelor și a majorității celorlalte celule. Posibilitatea existenței unei potriviri HLA cu un donator este de circa 25% dacă aveți două rude

de sânge, dar creşte la 75% în situaţia în care aveţi şase rude de sânge.

În cazul în care nu există o potrivire HLA cu o rudă, se alege un donator neînrudit care are un HLA identic sau aproape identic cu primitorul. În SUA există Banca Naţională a Măduvei Osoase, ce are ca scop găsirea donatorilor de măduvă osoasă corespunzători din punct de vedere HLA.

Autolog

Transplantul autolog este deseori utilizat la cei care au cancer. În cazul unui transplant autolog de celule stem, acestea se recoltează de la persoana cu cancer şi se depozitează pentru a fi ulterior transplantate. Celulele depozitate sunt transplantate pacientului după ce acesta a primit un tratament cu doze mari de chimio- şi radioterapie, care pot distruge celulele stem. Nu există riscul de rejet, deoarece pacientul primeşte celulele proprii.

Metoda

Primul pas în efectuarea transplantului este recoltarea celulelor stem. Procedeul diferă în funcţie de sursa de celule aleasă, fie sângele, fie măduva osoasă. În cazul alegerii sângelui, se administrează injectabil factor de creştere, asociat cu un chimioterapic, în scopul mobilizării celulelor stem din măduvă în circuitul sangvin.

Se efectuează teste sangvine care determină dacă au fost mobilizate suficiente celule stem. Celulele sunt apoi recoltate dintr-o venă – cam ca atunci când se donează sânge – utilizându-se un aparat de afereză. Acest aparat separă sângele în diversele sale componente şi se recuperează doar părţile necesare. Celelalte componente sunt reintroduse în organism.

Atunci când se alege măduva osoasă ca sursă de celule, se face anestezie generală şi se recoltează măduvă de la nivelul osului iliac. Acest lucru presupune efectuarea de incizii mici la nivelul pielii, deasupra osului iliac şi introducerea unui ac mare, care scoate măduva din os. Procedeul durează aproximativ o oră.

Tipic, următorul pas este administrarea chimioterapiei, asociată sau nu radioterapiei pentru distrugerea celulelor canceroase. Urmează apoi pregătirea primitorului măduvei osoase pentru acceptarea celulelor stem transplantate. În sfârşit, celulele stem recoltate sunt injectate printr-o venă a primitorului. Celulele migrează prin circuitul sangvin până când ajung la nivelul măduvei osoase, unde, în aproximativ 2-3 săptămâni, vor produce noi celule.

În cazul transplantelor singenic şi alogenic de celule stem, acestea sunt în general recoltate de la donator şi injectate primitorului în aceeaşi zi. În cazul transplantului autolog, celule stem sunt recoltate şi îngheţate. Aceste celule se pot păstra îngheţate luni şi ani de zile – până când pacientul a terminat tratamentul.

Bolile în care se practică transplantul

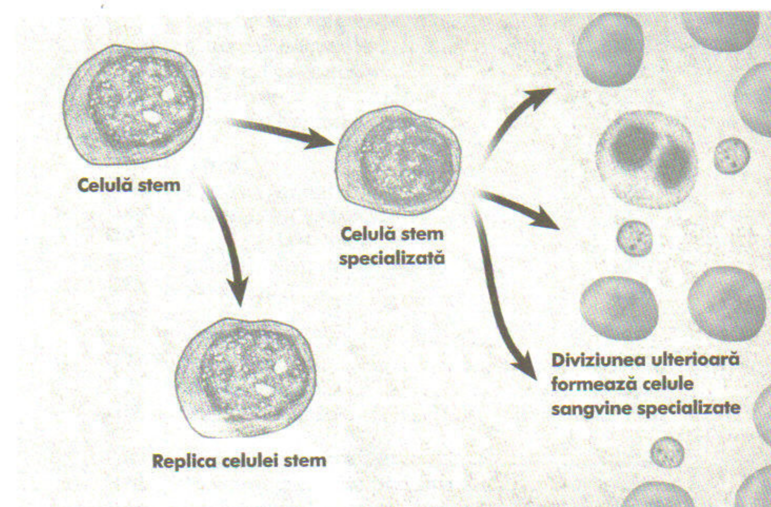
Cele mai bune rezultate ale transplantelor singenic şi alogenic au fost obţinute în cazul anemiei aplastice severe, leucemiei granulocitare cronice şi leucemiei acute nonlimfocitare. Studiile clinice evaluează utilizarea transplantului de celule stem pentru tratarea leucemiei acute nonlimfocitare în remisie, limfomului în remisie şi neuroblastomului în remisie.

În cazul transplantului autolog, cele mai bune rezultate au fost obţinute în tratarea bolii Hodgkin şi a limfomului nonhodgkinian. Studiile sugerează că cei care răspund la chimioterapie sau care au o remisie completă după chimioterapia efectuată pentru o recădere sunt cei mai buni candidaţi pentru această metodă terapeutică. Rolul transplantului celulelor stem în cancerul de sân, cancerul ovarian şi alte tumori solide nu este bine stabilit.

Riscuri

Cauza majoră de toxicitate şi deces în cazul transplantului de celule stem este reacţia grefei contra gazdei (GVHD). Această complicaţie apare atunci când leucocitele transplantate din măduva donatorului (grefa) atacă celulele medulare ale primitorului (gazda) deoarece percep ca străine celulele gazdei.

Această reacţie poate afecta pielea, ficatul, tractul gastrointestinal şi plămânii primitorului. Este complicaţia majoră a transplantului alogenic, dar nu este o problemă în cazul transplantului singenic sau autolog.



Atunci când se divide o celulă stem, ea produce o celulă stem specializată – care poate da naştere unor celule sangvine, care îndeplinesc funcţii specifice. De asemenea, ea îşi produce şi o replică exactă.

Rata mortalității între primitorii unui transplant alogenic este de 10 - 40% în primele 100 de zile după efectuarea acestuia, în primul rând datorită infecției sau a reacției grefă contra gazdă. O altă problemă majoră este pneumonia, care se poate datora unor infecții sau altor complicații.

Rata mortalității la cei care primesc un transplant autolog de celule stem este mai mică de 5- 15% în primele 100 de zile.

Studiile clinice sunt orientate către descoperirea unor metode de prevenire a reacției grefei contra gazdei și de creștere a siguranței și eficienței transplantelor de celule stem. ■

CAPITOLUL **36** PARTEA a V-a

Pielea, părul şi unghiile

Pielea dumneavoastră este un organ unic şi fascinant. Cei aproape 2 m^2 de piele care acoperă corpul adultului reprezintă circa 15% din greutatea corporală totală. Fiecare centimetru pătrat din pielea dumneavoastră conţine milioane de celule şi multe terminaţii nervoase specializate pentru sensibilitatea termică şi dureroasă. În plus, pielea conţine glande sudoripare, foliculi piloşi şi glande sebacee. O reţea complicată de vase sangvine hrăneşte această structură complexă.

Pielea dumneavoastră are multe funcţii. Este prima linie de apărare a organismului împotriva factorilor din jur. Ea ajută la protecţia împotriva leziunilor, infecţiilor şi substanţelor periculoase. Pielea dumneavoastră oferă informaţii asupra stării generale de sănătate prin structura, temperatura, culoarea şi claritatea ei.

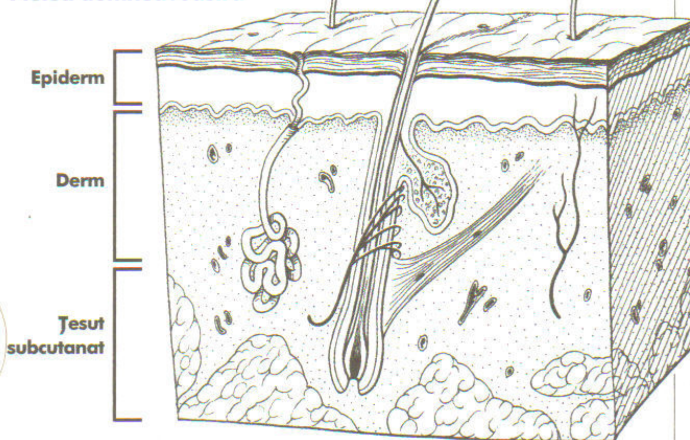
Pielea dumneavoastră acţionează şi ca reglator al temperaturii corpului. Vasele sangvine de la nivel cutanat se dilată sau se contractă în funcţie de temperatura corpului dumneavoastră. Atunci când aveţi o tremperatură crescută, transpiraţi, iar evaporarea transpiraţiei de pe piele scade temperatura. Atunci când aveţi o temperatură scăzută, aceste vase sangvine se contractă şi se îngustează, iar pielea devine palidă şi rece. Această vasoconstricţie scade fluxul sangvin cutanat, reducând pierderea de căldură şi conservând căldura altor organe din corp.

Glandele dumneavoastră sudoripare elimină şi deşeuri cum ar fi ureea. Totuşi aceasta este o cale minoră de eliminare a deşeurilor în comparaţie cu urina. Pielea dumneavoastră joacă un rol major în sensibilitatea tactilă. Nervii senzitivi transmit semnale către creier. Un alt grup specializat de terminaţii nervoase din piele pot stimula sistemul nervos şi endocrin la excitaţia sexuală.

Unghiile şi părul dumneavoastră îndeplinesc de asemenea funcţii importante. Unghiile, care sunt un produs al celulelor cutanate, vă ajută să apucaţi şi să ţineţi obiecte şi oferă informaţii asupra stării generale de sănătate. Fiecare fir de păr de pe corpul dumneavoastră creşte dintr-un folicul propriu localizat la nivel cutanat. Părul ajută la protecţia capului de expunerea excesivă la soare şi de traumatisme.

Pe parcursul vieţii, puteţi avea probleme cu pielea, părul şi cu unghiile. Majoritatea acestor afecţiuni sunt cel mai bine tratate de un specialist în afecţiuni cutanate, numit dermatolog.

Pielea dumneavoastră



Generalităţi

Pielea, părul şi unghiile dumneavoastră sunt înrudite. Unghiile, părul şi stratul extern al pielii (epidermul) sunt alcătuite dintr-o proteină numită keratină. Fiecare dintre aceste 3 componente ale corpului are caracteristicile sale proprii.

Pielea

Pielea dumneavoastră este alcătuită din 3 straturi: epiderm, derm şi ţesut subcutanat. Pielea dumneavoastră are doar 0,2 cm în grosime, variind de la foarte subţire la nivelul pleoapelor şi pliul intern al cotului, la foarte groasă la nivelul palmelor şi tălpilor. Pielea conţine glande sudoripare, glande sebacee şi foliculi piloşi.

Epidermul

Stratul extern al pielii, epidermul, este la fel de subţire ca o linie trasă cu stiloul. El oferă un înveliş protector celulelor cutanate care se schimbă continuu. Stratul celulelor scuamoase se întinde imediat sub suprafaţa externă. Celulele bazale, care produc noi celule cutanate, formează ultimul strat al epidermului.

Este necesară aproximativ o lună pentru ca celulele noi cutanate să se deplaseze de la nivelul celulelor bazale către suprafaţa externă. Pe măsura deplasării celulelor de la nivelul sursei lor de nutriţie, acestea devin mai mici şi plate, transformându-se într-o proteină fără viaţă, numită keratină. Ele rămân la suprafaţă doar pentru puţin timp ca strat protector, apoi se desprind prin frecare şi spălare. Astfel, pielea este un organ dinamic, aflat în continuă remaniere.

Celulele care produc pielea reprezintă aproximativ 95% din epiderm. Restul celulelor produc un pigment negru numit melanină.

Melanina asigură culoarea pielii şi ajută la protecţia împotriva razelor ultraviolete. Oamenii se nasc, indiferent de rasă, cu acelaşi număr de celule

pigmentare (melanocite). Rata de formare a granulelor de melanină în aceste celule şi concentraţia lor în epiderm sunt caracteristici moştenite, fiind factori majori în diferenţierea culorii pielii.

Dermul

Imediat sub epiderm este situat dermul, care reprezintă până la 90% din grosimea pielii. Acesta este un strat dens de fibre albe puternice (colagen) şi de fibre galbene elastice (elastină) printre care sunt răspândite vasele sangvine, celulele musculare, fibrele nervoase, canalele limfatice, foliculii piloşi şi glandele.

Dermul asigură elasticitatea şi rezistenţa pielii. Pe măsură ce îmbătrâniţi, dermul devine mai subţire, iar pielea mai transparentă. Acest lucru duce la proeminarea vaselor sangvine cutanate la vârstnici.

Ţesutul subcutanat

Cel mai profund strat al pielii este ţesutul subcutanat, prin care trec vasele şi nervii. Acest strat, format în special din ţesut gras, izolează şi protejează organele interne şi ajută la păstrarea elasticităţii pielii. Aici sunt localizate rădăcinile glandelor sudoripare şi sebacee. Şi ţesutul subcutanat se subţiază pe măsură ce îmbătrâniţi.

Glandele sebacee

Glandele sebacee sunt răspândite în toată pielea, dar sunt mai multe la nivelul scalpului, feţei, mijlocul pieptului şi zona genitală. Fiecare este ataşată unui folicul pilos şi secretă o substanţă uleioasă (sebum) care urcă prin folicul spre suprafaţa pielii. Sebumul – format din acizi graşi, colesterol, diverşi carbohidraţi, alcooli nesaturaţi şi ceară – are rol de lubrefiere şi de protecţie a pielii.

Glandele sudoripare

Există 2 tipuri de glande sudoripare. Glandele ecrine sunt distribuite în tot organismul, cu concentrare maximă la nivelul palmelor, tălpilor, scalpului şi axilelor. Glandele apocrine sunt glande sudoripare specializate, care secretă transpiraţia în timpul stresului sau emoţiei. La nivelul urechii formează o parte din cerumen. Se întâlnesc mai ales la nivelul axilelor, în jurul mameloanelor şi a organelor genitale.

Părul

Fiinţa umană este un animal păros. Părul lipseşte doar la nivelul buzelor, palmelor şi tălpilor. Fiecare fir de păr creşte dintr-un singur folicul viu care îşi are rădăcinile în ţesutul subcutanat al pielii.

Substanţa uleioasă secretată de glandele sebacee în imediata apropiere a foliculului pilos asigură luciul şi, într-o anumită măsură, impermeabilitatea părului la apă. Foliculii piloşi sunt hrăniţi de substanţe minerale, proteine, vitamine, lipide şi carbohidraţi aduşi de vesele mici sangvine (capilare).

Părul este format din proteina moartă numită keratină, ca şi suprafaţa epidermului, şi conţine şi melanină. Aşa cum celulele pigmentare determină culoarea pielii, numărul granulelor de melanină din păr îi determină culoarea.

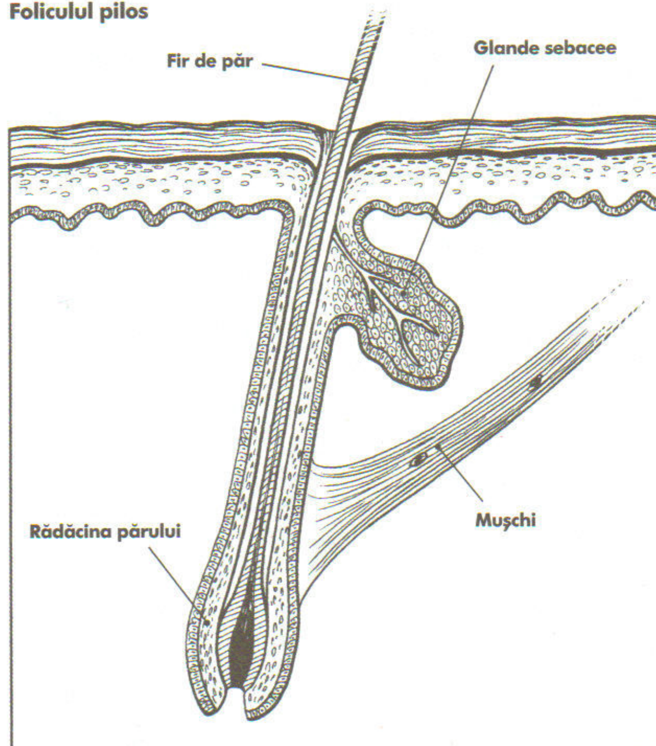
Unghiile

Unghiile dumneavoastră sunt produse tot de epiderm şi au în structură keratină. Fiecare unghie creşte dintr-o rădăcină (matrice) care se extinde în pliul cutanat unghial.

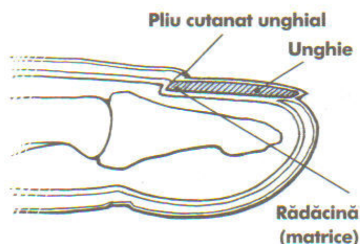
În ciuda aparenţelor, structura unghiilor dumneavoastră nu este înrudită cu structura osului. Nu puteţi creşte rezistenţa unghiilor fragile prin consumul suplimentelor de calciu sau gelatină.

Unghiile degetelor mâinii au o rată de creştere normală de 3 mm pe lună, aproximativ de 2-3 ori mai repede decât unghiile de la picioare. Unghiile cresc mai încet la vârstnici. Modificările bruşte sau semnificative ale aspectului unghiilor pot fi un semn precoce de boală.

Foliculul pilos



Unghie



Îngrijirea corectă a pielii

Pielea dumneavoastră nu este învelişul moale al corpului bebeluşului cu care v-aţi născut. Cu timpul, pielea dumneavoastră devine mai subţire şi se încreţeşte. Glandele sebacee devin mai puţin active, iar pielea mai uscată. Numărul vaselor sangvine cutanate scade, iar dermul devine mai subţire şi mai fragil, astfel încât se pierd culoarea şi roşeaţa tinereţii.

În plus, cu vârsta, piele înlocuieşte mai încet celulele îmbătrânite, iar repararea celulară este mai puţin eficientă. Acest lucru poate duce la încetinirea ritmului de înlocuire a suprafeţei pielii şi a procesului de vindecare a leziunilor cutanate.

Obiceiurile unei bune autoîngrijiri pot ajuta la întârzierea procesului natural de îmbătrânire şi la prevenirea multor probleme cutanate. Cel mai important scop este de a vă proteja pielea de ultraviolete. Urmaţi sugestiile de mai jos pentru a avea o piele sănătoasă. Beneficiile unei îngrijiri corecte a pielii se vor vedea pe măsură ce îmbătrâniţi.

Evitaţi soarele

Indiferent de culoarea pielii sau vârsta pe care o aveţi, evitarea expunerii la razele ultraviolete solare şi straturile de protecţie pot ajuta la prevenirea îmbătrânirii pielii şi la întârzierea apariţiei cancerului cutanat.

Pielea închisă la culoare poate tolera mai bine soarele decât pielea deschisă. Totuşi, orice tip de piele poate deveni pătată, tare şi încreţită prin expunerea exagerată la soare. Evitarea expunerii la soare – în mod particular în orele de vârf, hainele protectoare, utilizarea ecranantelor solare şi lubrefierea sau folosirea cremelor zilnic pot ajuta la protecţia acesteia de efectele periculoase ale soarelui.

Nu fumaţi

Nicotina conţinută de tutunul fumat produce constricţia vaselor ce asigură nutriţia pielii. În timp, fumatul poate produce paloarea şi îngălbenirea pielii. De asemenea, poate produce cute adânci în jurul buzelor şi scade capacitatea de vindecare a pielii.

Utilizaţi produse cosmetice adecvate

Dacă utilizaţi produse cosmetice, fiţi sigur că sunt cele potrivite tipului de piele pe care îl aveţi: dacă aveţi o piele uscată, utilizaţi un machiaj cu o bază mai solidă şi mai cremoasă. Dacă aveţi o piele grasă sau acneică, utilizaţi produse apoase care sunt etichetate drept noncomedogenice, ceea ce înseamnă că este mai puţin probabil să obstrueze micile deschizături ale pielii (porii). Este preferabil să alegeţi un fond de ten, un ruj şi un creion de ochi care nu sunt alergenice. Căutaţi o cremă fără arome şi cu cea mai scăzută cantitate de conservanţi. Dacă vă ştiţi alergic la unul dintre ingredientele dintr-un produs, evitaţi-l.

Spălaţi-vă cu grijă

Curăţarea corectă este o altă strategie importantă în protejarea pielii. Cele mai potrivite metode şi produse de spălare variază în funcţie de tipul de piele pe care îl aveţi – grasă, uscată, normală sau mixtă.

Dacă aveţi un machiaj la nivelul ochilor, îndepărtaţi-l mai întâi cu ajutorul tampoanelor de vată pentru a evita lezarea ţesutului fin din jurul ochilor. Atunci când vă spălaţi pe faţă, folosiţi apă călduţă, niciodată fierbinte, şi un prosop sau un burete pentru a îndepărta celulele moarte. Utilizaţi un săpun delicat pentru faţă şi piele. În cazul în care aveţi o faţă uscată, este mai bine să utilizaţi o varietate de săpunuri fine mai grase, cum ar fi Dove şi Basis. Curăţarea pielii grase poate fi necesară de 2-3 ori pe zi.

Care este culoarea pielii dumneavoastră?

Culoarea pielii este definită de gradul de bronzare sau de arsură atunci când vă expuneţi la soare. Culoarea pielii dumneavoastră influenţează riscul de cancer cutanat şi de îmbătrânire a pielii, însemnând leziunile produse de razele ultraviolete, incluzând ridurile, pigmentarea şi asprirea.

Clasificarea Fitzpatrick a tipurilor cutanate împarte pielea în următoarele 6 categorii:

1. Întotdeauna arsă, niciodată bronzată (pielea palidă, albă).
2. Întotdeauna arsă uşor, bronzată puţin (pielea albă).
3. Arsă moderat, bronzată uniform (pielea maro deschis).
4. Arsă puţin, bronzată bine întotdeauna (pielea maro moderat).
5. Rareori arsă, bronzată foarte bine (pielea maro închis).
6. Niciodată arsă (pielea maronie pigmentată intens şi pielea neagră).

Cei care au tipul 1 au o piele albă, palidă, păr roşu sau blond, ochi albaştri sau verzi şi strămoşi celţi (irlandezi, scoţieni, galezi sau bretoni). Cei care au acest tip de piele au cel mai mare risc de apariţie a problemelor cutanate date de soare, incluzând cancerul cutanat şi îmbătrânirea pielii. Cei care au tipurile 2 şi 3 au o nuanţă mai pigmentată a pielii albe şi au un risc moderat-înalt de leziuni solare. Oamenii cu tipurile 4 şi 5 au o culoare măslinie-maronie moderată şi un risc mediu-scăzut de probleme cutanate date de soare. Cei cu tipul 6 au piele maron închisă-neagră. Riscul lor la expunerea la soare este minim.

Datorită faptului că nimeni nu este imun la leziunile solare şi cancerul cutanat, dermatologii recomandă utilizarea unui ecranant protector cu spectrul larg, cu un factor de protecţie solară (SPF) de cel puţin 15 pentru toate tipurile de piele.

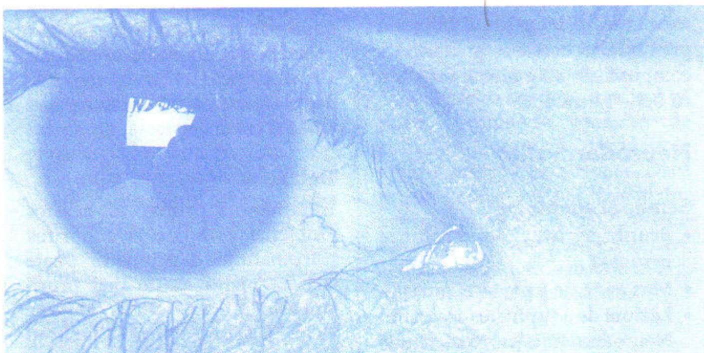
Băile vă pot usca pielea. Utilizaţi produse de baie împotriva uscării pielii pe care le găsiţi la pag. 1178, mai ales pe vreme uscată.

Bărbieriţi-vă cu grijă

Rasul poate irita pielea fină, uscată, fotosensibilă. Dacă utilizaţi lame de ras, acestea trebuie să fie ascuţite.

Bărbaţii îşi pot înmuia barba înainte de a se rade prin aplicarea unui prosop cald pentru câteva secunde şi prin utilizarea din abundenţă a cremei de ras. Treceţi cu lama peste barbă doar o dată, în direcţia de creştere a părului. Dacă inversaţi sensul pentru a vă bărbieri mai bine, puteţi să produceţi o iritaţie cutanată numită leziune de ras. Utilizarea prea agresivă a unui aparat de ras electric vă poate, de asemenea, irita pielea. Puteţi cumpăra o varietate de produse care previn iritaţia cutanată dată de aparatul de ras electric.

Femeile care se rad sau care utilizează epilatoarele trebuie să evite, de asemenea, iritarea pielii. Dacă folosiţi pentru prima dată un produs epilator, observaţi dacă acesta vă irită pielea aplicându-l pe o zonă mică.



Ce tip de piele aveţi?

Pielea feţei este în general cel mai bun indicator de clasificare a tipului de piele. Examinaţi-vă pielea cu atenţie, mai ales porii.

Piele grasă

Pielea grasă se datorează hiperactivităţii glandelor sebacee. Pielea grasă are pori mari. Cei care au piele grasă sunt predispuşi să dezvolte acnee, dar au un risc mai mic de apariţie precoce a ridurilor, în comparaţie cu cei care au piele uscată. Majoritatea celor care au piele grasă au şi păr gras.

Piele uscată

Apariţia uscării pielii poate fi produsă de scăderea activităţii glandelor sebacee, factori de mediu sau de procesul normal de îmbătrânire. Pielea uscată se irită, de regulă, mai uşor. Este deseori asociată cu păr uscat şi cu pori mici. Oamenii cu piele uscată au tendinţa să nu dezvolte acnee. Pe măsură ce îmbătrânesc, pielea lor devine mai uscată şi mai ridată decât a celor cu piele grasă.

Piele normală

Pielea normală nu este nici uscată, nici grasă. Este netedă, fină şi are puţine probleme. Are tendinţa să devină mai uscată ca urmare a factorilor de mediu şi a procesului de îmbătrânire.

Piele mixtă

Pielea mixtă prezintă regiuni grase – deseori la nivelul frunţii şi în jurul nasului – şi zone normale sau uscate.

Afecţiuni cutanate

Pielea dumneavoastră este surprinzător de rezistentă la o largă varietate de agresiuni, dar rămâne susceptibilă la diverse alte probleme. Afecţiunile cutanate ce vor fi prezentate nu vă pun în pericol viaţa şi nu sunt contagioase, dar vă pot produce o stare de disconfort sau vă nemulţumesc în ceea ce priveşte propria înfăţişare. Simptomele pot dispărea într-o săptămână, pot necesita intervenţie chirurgicală sau pot urma un program terapeutic de lungă durată.

Termenul *dermatită*, care se utilizează în acelaşi context cu eczema, semnifică o inflamaţie a pielii. În general, dermatita presupune edemaţierea, înroşirea şi prurit cutanat. Ea are multe cauze.

Dermatita de contact

Semne şi simptome

- Înroşire şi prurit
- Apariţia de băşici şi zemuire la nivelul pielii afectate în cazurile severe
- Modificări cutanate limitate la zona de contact cu agentul cauzator

Dermatita de contact (vezi imaginile de la pag. 432) apare prin contactul direct cu o substanţă iritantă sau cu un alergen. Substanţele iritante comune includ săpunul de rufe, săpunul de corp şi produsele cosmetice de curăţare. Alergenele posibile includ cauciucul, metale, bijuterii, parfumuri, cosmetice şi plante, cum ar fi iedera. Dacă aveţi o sensibilitate la un alergen, o expunere scurtă la o cantitate mică de alergen poate produce dermatită.

În cazul dermatitei de contact, doar zonele cutanate ce vin în contact cu substanţele incriminate reacţionează. Zona care a fost cel mai mult expusă reacţionează cel mai sever.

Diagnostic

Dacă dermatologul dumneavoastră suspectează că problemele cutanate pe care le aveţi sunt rezultatul unei reacţii alergice, vă poate testa prin aplicarea unor cantităţi mici din diferite substanţe şi examinarea acestor zone la 48, 72 şi 96 de ore pentru a vedea dacă a apărut alergie. Această abordare, numită testare cutanată, determină

dacă aveţi dermatită de contact alergică, care este produsă de o reacţie imună sistemică. Relativ puţine persoane au un asemenea răspuns. În dermatita de contact alergică, substanţa alergenă poate fi ceva cu care aţi venit în contact ani de zile fără să aveţi probleme.

Substanţe ca acizi, solvenţi, săpunuri puternice şi detergenţi sunt mai degrabă iritante decât alergene. Atunci când o substanţă iritantă produce o reacţie cutanată, afecţiunea se numeşte dermatită de contact iritantă. Unele substanţe sunt atât alergene cât şi iritante.

Cauzele dermatitei de contact dificil de identificat includ componente din:

- Loţiuni medicinale, cum ar fi antihistaminicele, antibioticele sau antisepticele
- Plante diverse, de la volvură la mango
- Cauciucul
- Metale, cum ar fi nichelul
- Vopsele
- Produse cosmetice
- Substanţe chimice utilizate în fabrici, cum ar fi cele utilizate în producţia de pantofi sau de haine

Unele substanţe produc dermatită doar când vin în contact cu pielea expusă la lumina soarelui (vezi pag. 1183). Exemplele tipice includ loţiunile după ras, ecranantele solare, unguente ce conţin medicamente cu sulf, unele parfumuri şi produsele cu gudroane. Alte cauze de dermatită de contact sunt alergenele din aer, cum ar fi polenul şi insecticidele.

Tratament

Tratamentul dermatitei de contact constă în identificarea şi evitarea substanţei periculoase. Uneori, pot fi de ajutor în dispariţia înroşirii şi a pruritului cremele cu hidrocortizon sau purtarea hainelor umede uşor astringente. O asemenea haină poate fi obţinută prin udarea acesteia cu o soluţie compusă din 30 g oţet amestecate cu 0,5 – 1 litru apă.

Neurodermatita

Semne şi simptome

- Prurit, agravat de tensiunea nervoasă
- Mici zone de piele tare, groasă
- Leziuni de scărpinare (excoriaţii)

Neurodermatita este o afecţiune cutanată frecventă, uneori cunoscută ca lichen simplex cronic constând în creşteri mici, plate (plăci) de diferite dimensiuni, în general de la 2 până la 25 cm în diametru. Aceste zone au margini bine definite care devin groase şi tari (lichenificate).

Neurodermatita poate apărea atunci când un lucru, cum ar fi o haină strâmtă, freacă sau zgârie pielea. Această iritaţie vă poate face să vă scărpinaţi repetat. Localizările cele mai frecvente ale afecţiunii includ gleznele, talia, partea externă a antebraţului şi ceafa.

Neurodermatita generalizată este o afecţiune similară, dar are tendinţa să cuprindă o regiune mai mare a corpului. Pielea afectată este mai puţin tare. Neurodermatita după statul prelungit în picioare poate duce la pigmentarea maronie a pielii. Această afecţiune este deseori asociată cu tensiune nervoasă şi cu anxietate.

Tratament

Tratamentul primar al acestor probleme cutanate este oprirea scărpinatului. Scărpinatul poate face ca pielea să fie mai pruriginoasă, producându-se un cerc vicios. Dacă nu puteţi să ignoraţi zona de mâncărime, încercaţi să plasaţi deasupra o haină care se scoate greu.

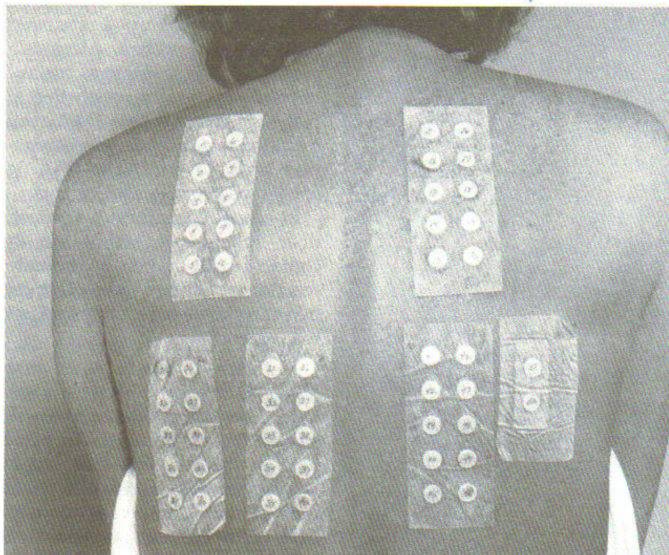
Antihistaminicele sau medicaţia antianxioasă (anxioliticele) pot ajuta la diminuarea mâncărimii, dar medicul vă va urmări consumul de anxiolitice deoarece ele se pot potenţa.

Medicii pot recomanda utilizarea loţiunilor care conţin hidrocortizon şi care se eliberează fără prescripţie din farmacii pentru diminuarea mâncărimii şi a inflamaţiei. Dacă aveţi o inflamaţie severă, medicul vă poate prescrie un preparat cortizonic mai puternic. În plus, plăcile groase pot fi subţiate prin aplicarea de gudroane sau unguente cu acid salicilic care au efect liniştitor şi de peeling.

Eczema

Semne şi simptome

- Piele îngroşată, fisurată. Mai frecvent la nivelul pliurilor, coatelor, părţii posterioare a genunchilor şi la nivelul feţei, cefei, mâinilor şi picioarelor



Testele cutanate pot fi folosite pentru a afla dacă sunteţi alergic la o anumită substanţă. Pentru aceasta, se plasează pe piele plasturi care conţin o cantitate mică din diferite substanţe.

- Rash
- Prurit

Eczema (dermatita atopică) este o inflamaţie pruriginoasă a pielii (vezi imaginile de la pagina 436) care se însoţeşte deseori de astm şi alergii, cum ar fi febra fânului (rinita alergică). În mod frecvent, apare în familii care au membrii cu astm bronşic sau cu febra fânului. Afecţiunea poate produce prurit sever şi indispoziţie.

Eczema este frecventă. În SUA, ea apare la circa 10% dintre sugari şi 3% din totalul populaţiei. Atunci când apare la sugari se numeşte eczemă infantilă. Afecţiunea apare tipic la sugari şi poate varia ca severitate în perioada copilăriei şi adolescenţei. Este o problemă mai mică la adult, exceptând cazurile produse de substanţe alergene sau iritante prezente la locul de muncă.

La sugari, afecţiunea implică de obicei apariţia unui rash cu cruste zemoase, mai ales la nivelul feţei şi scalpului, dar pot apărea oriunde. Situaţia se ameliorează tipic înaintea vârstei de 2 ani, iar tratamentul poate îndepărta pruritul până atunci. După vârsta copilăriei, rash-ul devine mai uscat şi are o culoare mai roşie-maronie. Pielea poate fi groasă sau solzoasă. Puteţi avea în continuare mâncărime.

În cazul adolescenţilor şi al adulţilor tineri, petele apar tipic la nivelul mâinilor, picioarelor, dar pot apărea oriunde, incluzând locul de îndoire al cotului, partea posterioară a genunchilor, gleznele, încheieturile mâinilor, faţa, ceafa şi partea superioară a toracelui.

Tratament

Deşi eczema este asociată alergiilor, eliminarea acestora ajută rareori la tratarea afecţiunii. Uneori, articolele care adună praful – cum ar fi pernele de puf, tabureţii, saltelele, carpetele şi draperiile – pot agrava afecţiunea. Tratamentele antialergice nu sunt de obicei eficiente în cazul eczemelor şi pot chiar agrava afecţiunea.

Evitaţi hainele aspre, strâmte, care irită şi sunt făcute din lână. Modificările bruşte de temperatură, transpiraţia şi stresul pot agrava afecţiunea. Evitaţi contactul direct cu produsele din lână, cum ar fi carpetele, saltelele şi hainele, precum şi săpunurile aspre şi detergenţii.

Deseori, tratamentul constă în aplicarea de loţiuni care conţin hidrocortizon sau de creme nonsteroidiene pe zonele afectate. Tacrolimusul (Protopic) şi pimecrolimusul (Elidel) sunt creme nonsteroidiene care ajută la combaterea pruritului, roşeţii şi inflamaţiei. Ambele sunt aprobate pentru tratamentul pe termen scurt sau tratamentul intermitent pe termen lung, în general atunci când alte tratamente eşuează sau nu sunt bine tolerate. Tacrolimusul şi pimecrolimusul sunt utilizate mai frecvent pentru eczemele uşoare-moderate.

Dacă pielea se crapă, medicul vă poate recomanda purtarea de haine umede uşor astringente pentru prevenirea infecţiei. Dacă pruritul este sever pot fi de ajutor antihistaminicele orale. Difenhidramina (Benadryl, Sominex) are acţiune sedativă substanţială şi pot fi utile seara, la culcare.

Dermatita de stază

Semne şi simptome

- Îngroşarea pielii la nivelul pielii gleznei şi tibiei
- Modificarea culorii – roşiatică sau maronie – a pielii
- Prurit
- Vene varicoase

Prezenţa varicelor şi a altor probleme circulatorii în care este scăzută întoarcerea venoasă către inimă poate creşte cantitatea de lichide în ţesutul subcutanat (edem). Aceste zone pot fi prost hrănite şi devin fragile.

Datorită faptului că gleznele sunt cea mai joasă parte a corpului şi au mai puţin ţesut de susţinere, sunt mai frecvent expuse edemului. Pielea de deasupra se poate inflama, poate fi pruriginoasă sau îşi poate modifica culoarea. În situaţii grave, pot apărea ulcere deschise care se vindecă dificil la nivelul pielii în jurul gleznelor. Această afecţiune se numeşte dermatită de stază (vezi imaginile color de la pag. 432).

Cu toate că iniţial pielea se poate subţia, ulterior se îngroaşă neregulat, posibil ca răspuns la scărpinarea exagerată datorită pruritului.

Tratament

Tratamentul dermatitei de stază constă în corectarea cauzei care duce la acumularea lichidiană la nivelul gleznelor. În cazul prezenţei venelor vericoase se pot recomanda intervenţia chirurgicală sau alte metode terapeutice.

Altă opţiune pentru controlarea edemului este ridicarea frecventă a picioarelor deasupra nivelului cordului. Cea mai frecventă metodă este, totuşi, utilizarea ciorapilor elastici care ajută la prevenirea acumulării lichidiene la nivelul gleznelor prin exercitarea unei presiuni asupra acestora şi a gambelor.

Hainele uşor astringente pot fi purtate pentru a înmuia pielea groasă, fragilă totuşi, şi pentru a controla infecţia. Pot fi de ajutor şi corticosteroizii cu aplicare topică care au potenţă mică.

Dermatita seboreică

Semne şi simptome

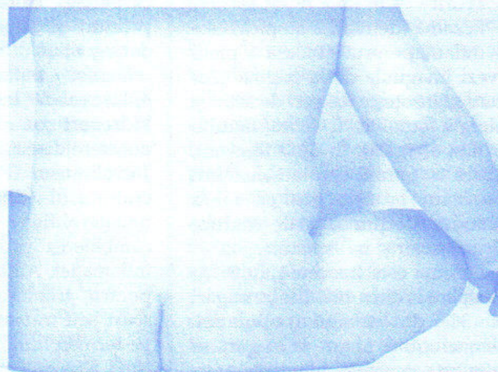
- Arii grase, cu cruste pruriginoase la nivelul scalpului, pe părţile laterale ale nasului, între sprâncene, în spatele urechilor sau pe piept
- Mătreţă persistentă pruriginoasă

Dermatita seboreică (vezi imaginile de la pag. 432) este caracterizată prin apariţia crustelor grase şi de colorarea roşiatică a pielii. Se întâlneşte mai ales la nivelul scalpului, în pliurile de la nivelul porţiunilor inferioare ale nasului, deasupra piramidei nazale şi la nivelul sternului. Apare, de asemenea, sub sâni, în pliurile cutanate din regiunea genitală şi în jurul ombilicului la persoanele obeze.

Dermatita seboreică poate produce mătreaţă persistentă, pruriginoasă. Poate avea aspect de şapcă – piele solzoasă, cu cruste la nivelul scalpului copilului. Acest aspect nu apare la copii mai mari de 1 an.

Unii se nasc cu o predispoziţie pentru dermatită seboreică şi nu

Afecţiunile cutanate ale sugarilor



Mulţi părinţi se aşteaptă ca pielea nou-născuţilor să fie impecabilă. Reclamele fără cusur cu sugari, din magazine, vă pot creşte aşteptările, dar majoritatea copiilor, chiar cei care apar în reclame - prezintă rash sau pete în primele săptămâni. De cele mai multe ori, afecţiunile cutanate ale sugarilor se tratează uşor.

Afecţiunile cutanate frecvente ale sugarilor includ:

- *Eczema scalpului.* Prezenţa unor cruste la nivelul scalpului copilului se numeşte dermatită seboreică. Spălarea pe cap a sugarului o dată pe săptămână poate fi de ajutor. Dacă afecţiunea persistă, medicul vă poate recomanda utilizarea unei soluţii care conţine un medicament sau un alt tratament.
- *Eritemul de scutec.* Această înroşire a pielii este produsă de umezirea şi frecarea cu scutecul ce se îmbibă cu urina acidă sau cu materiile fecale. Schimbarea periodică a scutecelor poate preveni apariţia eritemului, dar majoritatea nou-născuţilor prezintă frecvent această afecţiune deoarece au o piele sensibilă. Dacă sugarul are eritem produs de scutec, schimbaţi-i frecvent scutecele, fiind atent să uscaţi bine pielea feselor şi utilizaţi o cremă sau un ulei protector. Dacă rash-ul este uşor, poate să nu fie nevoie de cremă sau ulei. Adresaţi-vă medicului dacă persistă.
- *Eritemul toxic.* Acesta este un rash pătat, roşu, uneori cu zone centrale galbene. Majoritatea copiilor au acest rash, în mod tipic pe faţă şi pe spate. În general, dispare fără tratament.
- *Rash-ul produs de căldură.* În cazul unei clime călduroase, umede, copilul poate prezenta bubiţe mici, roz pe piele, de obicei la nivelul cefei şi a părţii superioare a spatelui. Această problemă poate apărea şi dacă îl îmbrăcaţi prea gros pe sugar. Rash-ul dispare, de obicei, fără tratament, cu toate că pot fi de ajutor spălăturile mai reci şi îmbrăcămintea mai uşoară.
- *Acneea sugarului.* Acneea sugarului (nou-născutului) poate apărea în primele 6-8 săptămâni. Apar coşuri pa faţă, ceafă, partea superioară a toracelui sau pe spate: problema este însă temporară şi nu înseamnă că, pe viitor, copilul va avea probleme cutanate, Trataţi afecţiunea prin spălarea blândă cu apă, zilnic, şi utilizând un săpun fin şi apă, săptămânal.
- *Eczema infantilă.* Eczema infantilă (dermatita atopică infantilă) este un rash rugos, roşu, pătat, asociat de obicei cu piele foarte sensibilă şi uscată. Apare mai ales pe obraji şi pe antebraţe. Evitaţi temperaturile extreme. Majoritatea copiilor cu eczemă se comportă mai bine într-un climat blând cu umiditate moderată, deoarece transpiraţia pare să agraveze rash-ul. Evitaţi hainele din lână şi nu întindeţi copilul pe pături de lână. Spălaţi copilul doar cât este necesar şi utilizaţi uleiuri pentru lubrefierea pielii uscate.
- *Milia.* Milia reprezintă apariţia de puncte albe, mici, pe nas şi pe obraji. Peste 50% dintre nou-născuţi au aceste puncte mici care pot dispărea şi nu necesită tratment.
- *Coşurile neonatale.* Aproximativ 20% dintre copii au coşuri la naştere sau în primele 2 luni. Spălarea periodică cu săpunuri fine şi cu apă este utilă. Prezenţa coşurilor neonatale nu înseamnă că vor rămâne pete cutanate mai târziu, în viaţă.
- *Pielea uscată, descuamată.* Uscăciunea pielii la nivelul picioarelor şi mâinilor este frecventă în primele 2 săptămâni şi răspunde la tratamentul cu loţiuni eliberate fără reţetă, cum ar fi Nivea şi Lubriderm.
- *Infecţia micotică.* Aceasta produce un rash persistent, roşu strălucitor în regiunile acoperite de scutec, cu leziuni în jur, care urmează de obicei după un eritem produs de scutece. Infecţiile micotice sunt produse de o ciupercă (*Candida albicans*) care se multiplică într-un mediu cald, umed. Dacă sugarul are o astfel de infecţie, poate fi utilă folosirea unei creme antifungice. În plus, schimbarea frecventă a scutecelor şi aerisirea pielii feselor asigură menţinerea uscată a pielii.

Cu toate că apariţia rash-urilor este frecventă şi se tratează de cele mai multe ori acasă, duceţi copilul la medic dacă observaţi apariţia unei astfel de eczeme roşii cu cruste, bubiţe sau secreţii.

Semnele la naştere sunt, de asemenea, frecvente pentru copii. Acestea includ:

- *Petele café au lait.* Aşa cum arată şi numele, aceste semne permanente prezente la naştere au culoarea cafelei cu lapte, fiind localizate mai ales la nivelul trunchiului, braţelor şi picioarelor.
- *Petele mongoloide.* Acesta este termenul tradiţional, dar pot fi numite petele albăstrui-cenuşii ale copilăriei. Aceste semne din naştere mari, albastru-cenuşii, seamănă uneori cu echimozele. Apar mai frecvent la copiii cu piele închisă la culoare, la nivelul părţii inferioare a spatelui şi, mai rar, pe fese şi pe picioare. Dispar de regulă mai târziu.
- *Petele de somon.* Alintate uneori cu numele de muşcătura berzei sau sărutul îngerilor, aceste pete roşii sau roz apar mai frecvent deasupra liniei de implantaţie a părului la nivelul cefei, pleoapelor sau între ochi. Aceste pete apar datorită acumulării de vase mici sangvine (capilare) în imediata apropiere a pielii. Petele se şterg în primii 2 ani de viaţă, dar este posibil să nu dispară complet. Pentru mai multe informaţii despre problemele cutanate ale copiilor, vezi pag. 167.

vor scăpa niciodată complet de ea, cu toate că tratamentul o poate controla. Poate apărea în perioade de stres sau la cei care au probleme neurologice, cum ar fi boala Parkinson.

Afecţiunea se poate complica prin infecţii fungice la nivelul pliurilor cutanate ce se menţin umede prin contactul cu o altă suprafaţă a pielii, cum ar fi de exemplu sub sâni sau în zona genitală. Puteţi avea o susceptibilitate crescută la aceste infecţii dacă luaţi antibiotice.

Tratament

În cazul mătreţei, tratamentul constă în spălarea frecventă pe cap, urmată de clătire atentă. Medicul dumneavoastra vă poate recomanda să schimbaţi şampoanele, alternând folosirea unui şampon normal cu unul antimătreaţă, cum ar fi Nizoral A-D, care conţine ketoconazol şi se eliberează din farmacii cu sau fără reţetă.

Aplicarea cremelor cu hidrocortizon sau soluţiile şi cremele cu ketoconazol (Nizoral) pot ameliora afecţiunea. Este posibil să aveţi nevoie de tratament pentru o infecţie secundară.

Dermatita datorată tratamentului excesiv

Semne şi simptome

- Înroşire şi sensibilitate a pielii în zonele tratate pentru alte afecţiuni cutanate.

Dermatita prin tratament exagerat este rezultatul tratării excesive a unei afecţiuni cutanate. Dermatologii văd deseori pacienţi care au inflamaţii ale pielii care persistă de câteva săptămâni sau luni şi se agravează, în ciuda aplicării frecvente de câteva uleiuri sau alte tratamente.

Inflamaţia apărută prin tratamentul excesiv ascunde cauza iniţială, care poate să fie încă prezentă sau nu. În mod tipic nu există o cale de identificare a cauzei subiacente.

Tratament

În această situaţie, medicul dumneavoastră vă poate recomanda întreruperea oricărui tratament, altul decât cel care asigură o ameliorare, pentru 1-2 săptămâni. Acest lucru poate fi cu greu acceptat. Evaluarea afecţiunii poate fi posibilă doar după întreruperea oricărei medicaţii. Între timp, afecţiunea se poate ameliora semnificativ – sau poate chiar dispărea.

Mătreaţa

Toată lumea prezintă un grad de descuamare a pielii scalpului datorită procesului normal de îndepărtare a celulelor stratului cutanat extern. Dacă aceste coji se văd pe păr sau pe haine, fenomenul poartă numele de mătreţă. Studiile recente sugerează că mătreţa poate fi produsă de un microorganism ca o ciupercă. Ciuperca *Malassezia ovalis* produce iritaţie şi creşte descuamarea stratului celular extern al scalpului.

Dacă mătreaţa persistă sau dacă aveţi coji mari, înroşire şi descuamare în jurul nasului, urechilor sau pe piept, poate să fie vorba de o formă severă de mătreaţă sau chiar psoriazis al scalpului. Dacă aveţi nelămuriri asupra gravităţii afecţiunii, adresaţi-vă medicului dumneavoastră sau dermatologului.

Tratament

Anumite produse eliberate fără reţetă din farmacii sunt disponibile pentru tratarea mătreţei. Încercaţi-le împreună cu următorele sfaturi, pentru a vedea dacă acestea ameliorează mătreaţa.

- Spălaţi-vă regulat pe cap. Începeţi cu un şampon normal, fără medicamente. Masaţi cu blândeţe pielea capului pentru îndepărtarea cojilor. Clătiţi-vă bine.
- Utilizaţi şampoane medicale (Head & Shoulders, Selsun Blue) în cazurile dificile. Căutaţi şampoane ce conţin zinc, acid salicilic, gudroane de huilă sau sulfat de seleniu. Dacă este necesar, utilizaţi şampoane antimătreaţă de fiecare dată când vă spălaţi pe cap. Poate fi utilă alternarea şampoanelor. În cazul mătreţei uşoare, folosiţi alternativ un şampon normal cu unul antimătreaţă.
- Luaţi în considerare utilizarea şamponului antifungic Nizoral A-D pentru distrugerea fungilor ce produc mătreaţa şi care se pot găsi pe scalp. Nizoral A-D este disponibil atât cu reţetă cât şi fără.
- Dacă utilizaţi şampoane pe bază de gudroane, folosiţi-le cu grijă. Ele pot lăsa o tentă maronie pe părul deschis sau cenuşiu, şi cresc sensibilitatea pielii scalpului la lumina solară.
- Utilizaţi regulat un balsam.

Dacă mătreaţa persistă sau dacă pielea scalpului devine iritată şi pruriginoasă, puteţi avea nevoie de un şampon special eliberat din farmacie pe bază de reţetă. Mătreaţa nu este contagioasă şi este rareori gravă, dar pielea dumneavoastră poate deveni mai susceptibilă la infecţii. Dacă mătreaţa persistă, puteţi avea o altă afecţiune cutanată. Adresaţi-vă medicului.

Acneea

Semne şi simptome

- Puncte negre sau albe pe faţă
- Coşuri
- Chisturi

Acneea, o afecţiune cutanată caracterizată prin apariţia coşurilor prin obstruarea porilor, este o frustrare frecventă pentru adolescenţi. De fapt, apare la 4 din 5 indivizi cu vârste între 12 şi 24 de ani. Afecţiunea poate apărea, însă, la orice vârstă. Aproximativ 1 din 5 adulţi cu vârsta între 25 şi 44 de ani au acnee şi aproape jumătate dintre toate femeile de vârstă adultă au acnee uşoară-moderată.

Acneea apare atunci când foliculii piloşi cutanaţi se obstruează. Fiecare folicul conţine glande sebacee care secretă o substanţă grasă (sebum) ce lubrefiază părul şi pielea. Atunci când organismul produce sebum, iar celulele mor mai repede decât pot fi eliminate prin pori, cele două componente se solidifică sub forma unui dop moale, alb. Acest dop poate obstrua porii, ducând la umflarea peretelui foliculului şi la apariţia punctelor albe. Dacă porul rămâne deschis, suprafaţa

externă a dopului se poate înnegri, ducând la apariţia punctelor negre.

Coşul este o inflamaţie care apare atunci când un punct alb rupe peretele foliculului pilos sub suprafaţa pielii. După rupere, pielea va fi invadată de sebum, celule moarte şi bacterii. Rupturile produse în profunzime duc la apariţia leziunilor asemănătoare furunculeleor, numite acnee chistică (vezi imaginile de la pag. 435)

În unele cazuri, glandele sebacee continuă să secrete material care nu iese din piele. În schimb, se formează sub piele o umflătură depresibilă, plată. Acesta se numeşte chist sebaceu. Uneori, umflătura poate avea dimensiuni de 2 cm sau mai mult. În general, nu există modificări de culoare sau durere până când chistul nu se infectează.

Acneea este mai frecventă la adolescenţi, deoarece modificările hormonale stimulează secreţia glandelor sebacee în această perioadă. Acneea legată de modificările hormonale este de asemenea frecventă la:

- Femei şi adolescente aflate cu 2-7 zile înainte de ciclul menstrual
- Gravide
- Persoane predispuse la stres
- Persoane care utilizează anumite medicamente, incluzând corticosteroizii

Alţi factori de risc pentru acnee includ:

- Expunere directă a pielii la substanţe grase sau uleioase.
- Istoric familial de acnee
- Utilizarea echipamentelor sportive sau a hainelor care se freacă de piele
- Rasa caucaziană

Aplicarea de ulei sau grăsimi la nivelul pielii poate agrava acneea. Acestea includ machiajele pe bază de substanţe uleioase, uleiul pentru bronzat, fixative pentru păr, ca şi uleiurile de maşină sau de gătit. Acneea nu este produsă de murdărie. De fapt, frecarea prea puternică a pielii sau curăţarea cu săpunuri abrazive sau substanţe chimice pot produce iritaţie, ceea ce poate agrava acneea.

Diagnostic

Acneea este de obicei uşor de diagnosticat. Apariţia unor pustule asemănătoare coşurilor, fără puncte albe sau negre, poate fi o altă afecţiune a pielii sau poate fi o reacţie la medicamente, de exemplu la corticosteroizi.

Cât de gravă este acneea?

Pentru mulţi indivizi, acneea este o problemă de lungă durată (cronică), de la pubertate până târziu în viaţă. În multe cazuri se poate vindeca, dar este posibil să aveţi nevoie de tratament dermatologic în cazul coşurilor rebele sau a chisturilor inflamate pentru a evita apariţia de cicatrice sau alte distrugeri cutanate.

În plus, afecţiunea poate modifica imaginea proprie, încrederea, personalitatea şi viaţa socială. Aceste probleme potenţiale sunt alte motive pentru tratarea acneei. Tratamentul medical asigură, de obicei, o ameliorare vizibilă în câteva luni.

O acnee cu debut brusc la un adult poate fi un semn al unei cauze subiacente, cum ar fi o tumoră care alterează producţia anumitor hormoni. Acest lucru necesită o atenţie medicală promptă.

Tratament

Nu înţepaţi şi nu stoarceţi coşurile. Acest lucru poate duce la infecţie sau la apariţia cicatricelor. Majoritatea tipurilor de acnee se vor curăţa fără să fie nevoie de un asemenea tip de intervenţie. Dacă este necesar un tratament agresiv, adresaţi-vă medicului dumneavoastră sau dermatologului.

Tratamentele pentru acnee acţionează prin scăderea producţiei de sebum, accelerarea schimbării celulelor, controlul infecţiilor bacteriene sau toate trei. De cele mai multe ori, când urmaţi un tratament pentru acnee, rezultatele pot apărea după 6-8 săptămâni, iar aspectul pielii se poate înrăutăţi înainte de ameliorare. Majoritatea preparatelor orale pentru acnee nu trebuie utilizate în sarcină, mai ales în stadiile precoce sau când alăptaţi.

Tratamentul pentru acnee poate cuprinde unul sau mai multe dintre produsele următoare:

Loţiuni

Loţiunile antiacneice curăţă părţile grase, distrug bacteriile şi stimulează exfolierea celulelor cutanate moarte. Loţiunile eliberate fără reţetă sunt în general uşoare şi conţin benzoil peroxid, sulfuri, rezorcinol sau acid salicilic ca ingrediente active. Aceste produse pot fi de ajutor în caz de acnee uşoară.

Dacă acneea pe care o aveţi nu răspunde la acest tratament, puteţi să vă adresaţi medicului de familie sau dermatologului pentru a obţine o reţetă pentru o loţiune mai puternică. Produsele topice derivate din vitamina A sunt acidul retinoic, numit şi tretinoin (Avita, Retin-A) şi adapalen (Differin). Acestea acţionează la nivelul porilor prevenind formarea dopurilor.

Antibiotice

În cazul acneei moderate şi severe poate fi nevoie de antibiotice orale cum ar fi tetraciclina pentru a distruge bacteriile şi pentru a combate inflamaţia. Poate fi nevoie să luaţi aceste antibiotice luni de zile şi în combinaţie cu produse topice.

Unele antibiotice pot interfera cu activitatea anticoncepţionalelor orale, iar o parte dintre ele nu trebuie luate în sarcină.

Isotretinoin

În cazul chisturilor profunde, antibioticele pot să nu fie de ajuns. Isotretinoin (Accutane) este un medicament puternic, disponibil pentru acneea chistică, acneea cicatricială şi acneea care nu răspunde la alte tratamente. Acest medicament este rezervat pentru cele mai grave forme de acnee. Accutane este foarte eficient, dar cei care-l iau trebuie atent monitorizaţi de un dermatolog, datorită posibilităţii apariţiei unor reacţii adverse severe, incluzând depresie, dureri osoase sau articulare, probleme de vedere, sângerări rectale şi durere severă de stomac.

În plus, este posibil să apară malformaţii severe la naştere dacă se ia Accutane în timpul sarcinii. Accutane nu trebuie luat de femei care pot rămâne însărcinate, fie că vor, fie că nu. Există ghiduri stricte şi măsuri de siguranţă pentru utilizarea Accutane la femei cu potenţial reproductiv, iar medicamentul trebuie prescris doar de medicii care sunt familiarizaţi cu aceste ghiduri.

Contraceptivele orale

Contraceptivele orale, care includ norgestimate (Ortho-Cyclen, Tri-Cyclen) şi ethinylestradiol (Demulen, Ovral) s-au dovedit eficiente în ameliorarea acneei la femei. Unele antibiotice pot interfera cu efectul anticoncepţional al contraceptivelor orale.

Metode cosmetice

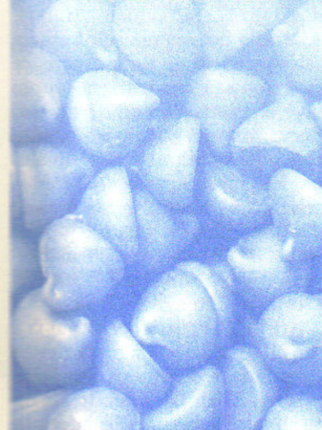
Chirurgia estetică poate diminua cicatricele lăsate de acnee. Aceste metode includ peeling medicamentos, dermabraziunea şi refacerea cu ajutorul laserului (vezi pag. 1213). Totuşi, dacă pielea dumneavoastră are tendinţa de a forma ţesut cicatricial (cheloid), aceste procedee vă pot înrăutăţi înfăţişarea.



Întrebare şi răspuns

Dieta are efect asupra acneei?

Contrar celor crezute de majoritatea oamenilor, alimentele au efect minim asupra acneei. Nici ciocolata, nici alimentele cu grăsimi, cum ar fi cartofii prăjiţi, nu par să producă sau să agraveze acneea. Totuşi, dacă anumite alimente par să vă agraveze acneea, este mai bine să le evitaţi. Discutaţi acest lucru cu medicul dumneavoastră.



Rozaceea

Semne şi simptome

- Zone roşii la nivelul feţei
- O tendinţă de îmbujorare sau de înroşire cu uşurinţă
- Mici vase de sânge vizibile la nivelul nasului şi a obrajilor (telangiectazia)
- Pustule sau umflături mici, roşii pe nas, obraji, antebraţe şi bărbie
- Inflamaţia obrajilor, nasului, antebraţelor şi bărbiei
- Senzaţie de arsură sau de nisip în ochi (rozaceea oftalmică)
- Nas roşu, umflat (rinofima)

Rozaceea este o afecţiune inflamatorie a pielii, care duce deseori la înroşirea feţei (vezi imaginile de la pag. 435). Caracteristicile sale – nas roşu, obraji îmbujoraţi şi prezenţa de umflături mici, roşii, pline cu puroi (pustule) sunt confundate în mod greşit cu acneea. Rozaceea este denumită uneori acneea adultului sau acnee rozacee, dar, în realitate, are o mică legătură cu coşurile şi cu punctele negre care apar frecvent la adolescenţi.

Afecţiunea poate fi progresivă, ceea ce înseamnă că tinde să se agraveze în timp. În majoritatea cazurilor, este însă ciclică. Poate fi activă o perioadă, scade în intensitate şi apoi apar recăderi.

În afară de acnee, rozaceea poate fi confundată cu alte probleme cutanate, cum ar fi o alergie cutanată. O dată diagnosticată, răspunde bine la tratament.

Rozaceea afectează mai ale adulţii blonzi, cu vârste între 30 şi 60 de ani. Aproximativ 13 milioane de americani au această afecţiune cutanată. Cu toate că rozaceea este mai frecventă la femei, bărbaţii sunt mai predispuşi să facă o formă severă, cu un nas umflat, roşu, strălucitor (rinofima). Rozaceea nu este o afecţiune periculoasă, dar poate afecta înfăţişarea şi imaginea proprie.

Evoluţia obişnuită

Rozaceea poate începe ca o simplă tendinţă la îmbujorare sau înroşire uşoară, apoi evoluează către apariţia unei zone roşii persistente în porţiunea centrală a feţei, în mod particular la nivelul nasului. Această înroşire apare prin dilatarea vaselor sangvine aflate în imediata apropiere a suprafeţei cutanate.

Pe măsura agravării simptomelor poate apărea rozaceea vasculară – vasele sangvine mici de la nivelul nasului şi obrajilor se dilată şi devin vizibile (telangiectazia). Pielea dumneavoastră devine mai uscată şi mai sensibilă. Totuşi, rozaceea se poate asocia şi cu piele grasă, precum şi cu mătreţa.

Pot apărea mici bube roşii persistente, răspândite în jurul nasului, la nivelul obrajilor, antebraţelor şi bărbiei. Aceasta este cunoscută şi ca rozaceea inflamatorie. În cazurile severe şi rare, glandele sebacee de la nivelul nasului şi uneori al obrajilor se măresc, ducând la creşterea de ţesut, pe şi în jurul nasului (rinofima).

Peste 50% dintre cei care au rozacee prezintă rozacee oftalmică. Ei pot avea o senzaţie de arsură sau de nisip în ochi, iar pleoapele se pot inflama sau descuama.

Cauza rozaceei este necunoscută, dar cercetătorii cred că se datorează unei combinaţii între factorii genetici şi factorii de mediu. Un lucru este cert – rozaceea nu este dată de alcoolism. Deşi consumul de alcool produce înroşirea pielii şi poate agrava rozaceea, cei care nu consumă alcool pot avea semne şi simptome severe.

Rozaceea poate fi agravată de un număr de factori, prin creşterea fluxului sangvin la nivelul pielii. O parte dintre aceştia sunt:

- Băuturile sau mâncărurile fierbinţi
- Alimentele picante
- Alcoolul
- Întreruperea consumului de cofeină (cofeina, ea însăşi nu este un factor)
- Temperaturile extreme
- Lumina soarelui
- Stres, furie, necazuri
- Exerciţii dificile
- Băi fierbinţi, saună
- Corticosteroizii, ca şi medicamentele care dilată vasele sangvine
- Produsele de îngrijire a pielii, care conţin ingrediente ca acizi, alcool şi alte substanţe iritante

Diagnostic

Dacă aveţi o roşeaţă persistentă la nivelul feţei, adresaţi-vă medicului dumneavoastră sau unui dermatolog. Diagnosticul precoce este important deoarece rozaceea este o afecţiune progresivă.

Tratament

Cu toate că nu există tratament curativ pentru rozacee, tratamentul corespunzător poate ameliora semnele şi simptomele. Deseori, este nevoie de o combinaţie de tratamente prescrise şi de măsuri de autoîngrijire. Tratamentul este mai eficient dacă se începe din timp.

Tratamentele prescrise includ, de obicei, antibiotice care se aplică la nivelul pielii (topic) sau care se administrează pe cale orală. În multe cazuri, dermatologii prescriu iniţial antibiotice atât orale cât şi topice pentru a ameliora simptomele, apoi antibiotice cu aplicare topică, pe termen lung pentru menţinerea remisiunii.

Rozaceea oftalmică trebuie tratată cu antibiotice orale. Chirurgia cu laser poate micşora vasele sangvine vizibile şi poate ameliora aspectul nasului roşu şi umflat (rinofima)

În plus, medicul dumneavoastră vă poate recomanda anumite creme, săpunuri, ecranante solare şi alte produse care să amelioreze afecţiunea. Dacă rozaceea este declanşată de bufeuri, trebuie controlat nivelul estrogenilor.

Tratament medicamentos

Un antibiotic cu aplicare topică prescris frecvent este metronidazolul. Acest medicament se poate găsi sub formă de cremă, loţiune sau gel. Alte antibiotice cu aplicare topică includ sulfacetamida, eritromicina şi clindamicina. Aplicarea topică de preparate care conţin sulfuri sau acid salicilic poate fi de asemenea de ajutor.

O parte dintre antibioticele orale prescrise sunt tetraciclina, minociclina, doxiciclina şi eritromicina. Antibioticele orale pot acţiona mai rapid decât cele cu aplicare topică şi sunt mai eficiente în tratarea pustulelor ce apar în rozacee.

Isotretinoin (Accutane) este un medicament puternic, utilizat uneori în cazurile severe de rozacee. Prescris de regulă pentru acneea chistică, acesta acţionează prin inhibarea secreţiei glandelor sebacee. Isotretinoinul trebuie utilizat cu precauţie. Poate avea efecte adverse semnificative şi se ştie că produce malformaţii severe la făt dacă este administrat în timpul sarcinii

Durata tratamentului depinde de tipul şi de severitatea simptomelor dumneavoastră, dar veţi observa o ameliorare la 1-2 luni. Deseori, este necesar tratament de lungă durată, deoarece simptomele pot reapărea în cazul întreruperii medicaţiei.

Tratament chirurgical

Creşterea în dimensiuni a vaselor sangvine, un grad de roşeaţă şi modificările datorate rinofimei pot deveni deseori permanente. În aceste cazuri se pot utiliza metodele chirurgicale, cum ar fi chirurgia cu laser sau electrocoagularea, pentru reducerea vaselor vizibile, pentru îndepărtarea ţesutului crescut în exces în jurul nasului şi în general pentru îmbunătăţirea aspectului.

Autoîngrijirea

Ca şi medicul dumneavoastră, puteţi juca un rol activ în tratament. Unul dintre cele mai importante lucruri pe care le puteţi face este să limitaţi expunerea la orice factor care produce o recădere.

Este importantă descoperirea factorilor care vă agravează afecţiunea pentru a-i evita, deoarece pacienţii sunt diferiţi. Poate fi de ajutor respectarea unui program. Iată alte sugestii pentru prevenirea recăderilor:

- Protejaţi-vă faţa de soare prin purtarea unei pălării cu boruri largi sau prin utilizarea ecranantelor solare cu factor de protecţie de cel puţin 15.
- Iarna protejaţi-vă faţa cu un fular.
- Evitaţi iritarea feţei prin frecarea sau atingerea ei exagerată.
- Evitaţi folosirea produselor pentru faţă care conţin alcool sau alte substanţe iritante.
- Atunci când utilizaţi o loţiune şi un medicament cu aplicare topică, aplicaţi-o după ce medicamentul s-a uscat.
- Utilizaţi produsele pe care scrie că sunt noncomedogenice pentru a evita obstruarea porilor.
- Nu ieşiţi în zilele călduroase.
- Încercaţi să evitaţi situaţiile stresante.
- Dacă vă machiaţi, utilizaţi o bază cu nuanţă verzuie. Aceasta poate combate roşeaţa cutanată.

Psoriazis

Semne şi simptome

- Pete uscate, roşii pe piele, acoperite de scuame argintii
- Cruste mici (mai frecvent la copii)
- Articulaţii umflate şi rigide

Semne şi simptome de urgenţă

- Înroşire şi descuamare ce afectează toată pielea

Psoriazisul, o boală cutanată frecventă, afectează ciclul de viaţă al celulelor cutanate. În mod normal, este nevoie de circa o lună pentru ca celulele noi să se deplaseze de la nivelul stratului bazal al pielii, unde sunt produse, către stratul extern, unde mor şi apoi se descuamează sub forma unor coji mici. În cazul psoriazisului, acest proces durează doar câteva zile. Drept urmare, celulele se acumulează rapid, formând pete groase cu cruste.

Psoriazisul (vezi imaginile de la pagina 432) este o boală persistentă, de lungă durată (cronică). Afectează aproximativ 5,5 milioane de americani. Psoriazisul poate apărea brusc, la orice vârstă, dar debutul este de obicei progresiv, mai frecvent între 15 şi 35 de ani.

Inflamaţia poate fi frustrantă, producând pete cutanate urâte, disconfort şi chiar durere. Atacurile pot apărea sub forma a câteva puncte de descuamare, ca mătreaţa sau arii mari cu erupţii severe. Psoriazisul afectează mai frecvent coatele, genunchii, trunchiul şi scalpul. La nivelul unghiilor pot apărea scobituri şi crestături. Erupţiile apar sub diverse forme: pustule, piele crăpată, putând prezenta mâncărime sau sângerări minore. Psoriazisul nu este contagios.

Artrita însoţeşte psoriazisul la 1 din 10 pacienţi. În majoritatea cazurilor, efectele artritei sunt minore. Apare un grad de durere la nivelul articulaţiilor afectate,

dar cu efecte minime asupra stării generale de sănătate. Rareori, simptomele articulare pot duce la incapacitate semnificativă, similară celei din poliartrita reumatoidă.

Cauze

În psoriazis, celulele cutanate se reproduc rapid, formând un strat superior mai gros neuniform. Acest proces nu se întrerupe de obicei decât dacă tratamentul oprește ciclul.

Factorii care pot declanșa psoriazisul sunt:

- O infecție sistemică, cum ar fi angina strptococică
- Un răspuns imun sistemic la o boală
- Leziuni ale pielii
- Reacție la medicamente sau vaccinuri
- Stresul
- Consumul excesiv de alcool
- Factori de mediu, cum ar fi expunerea la soare sau la substanțe chimice, cum ar fi dezinfectantele și dizolvantele pentru vopsele

Medicii cred că psoriazisul este o boală moștenită influențată de mulți factori. Cercetătorii nu au descoperit însă gena sau genele răspunzătoare.

Diagnostic

Diagnosticul psoriazisului se bazează în general pe un examen fizic. Medicul dumneavoastră vă poate face o biopsie cutanată pentru o analiză microscopică în scopul excluderii altor afecțiuni sau a infecției cu fungi.

Cât de grav este psoriazisul?

Psoriazisul poate fi de la ușor și de scurtă durată (acut) până la sever și cronic. Afecțiunea nu poate fi vindecată, dar tratamentele sunt de obicei eficiente. Dacă aveți aproape toată pielea afectată, trebuie să faceți un tratament prompt. În timpul recăderilor, pot apărea infecții acute secundare.

Tratament

Unul dintre motivele pentru care psoriazisul este atât de dificil de tratat este larga varietate de forme, severitate și răspuns la tratament. Datorită faptului că fiecare caz de psoriazis este unic, medicul va concepe un tratament special pentru dumneavoastră. Scopul tratamentului este de a normaliza creșterea și maturarea celulelor cutanate. În cazurile ușoare pot fi suficiente săpunurile pe bază de gudroane de huilă, șampoane, loțiuni de curățat sau creme utilizate împreună cu uleiurile de baie.

Alte opțiuni terapeutice includ:

Creme și unguente

Calcipotriene (Dovonex) este o alifie care conține un derivat de vitamina D și care controlează supraproducția de celule cutanate. Este un tratament util în cazul psoriazisului ușor și moderat. O altă opțiune este medicația topică cu retinoizi, cum ar fi tazarotenul (Tazorac). Medicul vă poate prescrie și corticosteroizi sau un preparat ce conține gudroane naturale. Dacă aveți leziuni de psoriazis la nivelul scalpului, poate fi nevoie de o loțiune cu fenol și clorură de sodiu (sare) sau un preparat cu gudroane mai puternic, ce se asociază cu șamponul obișnuit cu gudroane. Pot fi prescrise și loțiuni sau soluții topice cu calcipotriene sau cu corticosteroizi.

Medicația orală

Acitretinul (Soriatane) poate fi de ajutor în reducerea excesului de creștere a celulelor cutanate în formele severe de psoriazis. Trebuie luate măsuri de precauție când se administrează acest medicament deoarece poate avea reacții adverse ca inflamația ochilor și a buzelor, căderea părului și fotosensibilitate, precum și malformații la făt dacă este luat pe perioada sarcinii.

Alte tratamente medicamentoase orale includ metotrexatul, care blochează creșterea celulelor cutanate în psoriazis, și ciclosporina, care inhibă sistemul imun. Aceste medicamente pot produce reacții adverse severe, incluzând toxicitate renală și hepatică, și sunt în general rezervate celor mai severe cazuri de psoriazis.

Fototerapia

Psoralen plus ultraviolete A (PUVA), o combinație a unui medicament ce crește sensibilitatea la lumină (psoralen) cu aplicarea radiațiilor ultravioletelor A (UVA), este eficient în suprimarea creșterii celulelor cutanate în psoriazisul sever. Utilizarea pe termen lung a PUVA – 250 de cure sau mai mult – poate crește riscul de cancer cutanat, incluzând melanomul, o formă potențial letală.

Expunerea la lumina moderată a soarelui, fiind atent să vă feriți de arsurile solare, precum și aplicarea gudroanelor în combinație cu ultravioletele B (tratamentul Goeckerman) sunt, de asemenea, tratamente eficiente.

O formă nouă de fototerapie, numită ultraviolete B cu spectru îngust (NB-UVB), poate fi la fel de eficientă ca PUVA și nu necesită medicație pe cale orală înainte de fiecare cură. Este posibil ca acest tratament să nu aibă un potențial la fel de mare ca PUVA să producă un cancer cutanat.

Adeseori, se combină medicația orală cu fototerapia pentru creșterea eficacității. Medicii utilizează uneori fototerapia și medicația orală prin rotație sau asociate, dar în doze mici pentru a minimaliza efectele adverse.

Autoîngrijire

Puteți să luați o serie de măsuri pentru a controla psoriazisul:

- Păstrați o dietă echilibrată, odihniți-vă cât trebuie și faceți exerciții regulate.
- Mențineți-vă o greutate sănătoasă. Psoriazisul apare frecvent la nivelul pliurilor.
- Evitați scărpinatul, frecarea sau cojirea leziunilor de psoriazis.
- Faceți baie zilnic pentru înmuierea crustelor. Evitați băile fierbinți sau utilizarea săpunurilor abrazive.
- Păstrați-vă pielea umedă. Ștergeți-vă cu blândețe după baie; aplicați o emulsie uleioasă puternică imediat după baie, în timp ce pielea este încă umedă, evitați utilizarea cremelor sau loțiunilor care conțin alcool, folosiți un umidificator și păstrați răcoare în cameră.
- Utilizați săpunuri, șampoane, loțiuni de curățare sau alifii ce conțin gudroane sau acid salicilic.
- Expuneți-vă pielea la soarele moderat, dar evitați arsurile solare.
- Aplicați o cremă cu cortizon eliberată fără rețetă, 0,5% sau 1%, pentru câteva săptămâni, atunci când simptomele sunt mai severe.

Lichenul plan

Semne şi simptome

- Apariţia unui rash cu arii proeminente, plate, cu o culoare care poate varia de la violet la roz şi roşu
- Apariţia tipică a unui rash pe braţe, dar care uneori poate apărea pe scalp sau pe mucoasele de la nivelul gurii, nasului, vaginului şi anusului
- Prurit
- Durere sau senzaţie de arsură la nivelul mucoaselor

Lichenul plan este un rash persistent, pruriginos, caracterizat prin apariţia de puncte roşii, strălucitoare pe piele şi a unora alb-cenuşii în gură. Cel mai frecvent, lichenul plan apare la jumătatea vieţii, între 45 - 60 de ani. Atacurile iniţiale pot persista săptămâni sau luni de zile, iar recurenţele pot continua mai mulţi ani. Simptomele care apar la nivelul gurii sunt uscăciunea, un gust metalic sau pervertirea gustului şi arsuri. Acestea pot apărea înaintea rash-ului şi pot fi singurele simptome ale bolii.

De obicei, cauza acestei afecţiuni nu poate fi determinată. În unele cazuri poate fi o reacţie la medicamente sau la stres. Unele cazuri au fost asociate cu infecţii, cum ar fi hepatitele.

Cât de grav este lichenul plan?

Lichenul plan cutanat este în general necanceros (benign). Se poate vindeca prin tratament, dar poate persista luni sau ani de zile.

Cei care au leziuni pe termen lung la nivelul mucoaselor au risc mai mare de carcinom pavimentos – o formă de cancer de piele. În aceste situaţii, medicul vă poate recomanda o examinare periodică pentru a observa orice modificare la nivelul leziunilor. Este, de asemenea, importantă întreruperea fumatului, care vă creşte riscul de carcinom pavimentos.

Diagnostic

Diagnosticul de lichen plan se pune prin examen fizic sau prin examinare în laborator a unei probe de ţesut (biopsie).

Tratament

Tratamentul este în general orientat către ameliorarea pruritului şi poate include:

- Unguente sau creme care conţin un medicament corticosteroid.
- Fototerapia cu ultraviolete.
- Corticosteroizi pe cale orală în cazurile severe.
- Terapie imunomodulatoare în cazurile severe.

Pitiriazis rozat

Semne şi simptome

- Un rash uşor, pruriginos, de la roz la gălbui
- Un rash care începe ca o pată mare la nivelul unui braţ, picior sau pe trunchi

Pitiriazisul rozat este o afecţiune cutanată ce produce un rash fin, cu cruste, care variază de la roz la gălbui. Rash-ul pruriginos poate începe sub forma unui punct mai mare numit „placă heraldică" pe un braţ, picior sau pe trunchi. După câteva zile, acest rash se poate extinde către alte zone ale organismului. Rash-ul se poate descuama.

Cauza acestei afecţiuni nu este clară. Se poate datora unei infectii virale. Pitiriazisul rozat afectează de obicei copiii şi adulţii tineri. Acest rash poate dura 3 - 12 săptămâni. Este rareori recurent.

Tratament

Nu există un tratament specific pentru pitiriazisul rozat. Rash-ul dispare de obicei fără tratament. Expunerea la lumina soarelui poate ajuta la diminuarea lui – dar evitaţi arsurile solare. Puteţi ameliora pruritul prin aplicarea

Reguli pentru baie

Urmaţi aceste sfaturi pentru a diminua uscăciunea pielii prin îmbăiere.

- Faceţi baie mai rar. Este suficient de 2-3 ori pe săptămână pentru majoritatea oamenilor. Limitaţi-vă la 15 minute şi utilizaţi apă călduţă, nu fierbinte.
- Alegeţi săpunuri grase, cum ar fi Basis sau Dove, care vă usucă pielea mai puţin. Adăugaţi în apă o pudră Aveeno cu ovăz sau uleiuri de baie. Formele solide de gel şi lichide ale săpunurilor şi derivatelor acestora produc mai puţin uscarea pielii decât deodorantele şi săpunurile antibacteriene.
- Folosiţi săpunuri doar la nivelul feţei, axilei, zona genitală, mâini şi picioare. Pentru celelalte zone utilizaţi apa limpede.
- După baie, ştergeţi-vă rapid pielea cu palmele sau masaţi blând cu un prosop.
- Aplicaţi imediat după uscare o cremă sau un ulei. Utilizaţi o cremă hidratantă puternică, uleioasă, nu o cremă uşoară, care conţine mai multă apă şi se absoarbe rapid. Evitaţi folosirea cremelor sau loţiunilor care conţin alcool. Acordaţi o atenţie specială picioarelor, braţelor, spatelui şi flancurilor.



de creme hidratante sau cu hidrocortizon eliberate fără reţetă din farmacii.

Pielea uscată

Semne şi simptome

- Prurit
- Piele cu cruste, care se descuamează

Pielea uscată, pruriginoasă, cunoscută şi sub numele de asteatoză, este o problemă frecventă, mai ales la vârstnici. Aerul rece şi umiditatea scăzută pot avea efect de uscare a pielii.

Anotimpul cu vremea uscată depinde de locul în care trăiţi. Locuitorii statului Minnesota prezintă prurit iarna, în timp ce locuitorii Arizonei suferă de prurit vara.

Simptomele de piele uscată apar prin pierderea substanţelor naturale hidratante şi uleioase de la nivel cutanat. Pot apărea pete rotunde de iritaţie cutanată, care seamănă cu leziunile produse de tinea. Leziunile apar cel mai frecvent la nivelul gambelor, braţelor, flancurilor şi coapselor.

Tratament

Pentru a scădea uscăciunea pielii care produce asteatoză faceţi baie mai rar în sezonul uscat şi hidrataţi-vă pielea zilnic cu ajutorul cremelor sau uleiurilor. În plus, utilizaţi un umidificator şi păstraţi răcoare în cameră. Dacă simptomele persistă, aplicaţi o cremă ce conţine cortizon, eliberată fără reţetă din farmacii.

Pruritul

Prurit este termenul medical pentru mâncărime. Indiferent cum îi spuneţi, acesta poate fi o afecţiune supărătoare, chinuitoare.

Cauze

Cu toate că cea mai frecventă cauză de mâncărime este pielea uscată, aceasta poate apărea într-o varietate de afecţiuni sau boli. Uneori, poate fi un indicator al unei afecţiuni sistemice, de exemplu boli hepatice sau renale, şi unele afecţiuni ale sângelui. Mâncărimea poate fi produsă de larvele parazitului *Ancylostomatoidea* care penetrează prin piele. Acesta include pruritul înotătorilor, produs de larvele de *Ancylostomatoidea* de la câini şi pisici, şi pruritul de pământ, dat de adevăratul *Ancylostomatoidea*.

Multe alte afecţiuni cutanate pot fi însoţite de mâncărime ca simptom major, incluzând muşcăturile de insecte, dermatitele, urticariile şi parazitozele cutanate, de exemplu scabia. Unele medicamente, ca aspirina şi analgezicele care conţin codeină pot produce prurit, care poate fi însoţit sau nu de rash.

Stresul emoţional poate contribui sau agrava pruritul, indiferent de cauza subiacentă. În cazul în care factorii emoţionali sunt cauza primară, afecţiunea se numeşte prurit psihogen.

Tratament

Antihistaminicele pot ameliora pruritul dat de urticarii, anumite rash-uri produse de medicamente şi anumite forme de dermatită. Majoritatea antihistaminicelor au şi un uşor efect sedativ şi vă pot ajuta să dormiţi. Cremele şi uleiurile care conţin hidrocortizon, mentol, camfor şi alte medicamente pot fi de ajutor în controlul pruritului dat de muşcăturile de insecte şi dermatită.

În cazul uscării pielii cu vârsta, hidratarea acesteia este cheia tratamentului. În cazul pruritului sever care apare pe o piele uscată utilizaţi Aveeno, cu o formă de săpun pe bază de fulgi de ovăz atunci când faceţi baie.

Puteţi să obţineţi acelaşi efect dacă faceţi o baie cu fulgi de ovăz sau cu praf de copt şi amidon. Pentru a face o baie cu fulgi de ovăz, legaţi strâns o mână de fulgi de ovăz într-o bucată de pânză de bumbac. Fierbeţi-o ca şi cum aţi găti fulgii de ovăz. Apoi folosiţi acest „burete de fulgi de ovăz" în timp ce faceţi baie într-o cadă jumătate plină cu apă călduţă. Pentru a prepara o baie cu praf de copt şi amidon, puneţi jumătate dintr-o cutie de 500 g praf de copt şi 500 g de apret de rufe într-o cadă jumătate plină cu apă călduţă. Amestecaţi bine şi spălaţi-vă fără să utilizaţi săpun.

În cazul unui rash sever cu prurit, medicul dumneavoastră vă poate prescrie un preparat cortizonic mai puternic pentru a ameliora mâncărimea. Dacă aveţi prurit generalizat, persistent, adresaţi-vă medicului. Acesta poate fi un simptom al altor afecţiuni.

Ihtioza

Semne şi simptome

- Piele foarte uscată, descuamată, încă din copilărie

Ihtioza este un grup de afecţiuni cutanate moştenite care se întâlneşte la peste un milion de americani. În limba greacă, *ihti* înseamnă „peşte" şi se referă la aspectul uscat, descuamat al pielii, care apare în această afecţiune. Ihtioza apare atunci când procesul natural de schimbare a pielii este prea lent sau când producţia celulară este prea rapidă.

Majoritatea cazurilor de ihtioză sunt uşoare, dar unele pot fi severe. Afecţiunea poate fi observată uneori la naştere, dar deseori apare între vârstele de 1 şi 4 ani. Uneori, dispare pentru o lungă perioadă a vârstei adulte şi reapare mai târziu. Rash-ul apare mai ales la nivelul coatelor, genunchilor şi mâinilor. Se agravează mai ales iarna. Ihtioza se poate asocia cu eczema (vezi pag. 1170).

Tratament

Nu se cunoaşte nici un tratament curativ pentru ihtioză, de aceea scopul tratamentului este controlul simptomelor prin hidratarea pielii. Cel mai simplu tratament poate fi aplicarea de geluri pe bază de petrol la nivelul zonelor afectate, acestea acoperindu-se uneori cu un plastic pentru a nu veni în contact cu hainele sau cu mobila. Poate fi de ajutor şi aplicarea de 2 ori pe zi a cremelor cu acid lactic, uree sau cu alte componente.

În cazurile grave, medicul dumneavoastră vă poate prescrie retinoizi - medicamente derivate din vitamina A. Aceştia reduc proliferarea celulelor cutanate. Efectele adverse ale medicaţiei includ inflamaţia ochilor şi buzelor, apariţia ciocurilor osoase, căderea părului, precum şi defecte la naştere, dacă sunt luate în timpul sarcinii.

Urticaria

Semne şi simptome

- Erupţie proeminentă, roşie, deseori pruriginoasă, de diverse dimensiuni care apare şi dispare la întâmplare pe suprafaţa pielii
- Apariţia erupţiei acolo unde zgâriaţi pielea (dermatografism)

Urticaria este frecventă. În mod tipic, afecţiunea apare ca o reacţie la alergeni interni şi externi. Există o formă rară de urticarie, angioedemul, care poate pune în pericol viaţa. De aceea, este important să evitaţi substanţele care pot declanşa urticariile. Pentru a afla mai multe lucruri despre urticarie şi angioedem, vezi pag. 542.

Tratament

Atunci când apare o urticarie, tratamentul ales este cu antihistaminice. În cazurile mai severe pot fi utilizate şi alte medicamente, cum ar fi adrenalina injectabil (epinefrina). Uneori, sunt prescrişi corticosteroizii pentru tratamentul urticariei.

Modificările pigmentare

Semne şi simptome

- Pete uşor proeminente
- Pete maronii închis la nivelul pielii

Culoarea pielii este determinată de melanină, un pigment produs de anumite celule (melanocite) din piele. Uneori, se schimbă ceva în acest mecanism.

Cloasma

Atunci când se produce prea multă melanină într-o zonă cutanată, care devine mai închisă la culoare, aceasta se numeşte cloasmă (vezi imaginile de la pag. 433). Petele sunt mai frecvente la nivelul feţei. Rareori, se extind şi în alte zone. La femei apar mai frecvent în sarcină sau în cazul utilizării anticoncepţionalelor orale, dar pot apărea fără nici un motiv atât la femei cât şi la bărbaţi.

Vitiligo

Atunci când nu se produce melanină, ariile cutanate implicate devin albe. Atunci când o pată albă creşte, cauza poate fi o afecţiune cutanată numită vitiligo (vezi imaginile de la pag. 433). Deşi vitiligo poate debuta la orice vârstă, apare de obicei între 20 şi 30 de ani. Petele albe pot apărea la nivelul feţei, deasupra ochilor sau pe gât, în axile, zona genitală, pe mâini sau genunchi. Sunt deseori simetrice şi se pot răspândi pe tot corpul. Ereditatea este un factor deseori implicat.

Uneori, vitiligo apare prin distrugerea celulelor care produc melanină de către sistemul imun. Unii oameni cu vitiligo au şi afecţiuni imunologice, cum ar fi afecţiuni tiroidiene sau anemie pernicioasă.

Cât de grave sunt modificările pigmentare?

Nici vitiligo, nici cloasma nu sunt afecţiuni periculoase pentru viaţă. Produsele cosmetice sunt deseori utilizate pentru ascunderea petelor. Trebuie să vă protejaţi pielea împotriva soarelui – prin haine, ecranante solare, evitarea soarelui sau prin toate trei – deoarece petele de vitiligo sunt expuse arsurilor solare.

Tratament

Se utilizează tratamente de repigmentare şi depigmentare pentru restabilirea culorii uniforme a pielii.

Repigmentarea petelor de vitiligo se face prin tratament cu psoralen plus ultraviolete A (PUVA), care asociază un medicament fotosensibilizant (psoralen) cu radiaţiile ultraviolete A (UVA). Această tehnică este folosită de mai multe decenii.

În ultimii ani s-au utilizat cu succes ultravioletele B cu spectru îngust (NB-UVB). Ambele tratamente se administrează sub controlul unui dermatolog.

Utilizarea PUVA pe termen lung vă poate creşte riscul de cancer cutanat. Pentru limitarea acestui risc este necesar un dozaj corect şi supervizarea medicală. Formele uşoare de vitiligo pot răspunde la preparatele topice cu corticosteroizi sau la noile medicamente cu aplicare topică: pimecrolimus (Elidel) sau tacrolimus (Protopic).

Aplicarea pe timpul nopţii a unei creme ce conţine acid retinoic (Avita, Retin-A) poate fi de ajutor în deschiderea culorii petelor închise din cloasmă. Cremele care albesc pot fi de asemenea de ajutor. Acestea sunt eliberate pe bază de reţetă din farmacii şi conţin o cantitate scăzută de hidrochinonă. Protecţia solară este obligatorie pentru a evita repigmentarea rapidă a cloasmei.

Reacţiile cutanate medicamentoase

Semne şi simptome

- Modificări cutanate, cuprinzând înroşire, urticarie, băşici şi sângerări cutanate
- Mâncărime

Rash-ul la medicamente este rezultatul unei reacţii alergice la un medicament eliberat fără reţetă sau la unul prescris de medic. Dacă rash-ul apare pe perioada în care luaţi un medicament, acesta poate fi cauza.

Reacţiile la medicamente pot reprezenta mai mult decât un prurit sau un rash. Semnele şi simptomele unei reacţii medicamentoase pot fi extrem de variate. Asociat rash-ului puteţi avea febră, convulsii, greaţă, vărsături, diaree, aritmii cardiace, dificultăţi respiratorii, astm sau scăderea fluxului urinar. În plus, testele de laborator pot evidenţia modificări ale valorilor hemoglobinei sau ale leucocitelor.

Febra este deseori primul simptom al unei reacţii medicamentoase. Din fericire, rash-ul apare de regulă rapid în cazul unei reacţii la un medicament şi vă avertizează asupra acesteia. Dacă luaţi unul sau mai multe medicamente, apariţia unui rash persistent este un semnal de alarmă să mergeţi la doctor.

Tratament

Dacă aveţi rash produs de medicamente, semnele şi simptomele se ameliorează de obicei atunci când întrerupeţi medicaţia. În cazul în care este vorba de un medicament prescris de către medic, adresaţi-vă acestuia înainte să-l întrerupeţi.

Dacă rash-ul este pruriginos, băile pe bază de fulgi de ovăz sau hainele umede pot avea efect calmant (vezi pag. 1179). Pot fi de ajutor şi cremele cu hidrocortizon. Antihistaminicele calmează uneori pruritul şi diminuă rash-ul produs de anumite medicamente.



Erupţiile frecvente din copilărie

Uneori, poate fi dificilă determinarea cauzei erupţiei. Există 4 afecţiuni mai frecvente ale copilăriei care produc frecvent erupţie.

Vărsatul de vânt

Vărsatul de vânt (varicela) produce o erupţie cu puncte roşii, pruriginoase la nivelul feţei sau pieptului, care se vor răspândi pe braţe şi pe picioare. Aceste puncte se umplu rapid cu lichid formând băşici care se vor rupe formând cruste. Apar pete noi pe o perioadă de 4-5 zile. Varicela este însoţită de febră, tuse, rinoree şi este contagioasă până în stadiul de cruste.

Adresaţi-vă medicului în cazul în care erupţia cuprinde ochii sau este însoţită de tuse sau dispnee. În plus, consultaţi medicul în cazul în care varicela apare de două ori la aceeaşi persoană sau după o imunizare.

Boala a cincea (eritem infecţios acut)

În această afecţiune apar pete roşii strălucitoare, proeminente, pe ambii obraji, dând aspect de „faţă pălmuită". În următoarele câteva zile, poate apărea o iritaţie de culoare roz, dantelată, uşor proeminentă pe braţe, trunchi, coapse şi fese. Această iritaţie poate dispărea şi reapărea pentru o perioadă de până la 3 săptămâni. Unii copii pot avea febră moderată şi unele simptome uşoare, asemănătoare răcelii comune.

Pojarul

Pojarul (rujeola) începe tipic cu febră, deseori cu valori mari, de 40-41°C, tuse, strănut, durere în gât şi ochi inflamaţi, umezi. Erupţia apare după 2-4 zile. Deseori, începe sub forma unor puncte roşii, fine pe faţă şi se răspândeşte la nivelul trunchiului, braţelor şi picioarelor. Petele se pot mări şi durează de obicei o săptămână. Pot apărea puncte mici, albe, la nivelul liniei de demarcaţie medială a obrajilor.

Adresaţi-vă medicului în cazul în care copilul dumneavoastră are pojar. Pot apărea rareori complicaţii grave, cum ar fi pneumonia, encefalita sau o suprainfecţie bacteriană.

Roseola infantum

Roseola începe deseori cu febră înaltă ce durează circa 3 zile. Când febra cedează, apare o erupţie la nivelul trunchiului şi gâtului care durează de la câteva ore la câteva zile. Virusul afectează mai frecvent copiii cu vârste între 6 luni şi 3 ani. Adresaţi-vă medicului dacă erupţia durează mai mult de 3 zile.

Arsurile solare

Semne şi simptome

- Piele roşie, sensibilă, umflată
- Vezicule cu lichid clar
- Piele descuamată

Semne şi simptome de urgenţă

- Febră şi frisoane
- Greaţă
- Delir

Arsurile solare sunt rezultatul expunerii exagerate a pielii la radiaţiile ultraviolete (UV) emise de soare sau de aparatele de bronzat. Congestia capilarelor care asigură aportul sangvin la nivel cutanat produce înroşirea şi umflarea pielii arse de soare.

Se presupune că arsurile solare joacă un rol în creşterea dramatică a incidenţei melonomului malign, forma de cancer cutanat cu cea mai mare letalitate. Un istoric de arsuri solare dureroase, cu vezicule, apărute mai ales în copilărie, vă creşte riscul de apariţie a melonomului mai târziu în viaţă (vezi pag. 1200). Expunerea intensă, de scurtă durată la soare este de asemenea riscantă. Orice vârstă aţi avea, nu există noţiunea de bronz sănătos.

Conţinutul de UV al razelor solare variază. Acesta este mai mare la altitudine deoarece razele UV nu sunt filtrate de nori sau de ceaţă. Aerul rece nu reduce radiaţiile UV solare. Razele UV reflectate de zăpadă, nisip, apă sau alte suprafeţe pot produce arsuri la fel de grave ca şi radiaţiile directe. Cu cât aveţi o piele mai închisă la culoare, cu atât razele UV pătrund mai greu deoarece sunt absorbite de melanină.

Arsurile solare uşoare sau expunerea la soare pot stimula producţia cutanată de melanină suplimentară ca factor de protecţie împotriva penetrării ultravioletelor. Mai multă melanină înseamnă un bronz mai puternic dacă pigmentul produs suplimentar este egal distribuit. Dacă nu, apar pistrui, pete hepatice sau pete cu culoare modificată. Producţia şi distribuţia melaninei este sub control genetic. Nu puteţi face nimic pentru a vă schimba capacitatea de bronzare.

Culoarea pielii, a ochilor, a părului sunt buni predictori ai capacităţii dumneavoastră de a tolera soarele înainte de a suferi o arsură (vezi pag. 1168). Aveţi un

Protejaţi-vă pielea de soare

Este prima zi călduroasă, însorită, după o iarnă lungă. Ieşiţi afară să luaţi o gură de aer proaspăt, închideţi ochii şi întoarceţi-vă faţa spre soare. Căldura plăcută exercitată de soare asupra pielii vă face să vă simţiţi bine. Vă gândiţi cum ar arăta un bronz frumos, dar ceea ce obţineţi cu adevărat pot fi ridurile şi petele hepatice.

În ciuda părerii că bronzul este sănătos, expunerea excesivă la soare este responsabilă pentru multe din leziunile cutanate asociate cu îmbătrânirea. Este un proces care durează toată viaţa, pielea acumulând în timp efectele dăunătoare ale soarelui.

Expunerea repetată la radiaţiile ultraviolete (UV) produse de soare sau de aparatele de bronzat duc la îmbătrânirea prematură a pielii, la apariţia ridurilor şi modoficărilor de culoare la nivel cutanat. Multe dintre efectele cutanate au doar consecinţe estetice, dar unele efecte pot fi mortale. Expunerea excesivă la soare este cauza care duce la aparitia cancerului cutanat, de departe cea mai frecventă formă de cancer diagnosticată azi. Aproape 50% dintre toţi americanii care ajung la vârsta de 65 de ani vor avea cel puţin un cancer cutanat.

Convieţuirea cu soarele

Dacă sunteţi dotat cu ecranante solare şi cu haine adecvate, puteţi preveni – la orice vârstă – leziunile produse la nivel cutanat.

Evitarea

Atunci când este posibil, evitaţi expunerea excesivă la soare prin desfăşurarea activităţilor în afara casei dimineaţa devreme sau după-amiaza târziu. Radiaţiile UV sunt mai puternice între orele 10 şi 12.

Aparatele de bronzat produc de asemenea leziuni cutanate. Acestea emit radiaţii ultraviolete A (UVA) care sunt considerate mai puţin periculoase decât ultravioletele B (UVB). Radiaţiile UVB penetrează mai adânc prin piele, producând leziuni cutanate precanceroase şi vă cresc riscul de cancer.

Îmbrăcăminte adecvată

Dacă vă aşteptaţi că veţi fi expus la soare pentru o perioadă lungă, protejaţi-vă. Purtaţi o pălărie, tricouri cu mâneci lungi şi evitaţi purtarea şorturilor. Există fabrici producătoare de îmbrăcăminte (Solumbra, MasqueRays) care au modele special create pentru a asigura protecţie împotriva luminii solare atunci când ieşiţi afară din casă.

Ecranantele solare

Utilizaţi loţiuni de calitate pentru protecţia împotriva soarelui de câte ori ieşiţi pentru o perioadă mai lungă de timp. Ecranantele solare vă pot proteja împotriva arsurilor şi permit un grad de bronzare. Evitaţi loţiunile cunoscute ca stimulatoare ale bronzării, cum ar fi uleiul de cocos, untul de cacao sau uleiurile pentru copii. Aceste produse nu vă fac să vă bronzaţi mai repede şi asigură o protecţie scăzută împotriva radiaţiilor UV.

Ecranantele solare bune conţin derivate de acid paraaminobenzoic (PABA), cinoxat, oxibenzonă,



homosalat sau avobenzonă. Unele conţin combinaţii ale acestor elemente. Ecranantele solare pe bază de alcool par să penetreze mai adânc şi să aibă o influenţă mai mică asupra acneei. Unele ecranante solare conţin blocanţi fizici, cum ar fi oxidul de zinc sau dioxidul de titan, care asigură o mai bună protecţie şi sunt mai rezistente la apă şi la transpiraţie.

Ecranantele solare sunt clasificate în funcţie de factorul lor de protecţie solară (SPF) de la 2 la 45, unde 45 oferă cea mai mare protecţie. Aceste numere se referă în principal la capacitatea ecranantelor solare de a bloca UVB, nu şi UVA. Este mai bine să utilizaţi ecranante solare cu un SFP de cel puţin 15 pentru a bloca atât UVA cât si UVB.

Aplicaţi loţiunea cu cel puţin jumătate de oră înainte de expunere. Reaplicaţi frecvent ecranantul solar, deoarece protecţia diminuă pe măsură ce loţiunea se evaporă. Înotul şi transpiraţia pot curăţa şi ele soluţia.

Aveţi grijă şi utilizaţi ecranante solare şi iarna în cazul expunerii la soare. Riscul cel mai mare în lunile de iarnă este în zilele geroase după o ninsoare, mai ales la altitudine mare, acolo unde radiaţiile UV sunt mai puternice.

Pielea delicată din jurul ochilor, nasului şi buzelor necesită o protecţie suplimentară. Unii oameni preferă să utilizeze un blocant pentru razele soarelui, cum ar fi oxidul de zinc sau dioxidul de titan, care opreşte toate radiaţiile care ajung la piele. Mulţi utilizează un ecranant protector special pentru buze, cu un factor de protecţie de cel puţin 15.

Substanţele fotosensibilizante

Anumite medicamente sau produse pentru uz cutanat vă pot creşte sensibilitatea la soare, între acestea fiind incluse şi unele antibiotice şi antihistaminice. Fiţi atent să vă feriţi de soare şi de aparatele de bronzat când luaţi aceste substanţe. Evitaţi aplicarea de parfumuri sau de loţiuni după ras înainte de expunerea la soare deoarece astfel de preparate pot duce la apariţia de pete de culoare diferită la nivelul pielii.

Spălarea

După expunerea la soare, spălaţi-vă pentru a îndepărta transpiraţia, sarea, substanţele chimice şi ecranantele protectoare. Aplicaţi apoi o substanţă uleioasă pe piele.

risc mai mare să faceți o arsură solară fără să vă bronzați dacă aveți o piele deschisă la culoare, ochi albaștri sau verzi și păr blond sau roșcat. Rezistența la arsurile solare și o bronzare mai blândă apar dacă aveți ochi căprui închis, păr negru sau șaten și piele neagră sau maronie.

Diagnostic

Simptomele arsurilor solare nu apar decât la câteva ore după expunere, dar durerea, înroșirea pielii și, uneori, apariția bășicilor la nivelul zonelor arse nu pot fi confundate.

Cât de grave sunt arsurile solare?

Efectul arsurilor solare este ca al oricărei arsuri, cu toate că apar mai degrabă încet decât rapid, cum se întâmplă în arsurile termice. Dacă arsura solară este severă, celulele cutanate mor și formează bășici. Pielea se vindecă într-o perioadă de 1-2 săptămâni. Pe parcursul perioadei de vindecare, zonele de piele arsă se pot decoji ca niște petice.

Leziunile celulelor cutanate prin arsuri recurente se cumulează, iar continuarea expunerii exagerate la radiațiile UV produce efecte pe termen lung. Acestea includ modificări ale culorii pielii, keratoză actinică și cancer cutanat. 90% din toate cancerele cutanate se datorează unor leziuni ireversibile ale pielii produse în acest fel.

Tratament

Tratați-vă arsurile solare cu comprese cu apă rece, iar în cazurile severe aplicați creme cu hidrocortizon de câteva ori pe zi. Înmuierea în apă rece, cu sau fără fulgi de ovăz, poate fi de ajutor. Nu spargeți bășicile cu lichid pentru a grăbi vindecarea. Dacă acestea se sparg de la sine, îndepărtați bucățile de piele rămase și aplicați un unguent cu rol antibacterian pe leziunile deschise pentru a preveni infecțiile. Păstrați plăgile curate.

În cazul unor arsuri solare severe, adresați-vă medicului înaintea apariției tuturor semnelor și simptomelor. Medicul dumneavoastră vă poate prescrie un medicament corticosteroid pe cale orală pentru a diminua această reacție.

Fotosensibilitatea

Semne și simptome

- Înroșire
- Iritație
- Bășicuțe sau edemațiere

Fotosensibilitatea este o reacție exagerată a pielii la radiațiile ultraviolete (UV), provenite de la razele soarelui sau de la aparatele de bronzat, în general după consumul anumitor medicamente sau după atingerea de anumite substanțe sau plante. Atunci când produsele aplicate pe piele produc o reacție alergică la lumina soarelui, afecțiunea se numește dermatită de contact prin fotosensibilizare.

Medicamentele care pot produce uneori reacții de fotosensibilizare includ:

- Antibiotice
- Anticonvulsivante
- Antidepresive
- Antihistaminice
- Anticoncepționale orale
- Chimioterapice
- Diuretice
- Medicamente antihipertensive
- Antiinflamatoare nesteroidiene (AINS)
- Antidiabetice orale
- Creme antiseptice cu aplicare topică
- Tranchilizante

Unele substanțe și plante pot produce reacții de fotosensibilizare atunci când vin în contact cu pielea. Acestea includ:

- Îndulcitori artificiali (ciclamat)
- Parfumuri care conțin esențe de portocale, lemn de santal, levănțică sau ulei de lămâie
- Loțiuni după ras
- Deodorante antibacteriene
- Detergenți
- Cosmetice care conțin medicamente
- Cremele cu rol de albire a pielii
- Șampoane sau săpunuri cu gudroane vegetale
- Ecranante solare cu acid para-aminobenzoic (PABA)
- Anumite fructe și plante, cum ar fi teiul, pătrunjelul, țelina, păstârnacul, morcovii și smochinele

Tipuri

Cele 2 categorii de reacții de fotosensibilitate sunt reacțiile fotoalergice și reacțiile fototoxice.

Fotoalergia

O reacție fotoalergică este rezultatul modificărilor sistemului dumneavoastră imun. Atunci când apare, pielea dumneavoastră reacționează de fiecare dată când este expusă la lumina soarelui după o expunere sau un contact în prealabil cu un medicament, o substanță chimică sau o plantă ce produc sensibilizare.

Pielea dumneavoastră devine roșie, nu neapărat arsă de soare și apare un rash proeminent, similar celui produs de iederă. Pot apărea, de asemenea, pete cu o culoare modificată, bubițe sau edemațiere. Simptomele se pot extinde la zonele care nu au fost expuse la soare. O dată ce organismul dumneavoastră s-a sensibilizat la anumite substanțe, puteți reacționa la acestea și la substanțe chimice similare de fiecare dată când veniți în contact cu ele.

Fototoxicitatea

O reacție fototoxică arată și se comportă ca o arsură solară, cu inflamație, roșeață, bășici și disconfort caracteristic. Puteți prezenta această reacție de câte ori este prezentă în organism sau pe piele o cantitate suficientă din substanța chimică sensibilizantă și vă expuneți la radiațiile luminoase activatoare.

Tratament

O reacție de fotosensibilizare dispare de obicei într-o săptămână după ce v-ați luat măsuri de precauție împotriva expunerii la UV și la contactul cu substanțele sensibilizante.

Dacă aveți o reacție fotoalergică, este important să purtați haine protectoare și să utilizați ecranante solare cu spectru larg care blochează atât ultravioletele A cât și ultravioletele B atunci când ieșiți afară din casă.

În cazul unei reacții severe, medicul vă poate prescrie un unguent sau o cremă cu un medicament corticosteroid sau tablete ce conțin hidroxiclorochină în scopul suprimării reacției fotoalergice.

Elastoza solară

Semne și simptome

- Piele ridată, care atârnă, cu crestături
- Piele uscată, tare

Expunerea excesivă la razele solare de-a lungul multor ani distruge fibrele de colagen și elastină. Aceasta poate duce la modificarea aspectului pielii (riduri, crestături, întărire, piele care atârnă), care vă

Îngrijirea ridurilor

Apariţia ridurilor este un proces normal de îmbătrânire. Pe măsură ce îmbătrâniţi, pielea dumneavoastră devine mai uscată, se îngroaşă, îşi pierde elasticitatea şi apar ridurile. Are tendinţa să-şi piardă culoarea şi strălucirea tinereţii.

Uscăciunea pielii este rezultatul scăderii producţiei de sebum de la nivelul pielii. Deteriorarea ţesutului conjunctiv (elastina şi colagenul) din straturile dermului produce aspectul de piele care atârnă, îngroşată şi ridată. În fine, pe măsura scăderii aportului sangvin, strălucirea rozalie a pielii începe să pălească.

Cu toate că procesul de îmbătrânire a pielii este inevitabil, poate fi încetinit prin utilizarea constantă a ecranantelor solare de câte ori ieşiţi afară şi prin întreruperea fumatului. Expunerea exagerată la soare şi fumatul accelerează dramatic apariţia ridurilor cutanate.

Produsele eliberate fără reţetă

Cu toate că ecranantele solare sunt cele mai importante produse care previn apariţia ridurilor, utilizarea constantă a produselor hidratante poate fi de ajutor în păstrarea sănătăţii pielii. Atunci când alegeţi un preparat hidratant, evitaţi produsele care conţin propilen glicol sau sorbitol. Cu toate că propilen glicolul păstrează în piele substanţa hidratantă, poate să o şi respingă, împiedicând orice beneficiu.

Multe dintre produsele eliberate fără reţetă din farmacii promit diminuarea ridurilor fine, dar alegerea din multitudinea de produse de pe raft poate fi dificilă. Academia Americană de Dermatologie recomandă produsele care conţin tretinoin (cum ar fi cremele cu retinoizi) sau alfa-hidroxiacid. Un alt ingredient după care să vă uitaţi este furfuriladenina (Kinerase, Kinetin), un produs nou care păstrează apa în piele.

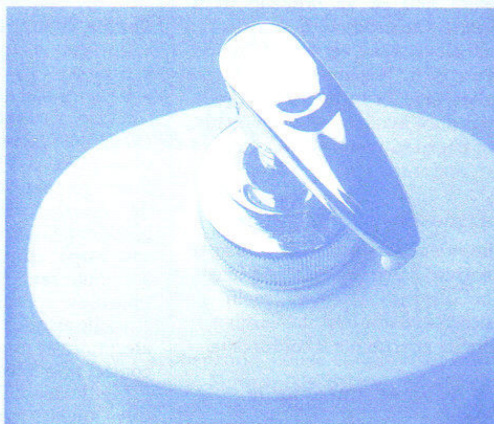
Există şi preparate mai puternice, creme eliberate din farmacii pe bază de reţetă, care s-au dovedit cu adevărat eficiente. Adăugarea, de exemplu, de alfa-hidroxiacizi într-un preparat eliberat fără reţetă din farmacii, cum ar fi produsele hidratante sau tratamentele faciale, poate să nu fie prea eficientă.

Cremele eliberate pe bază de reţetă

Dacă doriţi cu adevărat să vă diminuaţi ridurile, întrebaţi un dermatolog despre utilizarea produselor ce conţin tretinoin sau alfa-hidroxiacizi. Preparatele eliberate pe bază de reţetă conţin o cantitate mai mare din aceste ingrediente decât produsele eliberate fără reţetă.

Tretinoin

Retin-A şi Avita sunt creme eliberate pe bază de reţetă care conţin tretinoin (acid retinoic), un derivat sintetic de vitamina A. Nu sunt medicamente minune, dar s-au dovedit eficiente în reducerea ridurilor fine, a asprimii şi a modificărilor pigmentare la nivelul pielii uşor sau moderat afectate. Utilizat şi pentru tratamentul acneei, acidul retinoic produce cojirea



straturilor externe cutanate, expune straturile de dedesubt şi stimulează reacumularea colagenului, ceea ce duce la creşterea numărului de fibre cutanate care menţin hidratarea.

Aplicaţi crema seara pe faţă, pe gât, pe partea superioară a trunchiului şi pe mâini. Efectele adverse pot cuprinde sensibilizare, uscăciune şi descuamare excesivă. Dacă prezentaţi reacţii adverse, aplicarea mai rară – de 3 ori pe săptămână – poate fi utilă. Discutaţi cu medicul despre modul în care preveniţi arsurile solare. Pielea tratată cu acid retinoic nu trebuie să vină în contact cu ceara epilatoare sau cu parfumurile.

Alfa-hidroxiacizii

Alfa-hidroxiacizii (AHA) sunt mai puţin iritanţi decât acidul retinoic, dar nu pătrund atât de profund. Într-un studiu clinic, peste 70% dintre cei trataţi cu AHA (fie acid lactic, fie acid glicolic) au prezentat o ameliorare a aspectului pielii.

Toxina botulinică

O altă metodă prin care dermatologii şi chirurgii plastici reduc ridurile este injectarea la nivelul acestora de toxină botulinică, o otravă care paralizează musculatura pielii. Ridurile de expresie şi laba gâştii apar prin contracţia repetată a musculaturii. Toxina botulinică slăbeşte forţa acestor muşchi, făcând pielea să se întindă şi să devină mai netedă şi mai puţin ridată.

Procedeul s-a dovedit în general sigur. Singura grijă este că produsul injectat poate migra către o altă zonă a feţei. Dacă se întâmplă acest lucru, pielea se poate relaxa şi poate atârna. Sunteţi sfătuit să nu frecaţi zona implicată după injectare pentru a preveni răspândirea toxinei. Efectele tratamentului sunt temporare şi poate fi necesară repetarea la fiecare câteva luni.

Procedeele cosmetice

Alte opţiuni de reducere a ridurilor includ tehnicile de chirurgie plastică de întindere a pielii, de umplere a ţesuturilor moi şi lifting (vezi pag. 1213).

arată cu 15-20 de ani mai îmbătrânit decât în mod normal.

Pielea dumneavoastră este alcătuită din 2 tipuri de ţesut conjunctiv. Unul dintre acestea este format din fibre albe, puternice (colagen), celălalt din fibre galbene, elastice (elastină). Radiaţiile ultraviolete penetrează prin piele şi pot distruge aceste ţesuturi. Aranjamentul structural al celulelor cutanate şi al ţesutului conjunctiv se deteriorează, apărând creşterea celulară anormală.

Fiecare expunere la radiaţii ultraviolete produce modificări uşoare, dar ireversibile, astfel încât leziunile cutanate se acumulează de-a lungul anilor. Semnele şi simptomele elastozei solare apar treptat, pe măsură ce pielea îşi pierde elasticitatea, flexibilitatea şi impermeabilitatea la apă.

Dacă faceţi uşor arsuri solare şi vă bronzaţi puţin, aveţi o susceptibilitate crescută de a face elastoză solară. Afecţiunea apare de regulă la cei cu pielea deschisă la culoare, cu ochi albaştri sau verzi, cu păr roşu sau blond care se expun în mod repetat la lumina solară puternică fără să se protejeze. Riscul este mai mare pentru cei care stau la plajă, fermieri, marinari şi alţi oameni care stau mai mult afară. Cei care trăiesc în regiuni cu soare puternic au un risc crescut. Aceste regiuni se întâlnesc la altitudine şi în câmpiile din vestul SUA.

Diagnostic

Puteţi observa efectele elastozei solare comparându-vă zonele cutanate protejate de soare cu cele expuse exagerat. În cazul în care pielea dumneavoastră a fost suficient de lezată pentru a apărea elastoza solară vă va creşte riscul de cancer cutanat. Adresaţi-vă medicului de câte ori vă apare ceva pe piele sau se produce o modificare a unei leziuni deja existente, cum ar fi aluniţă.

Tratament

Pentru a preveni o afectare ulterioară, evitaţi de câte ori puteţi lumina soarelui. Dacă nu puteţi, protejaţi-vă pielea cu ecranante solare şi cu îmbrăcăminte corespunzătoare.

Dermatologul vă poate recomanda creme hidratante pentru a reduce uscăciunea şi a înmuia pielea. Masajele şi măştile faciale vă vor ajuta pentru o perioadă prin tonifierea musculaturii şi stimularea circulaţiei sangvine.

Pielea îmbătrânită

Semne şi simptome

- Modificări de culoare ale pielii, incluzând petele hepatice, pistruii şi petele roşii, galbene, cenuşii sau maronii.
- Modificări de aspect ale pielii, incluzând ridurile adânci, cutele, paloare, înăsprire, uscăciune exagerată sau întărire.
- Excrescenţe cutanate, incluzând zone solzoase

Efectele îmbătrânirii asupra pielii sunt gradate. Totuşi, semnele îmbătrânirii pot apărea mai repede şi la o vârstă mai tânără dacă sunteţi predispus la leziuni produse de soare, iar pielea dumneavoastră a fost expusă exagerat la soare.

Tratament

Modificările de îmbătrânire a pielii sunt ireversibile. Pentru mai multe informaţii asupra afecţiunilor frecvente legate de îmbătrânire, vezi petele hepatice (pag. 1196), elastoza solară (pag. 1183) şi keratoza actinică (pag. 1196).

Xantelasma şi xantomul

Semne şi simptome

- Proeminenţe moi, grăsoase, gălbui sub suprafaţa pielii

Atât xantelasma cât şi xantoamele sunt proeminenţe gălbui care apar sub piele şi au margini nete, ascuţite. Acestea pot fi îndepărtate, dar pot reapărea.

Xantelasma

Xantelasmele sunt plate şi apar la nivelul pielii de deasupra pleoapelor, în apropierea nasului. Nu sunt dureroase şi nu crează nici o problemă. Totuşi, sunt deseori asociate cu niveluri crescute de grăsimi (lipide) în sânge (hiperlipidemia), de aceea, veţi dori probabil să vă dozaţi valorile sangvine ale colesterolului şi trigliceridelor

Xantomul

Xantomul este un simptom al unei afecţiuni metabolice subiacente care produce creşterea concentraţiei de grăsimi (lipide) în sânge. Xantoamele pot apărea oriunde pe corp, dar cel mai frecvent apar deasupra articulaţiilor sau a tendoanelor. În anumite afecţiuni au tendinţa să apară la nivelul locurilor de presiune, cum ar fi genunchii, coatele, mâinile, picioarele sau

Reţelele venoase ca un păienjeniş

Reţelele venoase ca un păienjeniş nu au nimic în comun cu păianjenii, cu toate că aspectul venelor albăstrui ce se vede prin piele seamănă puţin cu un păianjen. Aceste reţele apar când vasele sangvine din apropierea suprafeţei pielii se măresc (se dilată). Apar mai frecvent la nivelul picioarelor şi feţei. Nu sunt periculoase, dar dacă se asociază cu varicele, pot produce durere la nivelul membrelor inferioare, după ce staţi mai mult timp în picioare.

Cauza apariţiei acestor "vene ca un păianjen" este necunoscută şi nu se poate face nimic pentru prevenirea acesteia. Spre deosebire de venele varicoase, venele ca un păianjen vă afectează în mod primar orgoliul propriu. Pentru unii, purtarea unui şort sau a unei fuste nu este posibilă datorită grijilor legate de aspectul venelor roşu-albăstrui de pe picioare.

Tratament

Cea mai bună măsură este să ignoraţi venele. Acestea sunt o formă frecventă, uşoară şi fără semnificaţie medicală de vene varicoase. Dacă aceste vase urâte vă îngrijorează sau, mai important, vă împiedică să participaţi la activităţi care v-ar face plăcere, întrebaţi-vă medicul despre posibilitatea tratării lor prin scleroterapie, chirurgie cu laser sau alte opţiuni (vezi pag. 791).

fesele. Proeminențele sunt plate și pot varia de la mai puțin de 2 cm la 8 cm în diametru.

În afară de hiperlipidemie, xantoamele se pot asocia cu diabetul, ciroza biliară primitivă, cu unele cancere și cu câteva afecțiuni metabolice moștenite.

Bătăturile și hiperkeratoza

Semne și simptome

- Îngroșarea, întărirea straturilor pielii sau proeminențe de piele tare pe mâini și picioare.

Bătăturile apar deseori ca proeminențe de piele întărită, cu dimensiuni mai mici de 0,5 cm. Zonele de hiperkeratoză variază în dimensiuni și forme. Bătăturile și hiperkeratoza sunt rezultatul încercării pielii de a se apăra. Cu toate că pot avea un aspect urât, tratamentul este în general necesar doar dacă există disconfort. Pentru majoritatea oamenilor, îndepărtarea factorului de frecare sau de presiune ajută la dispariția bătăturilor și hiperkeratozei.

Tratament

În majoritatea cazurilor, puteți să vă tratați singuri acasă bătăturile și hiperkeratoza. Dacă acestea se inflamează, adresați-vă medicului. Încercați următoarele măsuri de autoîngrijire:

- Purtați pantofi potriviți, cu botul adecvat. Mergeți la cizmar să vă întindă pantofii în locurile care vă strâng sau produc frecături. Puneți o căptușeală sub călcâie, dacă pantofii vă bat. Folosiți produse eliberate fără rețetă din farmacii care acoperă sau înmoaie bătătura în timp ce purtați pantofi.
- Purtați mănuși atunci când folosiți unelte sau încercați să căptușiți mânerele uneltelor cu o fașă sau cu altceva.
- Frecați-vă pielea cu o piatră ponce sau cu un burete în timp ce faceți baie sau după aceea, pentru a subția treptat o parte din zonele de piele îngroșată. Nu faceți așa ceva dacă aveți diabet sau insuficiență circulatorie.
- Utilizați preparatele cu acid salicilic eliberate fără rețetă din farmacii, ce pot diminua bătăturile.
- Nu tăiați și nu radeți bătăturile sau zonele de hiperkeratoză cu un instrument ascuțit.

Tulburări ale sudorației

Statul în căldură, la soare, exercițiile în sala de sport sau desfășurarea activității la serviciu – toate aceste lucruri vă pot face să transpirați. Este un fenomen natural să transpirați în aceste situații. De fapt, când desfășurați o activitate fizică intensă, când sunteți expus la căldură sau în anumite situații extreme de stres emoțional, puteți pierde câțiva litri de lichid prin transpirație.

Uneori, mecanismul complex al transpirației nu funcționează normal, producându-se fie sudorație excesivă (hiperhidroză), fie scăderea sau dispariția sudorației (anhidroză). Transpirația excesivă poate fi supărătoare și poate fi un semn al unei afecțiuni mult mai grave. Anhidroza poate fi periculoasă pentru viață.

Pentru majoritatea oamenilor, transpirația este o problemă minoră. Mirosul care apare uneori atunci când transpirați este mai supărător. Cu toate că transpirația nu miroase în mod normal, poate să apară un miros urât, atunci când vine în contact cu bacteriile de pe piele. Americanii cheltuiesc anual 750 milioane de dolari pe deodorante și antiperspirante.

Perspirația și chiar mirosul transpirației pot fi influențate de starea dumneavostră de dispoziție, de anumite alimente și băuturi, de medicamente și afecțiuni medicale și chiar de hormoni. Datorită faptului că este imposibil de definit o sudorație normală, încercați să învățați ce înseamnă normal pentru dumneavoastră. Acest lucru vă va ajuta să observați orice modificare apărută.

Anhidroza

Semne și simptome

- Lipsa transpirației la căldură și atunci când faceți exerciții fizice

Mulți oameni se îngrijorează în cazul transpirației excesve. Unii, însă, transpiră foarte puțin sau deloc – o situație care poate pune viața în pericol. Factorii care vă pot afecta capacitatea de transpirație normală includ:

- Anumite medicamente, incluzând anumite psihotice.
- Displazia ectodermală hipohidrotică, o afecțiune rară în care copiii se nasc fără glande sudoripare sau cu glande sudoripare subdezvoltate.
- Neuropatia autonomă, o afecțiune neurologică.
- Infecții ale glandelor sudoripare.
- Arsuri.

Erupția produsă de căldură

Pentru unii dintre noi vremea călduroasă înseamnă și apariția erupției, dată de aceasta. Afecțiunea se caracterizează prin apariția unui rash format din bubițe de mărimea unui cap de ac, înconjurate de zone de piele roșie. Erupția este intens pruriginoasă. Deseori, apare o senzație de pișcătură sau de înțepătură. În mod tipic, apare la nivelul gâtului, părții superioare a pieptului, zona inghinală și la subraț. Denumirea medicală pentru cea mai frecventă formă a erupției la căldură este *miliaria rubra*.

Transpirația excesivă produce erupție deoarece umezeala lezează celulele de la suprafața pielii Aceste celule lezate formează o barieră care blochează fluxul spre exterior al sudorației. Transpirația se va acumula sub piele.

Cel mai bun tratament pentru erupția dată de căldură este prevenția. Evitați situațiile care produc transpirație excesivă. Dacă aveți deja o erupție dată de căldură, păstrați zona afectată rece și uscată, iar problemele vor dispărea de la sine în câteva zile.

Aerul condiționat poate fi util. În plus, evitați utilizarea antiperspirantelor, loțiunilor, substanțelor care îndepărtează insectele și a pudrelor, dacă transpirați încă. După ce pielea este mai rece și uscată, utilizați o loțiune de tipul calaminei, care vă poate ajuta la ameliorarea simptomelor.

- Deshidratare.
- Şoc termic.
- Diabet, care poate produce neuropatie autonomă.

Cât de gravă este anhidroza?

Atunci când nu transpiraţi deloc sau o faceţi prea puţin pentru a vă răcori organismul, rezultatele pot fi grave sau chiar fatale. Complicaţiile scăderii sudoraţiei includ extenuarea la căldură şi şocul termic. Semnul principal al şocului termic este o temperatură crescută - în general peste 40°C - însoţită de piele uscată, fierbinte, şi confuzie. Semnele şi simptomele precoce pot include iritabilitate anormală, cefalee şi greaţă. Coma poate apărea în cazul în care nu este recunoscută şi tratată extenuarea la căldură.

Tratament

Tratamentul anhidrozei implică tratarea cauzei subiacente, dacă este posibil. În unele cazuri acest lucru poate presupune schimbarea medicaţiei. Este, de asemenea, important să vă luaţi măsuri pentru a preveni apariţia extenuării la căldură, şocului termic şi deshidratării.

Hiperhidroza

Semne şi simptome

- Transpiraţie excesivă şi supărătoare în timpul desfăşurării activităţilor fizice pe vreme caldă
- Transpiraţie excesivă şi supărătoare la nivelul feţei, axilei, palmelor şi tălpilor, declanşată de nervozitate, anxietate sau stres.

Aveţi două tipuri de glande sudoripare la nivel cutanat: glandele ecrine şi glandele apocrine. Glandele ecrine se întâlnesc pe majoritatea suprafeţei corpului şi se deschid direct la suprafaţa pielii. Glandele apocrine se dezvoltă împreună cu foliculii piloşi la nivelul scalpului, axilelor, mameloanelor şi organelor genitale.

Aveţi între 2 şi 5 milioane de glande sudoripare ecrine. Atunci când temperatura corpului dumneavoastră creşte, sistemul nervos autonom stimulează aceste glande să secrete un lichid la suprafaţa pielii, de unde se evaporă. Acest lichid (transpiraţia) este alcătuit din apă, sare (clorură de sodiu) şi cantităţi mici din alţi electroliţi – substanţe care ajută la reglarea echilibrului lichidian al organismului.

Glandele apocrine, pe de altă parte, secretă un lichid mai gras direct în canalul glandei. Atunci când sunteţi supus unui stres emoţional, peretele canalului se contractă, iar transpiraţia este împinsă la suprafaţa pielii unde va dispărea sub acţiunea bacteriilor. Mirosul urât este produs cel mai frecvent de acţiunea bacteriană asupra transpiraţiei produse de glandele apocrine.

Unii oameni transpiră mai mult ca alţii fără un motiv aparent. Anumiţi factori însă vă pot face să transpiraţi mai mult. Aceştia includ:

- Anumite alimente şi băuturi, incluzând cafeina, anumite analgetice şi doze în exces de tiroxină, un hormon tiroidian.
- Febra.
- Menopauză.
- Scăderea nivelului de glucoză în sânge (hipoglicemia).
- Hipertiroidism (activitate exagerată a glandei tiroidiene).
- Infarct miocardic.
- Tuberculoză.
- Malarie.

Complicaţii

Afecţiunile cutanate frecvent asociate cu transpiraţie excesivă includ:

- Infecţiile fungice ale unghiilor
- Piciorul atletului şi pruritul jocheului
- Infecţiile bacteriene şi negii

Diagnostic

Adresaţi-vă medicului dacă începeţi brusc să transpiraţi mai mult decât normal sau dacă aveţi transpiraţii excesive fără un motiv aparent. Infecţiile, problemele tiroidei, menopauza şi anumite tipuri de cancere, cum ar fi leucemia şi limfomul, pot produce modificări ale sudoraţiei.

O transpiraţie rece este răspunsul organismului la o suferinţă severă, anxietate sau durere severă. Adresaţi-vă imediat medicului dacă aveţi transpiraţii reci şi semne de confuzie sau dureri de stomac sau în piept. Spuneţi, de asemenea, medicului, dacă aţi observat modificări ale mirosului corpului. Acesta poate fi un semn al unor afecţiuni medicale. Un miros de fructe, de exemplu, poate fi un semn de diabet, în timp ce un miros de amoniac poate fi un indicator de boală hepatică.

În plus, există o afecţiune rară, cunoscută ca sindromul cu miros de peşte (trimetilaminuria) în care apare un miros asemănător peştelui stricat. Oamenii care au această afecţiune au un defect genetic care îi împiedică să metabolizeze trimetilamina (TMA), un produs natural în digestia alimentelor de genul peştelui sărat, ouălor şi ficatului.

Tratament

În cazul celor care transpiră excesiv, răspunsul poate fi simplu: un antiperspirant eliberat fără reţetă din farmacii, aplicat la nivelul mâinilor şi al picioarelor, precum şi la subraţ. Antiperspirantele acţionează prin inhibarea acţiunii ductelor glandelor sudoripare prin săruri de aluminiu, ducând la scăderea nivelului de sudoare care ajunge la nivelul pielii. Deodorantele, care pot îndepărta mirosul, nu şi transpiraţia, produc aciditate la nivel cutanat, îndepărtând astfel bacteriile. Cu toate că există poveşti care leagă antiperspirantele de cancerul de sân, nu există nici o probă pentru o asemenea legătură.

Utilizarea continuă a antiperspirantelor poate produce iritaţie sau dermatită de contact – piele roşie edemaţiată, pruriginoasă. De fapt, antiperspirantele sunt produsele cosmetice cel mai frcvent asociate cu iritaţia cutanată.

Dacă produsele eliberate fără reţetă nu sunt suficient de puternice, medicul dumneavoastră vă poate sugera un antiperspirant eliberat pe bază de prescripţie. În cazul unor probleme mai severe legate de transpiraţie, medicul dumneavoastră vă poate recomanda alte tratamente care includ:

Iontoforeza

Iontoforeza este un procedeu în care dermatologul utilizează un dispozitiv alimentat de o baterie pentru a produce curent electric de intensitate joasă la nivelul zonei afectate. Aparatul introduce ioni la nivel cutanat, inhibând astfel secreţia zonelor sudoripare.

Cu toate că iontoforeza este nedureroasă şi relativ sigură, poate să nu fie mai eficientă decât un antiperspirant cu aplicare topică.

Injecţiile cu toxină botulinică

Toxina botulinică este acelaşi produs care ajută la diminuarea ridurilor faciale prin paralizia anumitor muşchi. Cercetătorii au descoperit că injecţiile cu toxină botulinică (Botox) reprezintă, de asemenea, o metodă eficientă în tratamentul hiperhidrozei severe. Botox blochează nervii care controlează glandele sudoripare. Este utilizat mai ales la nivelul axilelor.

Aplicaţiile se fac cu grijă, deoarece în unele cazuri se poate produce atrofie musculară. Acest tratament nu vindecă tot. Poate să fie nevoie de mai multe injecţii pentru a obţine rezultatele dorite, iar tratamentul poate fi dureros şi beneficiile să apară doar după circa 4 luni.

Tratament chirurgical

Trtamentul chirurgical poate fi rareori o opţiune. Dacă transpiraţi în exces doar le nivelul axilelor, îndepărtarea glandelor sudoripare poate fi de ajutor. Aceasta se poate face pe cale chirurgicală sau prin lipoaspiraţie.

Dacă transpiraţi excesiv la nivelul mâinilor, o alternativă terapeutică este secţionarea nervilor care conduc mesajele de la nivelul nervilor simpatici la glandele sudoripare. Intervenţia chirurgicală, care necesită doar o zi de spitalizare şi produce o cicatrice minimă, nu reduce sudoraţia la nivelul axilelor, picioarelor sau corpului, dar o pot opri definitiv la nivelul mâinilor. Ca efect advers al intervenţiei chirurgicale poate apărea creşterea transpiraţiei într-o altă zonă a corpului.

Autoîngrijirea

Puteţi face singuri un număr de lucruri pentru a reduce sudoraţia şi pentru a îndepărta mirosul urât. Următoarele sugestii pot fi de ajutor:

- *Spălaţi-vă zilnic.* Această măsură vă ajută să ţineţi sub control numărul de bacterii de pe piele.
- *Uscaţi-vă bine picioarele după baie.* Microorganismele se dezvoltă în spaţiile umede dintre degetele de la picioare. Utilizaţi pudrele pentru picioare eliberate fără prescripţie, acestea ajutând la absorbţia transpiraţiei.
- *Aplicaţi antiperspirante noaptea.* Seara la culcare, aplicaţi antiperspirante pe palme şi pe tălpile transpirate. Încercaţi antiperspirante fără parfumuri.
- *Alegeţi pantofi şi ciorapi făcute din materiale naturale.* Pantofii fabricaţi din materiale naturale, cum ar fi pielea, pot preveni transpiraţia la nivelul picioarelor, permiţându-le acestora să respire. În plus, purtaţi ciorapi corespunzători. Ciorapii din bumbac sau din lână ajută la menţinerea uscată a picioarelor deoarece absorb umezeala. Atunci când sunteţi activ este bine să purtaţi şosete ce absorb umezeala, cum au atleţii.
- *Schimbaţi-vă des ciorapii.* Schimbaţi-i o dată sau de două ori pe zi, uscându-vă bine de ficare dată picioarele. Femeile care poartă ciorapi lungi, pot să îi încerce pe aceea cu tălpi de bumbac.
- *Rotaţi-vă pantofii.* Pantofii nu se vor usca în totalitate peste noapte, astfel încât dacă aveţi probleme de transpiraţie la picioare, încercaţi să nu purtaţi aceeaşi pereche 2 zile la rând.
- *Aerisiţi-vă picioarele.* Mergeţi desculţ atunci când puteţi sau scoateţi-vă picioarele din pantofi de câte ori puteţi.
- *Alegeţi-vă haine din fibre naturale.* Purtaţi haine făcute din materiale naturale, cum ar fi bumbacul, lâna şi mătasea, acestea permiţând pielii să respire. Atunci când faceţi exerciţii fizice, ar trebui să folosiţi haine din materiale obţinute prin tehnologii speciale, care îndepărtează umezeala de la nivelul pielii, cum ar fi CoolMax sau Driline.
- *Încercaţi tehnicile de relaxare.* Luaţi în considerare tehnicile de relaxare, cum ar fi yoga, meditaţia sau bioenergia. Acestea vă pot ajuta să învăţaţi să vă controlaţi stresul care poate stimula sudoraţia.

Infecţiile cutanate

Pielea trebuie deseori să convieţuiască cu bacteriile, virusurile, fungii şi insectele care o atacă, deoarece este prima linie de apărare. Infecţiile cutanate pot fi de diverse grade, de la localizate şi superficiale, la diseminate şi periculoase pentru viaţă. Semnele şi simptomele depind de sediul infecţiei şi de germenele cauzator.

Impetigo

Semne şi simptome

- Bubiţe pruriginoase, roşii, cu cruste galbene sau cenuşii la nivelul feţei, picioarelor sau braţelor.

Impetigo este o infecţie cutanată superficială frecventă, produsă de stafilococi, streptococi sau ambii. Poate apărea pe pielea normală, dar bacteria pătrunde de regulă printr-o fisură, abraziune sau muşcătură de insecte sau printr-o zonă de piele uscată sau inflamată.

Infecţia debutează sub forma unor papule roşii care devin rapid vezicule şi apoi se sparg în următoarele câteva zile formând nişte cruste lipicioase (vezi imaginile de la pag. 436). Bubiţele au tendinţa să crească şi sunt contagioase prin contactul cu bacteriile din lichidul veziculelor. Contactul fizic - incluzând scărpinatul - poate duce la răspândirea infecţiei în alte zone ale corpului şi chiar la alţi oameni.

Există o formă ulcerată de impetigo (ectima) care apare sub forma unor cruste pruriginoase, groase, negre-maronii, înconjurate de piele roşie. Rareori, bacteriile pot pătrunde în circuitul sangvin şi la copii pot duce la afectare renală. Incidenţa impetigoului este mai mare printre copiii cu igienă precară. La adulţi, apare mai ales ca o complicaţie a unei afecţiuni cutanate subiacente.

Diagnostic

Diagnosticul de impetigo poate fi pus după o examinare a pielii şi după o analiză de laborator care să evidenţieze bacteria care a produs infecţia.

Tratament

În cazul infecţiilor limitate şi minore, sunt de regulă eficiente medicamentele cu aplicaţie topică. De asemenea, poate fi de ajutor aplicarea unei comprese cu oţet diluat. Pentru a face o astfel de compresă, împăturiţi o pânză curată

îmbibată cu o soluţie formată din 30 ml oţet alb la 500-1000 ml apă. În cazul infecţiilor extinse, medicul dumneavoastră vă poate prescrie un antibiotic oral.

Spălaţi zona de câteva ori pe zi cu un săpun antibacterian sau cu alte soluţii de curăţat pentru a înmuia crustele, apoi îndepărtaţi-le cu grijă. Pentru a evita răspândirea infecţiei, nu împrumutaţi prosoapele, hainele şi aparatele de ras . Evitaţi contactul cu pielea până la vindecarea afecţiunii. Leziunile se vindecă greu, dar rata de succes a tratamentului este foarte mare.

Foliculita

Semne şi simptome

- Puncte mici, cu cap alb, în jurul foliculului pilos

Foliculita este o infecţie superficială a foliculului pilos (vezi imaginile de la pagina 438). Acest tip de infecţie este frecvent şi este produs de obicei de stafilococi, ciuperci sau fungi.

Poate apărea oriunde pe piele ca rezultat al frecării cu hainele, obstrucţiei foliculului pilos sau al unor leziuni. De exemplu, dacă vă bărbieriţi sau vă radeţi la subraţ, se poate produce un rash care persistă timp îndelungat (cronic) dacă nu este tratat.

Pruritul bărbieritului este o infecţie bacteriană a foliculilor piloşi din zona bărbii, mai ales deasupra buzei superioare, în apropierea nasului. Pruritul poate preceda cu 1-2 zile erupţia de pustule de mărimea unei gămălii de ac. Bărbieritul este un factor agravant major.

O erupţie similară poate fi produsă de o infecţie fungică care se numeşte tinea barbae. Aceasta necesită tratament antifungic. Pseudofoliculitis barbae apare în primul rând la bărbaţii negri atunci când un fir de barbă se răsuceşte în foliculul pilos sau în pielea adiacentă şi formează o masă mică, încolacită în interiorul foliculului, producând o infecţie persistentă (cronică).

Tratament

În cazul foliculitei uşoare, aceasta poate fi tratată doar cu un antibiotic topic. În cazul foliculitei mai extinse, poate fi necesară administrarea de antibiotice orale. Puteţi simţi o ameliorare prin aplicarea unei comprese înmuiate în apă caldă. Dacă aveţi foliculită la nivelul bărbii, utilizaţi o lamă nouă de ras de ficare dată când vă bărbieriţi pentru a evita reinfecţia de la o lamă contaminată. Pseudofoliculitis barbae poate răspunde la tratament doar dacă persoana infectată nu se bărbiereşte.

Furunculul şi furunculul antracoid

Semne şi simptome

- Nodul umflat, sensibil la nivelul pielii, de obicei roşu sau roz, care poate drena puroi
- O arie răspândită de tumefiere, roşeaţă şi durere la nivelul pielii
- Febră
- Epuizare

Furunculul este o infecţie localizată într-unul sau în mai mulţi foliculi piloşi şi este de obicei produs de o infecţie stafilococică. Atunci când apar mai multe furuncule oriunde pe corp, afecţiunea se numeşte furunculoză. O formă particulară de furuncul, furunculul antracoid este un ciorchine de furuncule care formează o zonă de infecţie sub piele. Contactul cu alte părţi ale corpului sau cu alţi oameni poate uşor să răspândească infecţia.

Uneori, furunculul va dispărea după fazele iniţiale de prurit sau de durere uşoară. Mai frecvent, însă, furunculul creşte rapid în câteva zile. Pe măsură ce puroiul se colectează în interiorul leziunii, presiunea şi durerea cresc. Se va forma un cap cu un centru alb sau galben, apoi acesta se sparge, drenează şi se vindecă. Furunculul poate reapărea mai târziu lîngă acelaşi loc şi va trece prin acelaşi ciclu.

Furunculele sunt frecvente şi majoritatea oamenilor pot avea unul de-a lungul vieţii. Un furuncul poate apărea oriunde pe piele, dar sediile mai frecvente sunt faţa, gâtul, axilele, fesele sau coapsele. Riscul infecţiei poate fi crescut de o stare precară de sănătate, de haine care se lipesc sau se freacă de piele şi afecţiuni ca acneea, dermatita, diabetul şi anemia.

Furunculele antracoide apar mai frecvent la nivelul părţii superioare a spatelui şi la nivelul cefei. Acestea sunt mai rare decât furunculele clasice. Bărbaţii au o predispoziţie mai mare pentru această afecţiune decât femeile. Furunculul antracoid se dezvoltă lent şi este posibil să nu ajungă la suprafaţa pielii pentru a drena de la sine.

Diagnostic

Furunculul sau furunculul antracoid pot fi identificate doar prin examinarea vizuală a zonei afectate. Poate fi necesară o cultură din puroi pentru a determina bacteria specifică care produce infecţia. Dacă medicul suspicionează existenţa unei afecţiuni asociate, sunt necesare teste suplimentare de sânge şi urină.

Cât de grave sunt furunculele?

Furunculul se sparge de obicei în primele 2 săptămâni. Orice furuncul sau furuncul antracoid care persistă mai mult, poate răspândi infecţia în circuitul sangvin. Infecţiile stafilococice interne, care pot fi periculoase pentru viaţă, încep deseori de la o infecţie cutanată.

Un furuncul sau furuncul antracoid de la nivelul sau din apropierea nasului, obrajilor, frunţii sau coloanei se poate răspândi rapid, producând abces cerebral sau abces vertebral. Tratamentul medical prompt poate preveni aceste complicaţii serioase.

Furunculul sau furunculul antracoid pot produce cicatrice permanente. Apariţia frecventă a furunculelor poate indica o afecţiune subiacentă care necesită o atenţie specială.

Tratament

Pentru a împiedica răspândirea infecţiei şi pentru a minimaliza disconfortul urmaţi aceste măsuri de autoîngrijire:

- Aplicaţi o compresă înmuiată în apă caldă şi sărată pentru circa 30 minute la fiecare câteva ore. Această metodă poate ajuta furunculul să se spargă şi să dreneze mai repede. Pentru a prepara apă caldă cu sare, adăugaţi o linguriţă de sare la un sfert de litru de apă care fierbe şi lăsaţi-o să se răcească. Evitaţi contactul conţinutului drenat cu alte zone cutanate.
- Spălaţi cu grijă leziunea de 2 ori pe zi cu ajutorul unui săpun antibacterian. Acoperiţi zona cu un pansament pentru a preveni răspândirea infecţiei.

- Aplicaţi un unguent cu un antibiotic eliberat fără reţetă din farmacii.
- Nu stoarceţi şi nu înţepaţi niciodată un furuncul, deoarece puteţi răspândi infecţia.
- Spălaţi prosoapele şi hainele care au atins zona infectată.

Contactaţi-vă medicul în cazul în care infecţia este localizată deasupra coloanei sau la nivelul feţei, dacă aceasta se agravează rapid, dacă produce durere severă, dacă nu a dispărut în 2 săptămâni sau dacă este asociată cu febră sau cu apariţia unei linii roşii care pleacă de la nivelul furunculului. În unele cazuri, pot fi necesare antibioticele sau drenajul chirurgical pentru a vindeca infecţia.

Erizipelul şi celulita

Semne şi simptome

- Zonă dureroasă de piele caldă, roşie, tumefiată, uneori asociată cu apariţia unor linii roşii.

Celulita este o inflamaţie acută a ţesutului conjunctiv cutanat, care se datorează unei infecţii bacteriene sau fungice. Poate apărea treptat, pe parcursul a câtorva zile sau rapid, în câteva ore. Debutează ca o zonă localizată cutanată roşie, dureroasă, caldă şi poate fi însoţită de febră şi edemaţiere (vezi imaginile de la pag. 438).

Această infecţie apare atunci când bacteriile sau fungii pătrund în corp printr-o leziune cutanată, cum ar fi dermatita, o infecţie fungică sau o tăietură. Oamenii care au edeme cronice la nivelul picioarelor, deficite imune sau insuficienţă circulatorie, cum ar fi cazul diabetului, sunt predispuşi să facă celulită.

Erizipelul este o formă severă de celulită produsă de streptococi, în care zona afectată este lucioasă şi bine delimitată. Este caracterizat prin febră crescută şi apariţia recurenţelor. Gangrena este o complicaţie rară a acestor infecţii.

Tratament

După examinare, medicul vă poate prescrie un antibiotic. Acest tratament opreşte în general infecţia în prima săptămână. Ridicarea zonei afectate şi aplicarea compreselor umede, calde la nivelul acesteia pot fi de asemenea de ajutor. Dacă infecţia se răspândeşte, puteţi avea nevoie de administrarea de antibiotice, intravenos şi chiar de intervenţie chirurgicală pentru controlul acesteia.

Limfadenita şi limfangita

Semne şi simptome

Limfangita

- Zone edemaţiate cutanate, care sunt uneori roşii şi dureroase
- Durere pulsatilă în zona afectată
- Febră, transpiraţii şi frisoane
- Pierderea apetitului

Semne şi simptome de urgenţă

- O dungă roşie care porneşte de la nivelul sediului infecţiei către partea superioară a extremităţii sau către axilă sau zona inghinală

Limfadenita

- Ganglioni limfatici măriţi, cum ar fi cei de la nivelul gâtului, axilelor sau zona inghinală
- Ganglioni limfatici sensibili sau dureroşi
- Ganglioni care sunt rugoşi, neregulaţi, moi sau ca un cauciuc la palpare, ceea ce poate indica formarea unui abces
- Piele roşie, caldă deasupra ganglionilor limfatici

Limfadenita este o inflamaţie a ganglionilor limfatici produsă de infecţii bacteriene, virale, fungice sau cu alte microorganisme. Zonele în care puteţi simţi uşor ganglionii limfatici, mai ales dacă aceştia sunt măriţi, sunt regiunea inghinală, axilele şi gâtul. Limfangita este o infecţie similară a ductelor limfatice. Ambele pot fi asociate cu apariţia de abcese pline de puroi şi a celulitei.

Limfangita apare deseori după o infecţie acută, la nivel cutanat, cum ar fi celulita sau un abces al pielii sau al ţesuturilor moi. Ea poate produce o durere pulsatilă, stare de rău, febră şi pierderea apetitului. În cazul în care vă apare o linie roşie care pleacă de la sediul infecţiei către partea superioară a extremităţii sau către axilă sau zona inghinală, este esenţial un tratament imediat. Infecţia se poate răspândi în circuitul sangvin şi poate fi fatală dacă nu este tratată.

Limfadenita produce mărirea ganglionilor limfatici care pot fi sensibili sau dureroşi. Apare deseori după o celulită sau o infecţie bacteriană cu streptococi sau stafilococi, dar poate apărea după orice altă infecţie bacteriană, fungică, virală. Uneori poate apărea un abces.

Diagnostic

Testele diagnostice pot include hemoculturi, o numărătoare de leucocite şi o cultură sau o biopsie dintr-un ganglion limfatic.

Tratament

Tratamentul variază în funcţie de sursa infecţiei. Tratamentul antibiotic început imediat controlează de obicei boala în câteva zile,

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Pentru a preveni infectarea rănilor, respectaţi următoarele măsuri elementare de autoîngrijire:

- Păstraţi rana cutanată curată.
- Aplicaţi o cremă sau un unguent cu antibiotic. Dacă apare un rash, întrerupeţi aplicarea unguentului şi adresaţi-vă medicului dumneavoastră sau farmacistului. Ingredientele acestor unguente pot produce un rash uşor la unele persoane.
- Acoperiţi zona cu un pansament pentru a ajuta la păstrarea curată a acesteia şi pentru a îndepărta bacteriile periculoase. Drenaţi în mod repetat veziculele acoperite până când se formează o crustă.
- Schimbaţi pansamentul zilnic sau de câte ori devine umed sau murdar.



ducând la recuperare completă. Aspirina poate fi de ajutor pentru ameliorarea durerii, inflamației și edemului. Abcesele pot necesita drenaj chirurgical.

Herpesul

Semne și simptome

- Vezicule mici, pline cu lichid pe o zonă cutanată roșie, proeminentă, dureroasă, localizate de obicei la nivelul buzelor sau uneori pe nări, obraji sau degete.
- Durere și furnicături care de obicei preced apariția veziculelor cu 1-2 zile.

Scenariul este familiar: simțiți o furnicătură la nivelul buzei și puteți sesiza apariția unui punct mic, dureros, care nu se vede. Aproape sigur, într-o zi sau două, apare o veziculă roșie pe buză (vezi imaginea de la pagina 440). Este încă un herpes, apărut probabil într-un moment mai prost și nu există posibilitatea ascunderii lui sau a dispariției acestuia într-un timp scurt.

Herpesul - numit și vezicule febrile - afectează milioane de americani, probabil peste jumătate din populație.

Herpesul este diferit de afte, o afecțiune cu care este adesea confundat. Herpesul este produs de o formă de virus herpes simplex și este contagios. Aftele, care nu sunt contagioase, sunt ulcerații care apar în țesuturile moi, în gură. Deși nu se întâmplă frecvent, herpesul poate apărea pe gingii sau pe planșeul cavității bucale (palatul dur). Herpesul apare de obicei pe buză, dar ocazional poate apărea pe nări, obraji sau pe degete.

Anumite tulpini de herpes virus produc aceste vezicule. Virusul Herpes simplex tip 1 este în general implicat. Virusul Herpes simplex tip 2 este de regulă responsabil de apariția herpesului genital. Totuși, ambele forme ale virusului pot produce vezicule la nivelul feței sau în regiunea genitală.

Puteți lua un herpes de la o altă persoană care are o leziune activă. Infecția se poate răspândi dacă împrumutați tacâmurile, aparatele de ras și prosoapele. Riscul cel mai mare de infecție este din momentul apariției veziculeleor până când acestea se usucă și formează o crustă. Herpesul pare să se răspândească în familie. Puteți avea un risc mai mare de a lua un herpes dacă un membru apropiat din familie are unul. Acest lucru se poate datora contagiozității herpesului, dar mai probabil, unei susceptibilități genetice.

Simptomele primului herpes pot apărea în primele 20 de zile de la contactul cu virusul și pot dura 7 - 10 zile. Veziculele se formează, se sparg și apoi zemuiesc. Se formează o crustă galbenă care se cojește, rămânând în urmă o piele rozalie, vindecată. Virusul rămâne apoi sub o formă latentă, la nivelul celulelor nervoase.

Virusul herpetic se poate activa din nou la nivelul sau lângă locul inițial al infecției, producând o altă leziune. Puteți avea prurit sau sensibilitate crescută la nivelul locului de apariție care preced fiecare atac. Recurențele sunt în general mai ușoare decât infecția inițială și pot fi declanșate de menstruație, expunerea la soare,

Noțiuni elementare despre vezicule

Veziculele apar atunci când presiunea sau frecările duc la acumulare de lichid între straturile pielii. Dacă simțiți că apare un punct dureros, opriți-vă din ceea ce faceți și acoperiți zona afectată cu un pansament adeziv. Vezicula este o leziune minoră frecventă.

Nu înțepați o veziculă dacă nu vă doare sau dacă nu vă împiedică să vă folosiți una dintre mâini. Acoperiți o veziculă mică cu un pansament adeziv, iar pe una mare cu un bandaj din tifon poros, învelit cu un material, care absoarbe umezeala și permite rănii să respire.

Dacă trebuie să deschideți o veziculă, spălați-vă mai întâi mâinile și zona leziunii cu apă caldă și cu săpun. Tamponați vezicula cu soluție de iod sau cu alcool 70%. Apoi, puncționați vezicula în câteva puncte de-a lungul bazei acesteia cu ajutorul unui ac steril. Drenați lichidul, dar lăsați intacte straturile de piele de deasupra. Aplicați un unguent cu antibiotic la nivelul leziunii și acoperiți-o cu un pansament din tifon. După câteva zile, folosiți o pensetă să ridicați pielea moartă și un bisturiu ca să o tăiați. Aplicați din nou un unguent și un tifon și verificați apariția semnelor de infecție (roșeață sau puroi). Adresați-vă medicului dacă veziculele par infectate.

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Virusul care produce herpesul se poate răspândi atât timp cât veziculele conțin lichid - chiar după ce s-a format o crustă deasupra. Următoarea listă cuprinde sfaturi pentru prevenire în cazul celor care doresc să se ferească de herpes și a celor care au deja unul, dar care nu vor să-l răspândească într-o altă zonă a corpului sau să-l transmită altor oameni.

Dacă aveți un herpes:

- Evitați sărutul și contactul intim al pielii cu alți oameni
- Nu împărțiți băutura sau mâncarea cu alții
- Spălați-vă cu atenție mâinile înainte să vă atingeți de altcineva
- Fiți atrent când atingeți alte regiuni ale organismului. Ochii și zona genitală sunt susceptibile în mod particular la răspândirea infecției

Dacă nu aveți un herpes:

- Evitați sărutul și contactul intim al pielii cu oameni care au herpes
- Nu împărțiți băutura sau mâncarea cu cei care au herpes
- Utilizați un ecranant solar la nivelul buzelor și al feței înainte de expunerea prelungită la soare – atât iarna cât și vara

stres sau orice altă afecțiune însoțită de febră.

Diagnostic

Medicul dumneavoastră poate diagnostica un herpes prin examinare fizică. O cultură sau un frotiu efectuat din materialul extras din vezicule poate confirma prezența virusului herpes simplex, dar acestea sunt rareori necesare.

Cât de grav este herpesul?

Herpesurile sunt frecvente și rareori produc alte probleme decât disconfort și probleme de cosmetică. Tratamentul poate deseori să amelioreze disconfortul. Totuși, infecția poate produce unele complicații potențial grave. Dacă aveți un herpes, evitați contactul cu copiii, cu cei care au o eczemă (dermatită atopică) și cu cei care au imunodepresie, cum ar fi cei cu cancer, cu SIDA sau care au primit un transplant de organ. Herpes virus poate pune în pericol viața acestor indivizi.

Tratament

La majoritatea adulților și în special la copii, herpesul se vindecă în general fără tratament în 7 - 10 zile. Între timp, următoarele acțiuni vă pot ameliora afecțiunea:

- Aplicați alcool sau oțet alb diluat pentru a usca leziunea.
- Încercați anestezicele eliberate fără rețetă care conțin benzocaină (Anbesol, Orajel). Acestea pot asigura un grad de confort, dar nu grăbesc vindecarea.
- Aplicați gheață la nivelul veziculeleor pentru a alina durerea.
- Luați un analgezic, dacă leziunea este încă dureroasă după ce s-a uscat, iar anestezicele sau gheața nu sunt de ajutor.
- Evitați stoarcerea, strângerea sau înțeparea oricărei vezicule.

Dacă aveți leziuni herpetice frecvente sau grave, medicul dumneavoastră vă poate prescrie un medicament antiviral. Antiviralele utilizate mai frecvent includ acyclovir (Zovirax), disponibil sub formă de tablete sau unguente, apoi medicamentele cu administrare orală famciclovir (Famvir) și valacyclovir (Valtrex), sau penciclovir unguent (Denavir). Medicamentele pot scurta durata evoluției leziunilor herpetice, dar nu pot preveni recurența.

Zona zoster

Semne și simptome

- Durere, arsură, furnicături sau prurit la nivelul unei zone localizate
- Un rash roșu, caracterizat prin apariția unor vezicule mici, pline cu lichid
- Febră
- Cefalee

Același virus care produce vărsatul de vânt (varicela) produce și zona zoster (herpes zoster). După ce ați avut vărsat de vânt, virusul poate rămâne sub formă dormantă la nivelul celulelor nervoase. Acesta se poate reactiva peste ani de zile, dând zona zoster, o infecție localizată.

Simptomele apar, în general, după un anume tipic atunci când se reactivează virusul. Senzația inițială este de durere, arsură, furnicături sau prurit pe măsură ce virusul proliferează de-a lungul unui nerv periferic, răspândindu-se de la nivelul măduvei spinării. Zona zoster afectează doar zona corpului deservită de nervul respectiv. Un rash cu vezicule mici, pline cu lichid, apare la 2-3 zile după ce virusul a ajuns la nivelul terminațiilor cutanate (vezi imaginile de la pagina 438).

În următoarele 3-5 zile, rash-ul atinge extensia maximă. Poate apărea sub forma unei benzi rectangulare sau a unei centuri („zoster" în lb. latină = centură) de o parte a corpului, mergând de la nivelul coloanei către stern. Poate apărea și la nivelul unei extremități, cum ar fi un braț sau pe o parte a feței sau a capului. Veziculele se usucă în câteva zile, formând cruste care cad după 2-3 săptămâni de la declanșarea simptomelor inițiale.

Zona zoster este mai frecventă la adulți decât la copii. Aproximativ 1 din 5 adulți prezintă zona zoster, de regulă după 50 de ani. Puteți face zona zoster de mai multe ori, cu toate că nu este frecventă.

Datorită faptului că sistemul dumneavoastră imun vă protejează de o nouă infecție cu virusul care produce varicela, nu puteți să luați zona zoster de la o persoană dacă ați avut deja varicelă. Totuși, zona zoster este contagioasă pentru oricine care nu a făcut varicelă și poate fi invalidantă pentru cei care au o deficiență a sistemului imun.

Dacă aveți vezicule, evitați contactul fizic cu persoanele menționate mai jos. O dată ce veziculele dezvoltă deasupra o crustă, există șanse mici să transmită infecția.

- Oricine care nu a făcut varicelă.
- Femei însărcinate, deoarece infecția este periculoasă la făt.
- Nou-născuți, deoarece au un sistem imun încă în formare.
- Persoane imunocompromise, cum ar fi cele cu cancer sau SIDA sau cele care au avut un transplant de organ.

Diagnostic

Diagnosticul de zona zoster este, în general, pus pe baza simptomelor pe care le aveți și a caracteristicilor rash-ului. Diagnosticul nu poate fi pus în absența rash-ului.

Cât de gravă este zona zoster?

Zona zoster nu este, în mod normal, o afecțiune gravă și se rezolvă de obicei în 2-3 săptămâni. Totuși, unii oameni pot avea durere continuă de-a lungul a luni de zile sau chiar ani, pe traiectul nervului implicat. Această afecțiune dureroasă poartă numele de nevralgie postherpetică. Apare mai frecvent la cei care fac zona zoster după vârsta de 70 de ani. Cel mai frecvent, însă, nevralgia postherpetică se vindecă în mai puțin de un an, chiar la cei cu vârsta peste 70 de ani.

Zona zoster produce pagube la nivelul fibrelor nervoase. Capacitatea nervilor dumneavoastră de a transmite mesaje de la nivel cutanat este alterată și exagerată. Oamenii care au nevralgie postherpetică afirmă deseori că au multiple tipuri de durere, uneori în același timp.

Atunci când herpesul afectează un nerv important de la nivelul feței, cum ar fi nervul trigemen, rash-ul poate apărea la nivelul feței, în gură, într-o nară sau un ochi. Orice durere sau rash la nivelul sau lângă ochi necesită îngrijire medicală promptă din

partea unui oftalmolog. O infecţie oculară poate duce la afectarea permanentă a vederii.

Tratament

Tratamentul precoce al zonei zoster este important. Intervenţia promptă poate scurta durata infecţiei şi este posibil să vă scadă riscul de apariţie a durerii persistente datorate nevralgiei.

Adresaţi-vă medicului cum apar simptomele, mai ales dacă aveţi peste 60 de ani. Mergeţi la oftalmolog dacă apare durere sau rash în apropierea ochiului sau pe nas, deoarece poate fi afectată corneea. Veţi avea nevoie de un tratament special pentru a evita complicaţiile vizuale.

Tratament medicamentos

Medicul dumneavoastră va avea probabil o triplă abordare a tratamentului:

- Doze mari dintr-un medicament antiviral pentru a reduce durata şi severitatea simptomelor.
- Un antiinflamator pentru a diminua inflamaţia.
- Analgezice pentru controlul durerii. Pentru combaterea durerii puternice, poate fi necesară administrarea de narcotice (opioide).

Autoîngrijirea

Medicul dumneavoastră vă poate recomanda să urmaţi şi nişte măsuri de autoîngrijire:

- Spălaţi veziculele de 2 ori pe zi cu săpun normal şi cu apă, dar nu le bandajaţi.
- Pentru a ameliora durerea, aplicaţi peste vezicule comprese reci, umede cu apă sau cu apă amestecată cu oţet alb – 30 ml oţet la 1 l apă. Faceţi acest lucru de 1-3 ori pe zi.
- Înmuiaţi-vă în cada cu apă călduţă, cu sau fără adăugarea unui produs de baie pe bază de ovăz (Aveeno).
- Aplicaţi o loţiune calmantă de tipul calaminei.

Molluscum contagiosum

Semne şi simptome

- Papule mici ca nişte perle la nivelul pielii, care au un miez alb ca brânza

Molluscum contagiosum este o infecţie cutanată virală, relativ frecventă. Fiecare papulă mică, globuloasă are, în mod caracteristic, o crestătură mică sau un punct pe vârf (vezi imaginea de la pagina 436).

La copii, nodulii apar de obicei pe faţă, trunchi sau pe membre. La adulţi, nodulii apar mai frecvent în zona genitală, pe abdomen şi pe faţa internă a coapselor. Infecţia este contagioasă prin contact.

La adulţi se transmite de regulă prin contact sexual. Adulţii cu imunodeficienţă pot dezvolta uneori leziuni multiple de molluscum la nivelul feţei.

Nodulii fermi sunt deseori nedureroşi şi dispar în primul an. Dacă nodulii şi pielea din jur sunt lezaţi, poate apărea o răspândire locală.

Tratament

În lipsa tratamentului pot apărea mai multe leziuni, pe măsură ce virusul se răspândeşte de la nivelul leziunii către pielea normală. Medicul dumneavoastră poate îndepărta nodulii prin îngheţarea lor, chiuretarea sau extragerea conţinutului.

Infecţiile fungice

Semne şi simptome

- Prurit, înţepături sau senzaţie de arsură cutanată
- Piele crăpată, exfoliată
- Piele foarte uscată cu cruste albe, mici
- Pete pruriginoase, roşii sau cenuşii, solzoase la nivelul scalpului
- Zone rotunde pruriginoase, roşii, solzoase, uşor proeminente
- Pete roşii bine delimitate, umede, delimitate de umflături mici roşii
- Zone roşii cu pete în interior

Infecţiile cutanate fungice sunt produse de organisme fungice microscopice care devin paraziţi ai pielii. Corpul dumneavoastră găzduieşte o mare varietate de microorganisme, incluzând fungii de tipul mucegaiurilor sau drojdiei. Unii au rol benefic şi nu produc probleme. Alţii pot prolifera sub formă de colonii infecţioase.

Piciorul atletului, pruritul jocheiului şi tinea capitis

Fungii de tipul mucegaiurilor (dermatofiţi) pot produce leziuni cutanate cunoscute ca piciorul atletului şi pruritul jocheiului, precum şi leziunile scalpului (tinea capitis). Aceşti fungi trăiesc pe ţesuturile moarte ale părului, unghiilor şi stratului extern al pielii. Igiena precară, umezeala permanentă a pielii sau leziunile unghiilor vă cresc susceptibilitatea la infecţia cu aceşti fungi. Simptomele principale ale pruritului jocheului şi piciorului atletului sunt pruritul şi apariţia unui rash. Pruritul jocheiului afectează zona inghinală şi anală. Piciorul atletului poate afecta tălpile, palpele şi zonele interdigitale.

Tinea capitis apare mai frecvent la copii. Zonele circulare caracteristice pot fi neregulate. Apar la nivelul scalpului, dar se pot extinde şi în afara acesteia. Pe măsură ce infecţia se întinde, leziunile se extind, iar zona centrală devine mai puţin activă. (vezi imaginile de la pagina 436). Acest tip de infecţie este foarte contagios şi poate fi transmis prin împrumutarea pălăriilor, periilor, pieptenului şi a aparatelor de ras. De asemenea, este posibil să vă infectaţi cu tinea capitis de la animalele din casă sau din curte.

Candidozele

Apariţia unui rash persistent roşu strălucitor în regiunea scutecului poate indica o infecţie cu ciuperci produsă de *Candida albicans*, care proliferează într-un mediu cald, umed. Alte infecţii candidozice includ aftele bucale şi infecţiile prin frecare care pot apărea în pliurile cutanate sau la supraponderali.

Bolile şi situaţiile care duc la creşterea susceptibilităţii la infecţiile cu *Candida* includ sarcina, obezitatea, diabetul, cancerul, SIDA, infecţia cu virusul imunodeficienţei umane (HIV) şi folosirea anumitor medicamente, cum ar fi antibioticele şi corticosteroizii.

Tinea versicolor

Tinea versicolor este un tip de infecţie fungică care apare sub forma unei subţieri tisulare învelite de fungi la nivelul pielii

(vezi imaginile de la pagina 438). Singurele simptome sunt petele cutanate de culoare modificată care cresc încet. Tinea versicolor este frecventă la adolescenţi şi adulţii tineri.

Diagnostic

Medicul dumneavoastră poate pune diagnosticul de infecţie fungică doar prin examinarea acesteia. Alteori poate fi nevoie de recoltarea de material din leziune pentru o analizare în laborator.

Cât de grave sunt infecţiile fungice?

Infecţiile fungice sunt rareori periculoase pentru viaţă. Ele pot varia de la uşoare la severe şi deseori pot fi persistente sau recurente. Tratamentul are în general succes, dar în unele cazuri poate fi necesară o medicaţie pe termen lung şi măsuri permanente care să prevină recurenţele.

Rareori, o infecţie cutanată dată de *Candida* se poate răspândi prin circuitul sangvin către organele interne. Cu toate că unii oameni pun pe seama infecţiei cu *Candida* o largă varietate de simptome, incluzând un sindrom de oboseală cronică, evidenţierea acesteia lipseşte.

Tratament

Tratamentul corespunzător depinde de tipul infecţiei fungice.

Piciorul atletului, pruritul jocheiului şi tinea capitis

În aceste cazuri, aplicaţi un unguent, loţiune, pudră sau spray antifungic eliberate fără reţetă din farmacii. Majoritatea infecţiilor răspund bine la aceste produse topice.

Medicul dumneavoastră vă poate prescrie un medicament antifungic pe cale orală, dacă infecţia este persistentă (cronică) sau gravă. Reacţiile adverse date de medicamentele antifungice orale pot fi grave şi includ probleme gastrointestinale, rash şi insuficienţă hepatică. De asemenea, ele pot interfera cu efectele anumitor medicamente, cum at fi warfarina (coumadin). În mai 2001, FDA a emis un avertisment public privitor la două medicamente antifungice, itraconazol (Sporanox) şi terbinafină (Lamisil), datorită preocupării că acestea pot produce insuficienţă cardiacă congestivă. Acest efect produs de medicament dispare atunci când se întrerupe utilizarea produsului. Avertismentul nu se referă la formele cu aplicare topică de Lamisil (creme şi soluţii).

Infecţiile candidozice

Rash-ul produs în zona scutecului sau în zonele de frecare poate fi tratat cu ajutorul unei creme antifungice şi prin păstrarea zonei afectate uscată şi curată. Schimbarea frecventă a scutecelor poate asigura păstrarea uscată a zonei. În cazul altor infecţii cu candida, mai severe sau persistente, medicul dumneavoastră vă poate prescrie un medicament antifungic pe cale orală. Este foarte important ca medicul să vă supervizeze acest tratament, deoarece utilizarea pe termen lung a acestui tip de medicaţie poate produce efecte adverse importante.

Tinea versicolor

În acest cazul poate fi de ajutor să vă spălaţi frecvent. În plus, aplicaţi medicamente topice cum ar fi sulfat de seleniu (Selsun, Exsel) sau creme antifungice ca de exemplu ciclopirox (Loprox).

Muşcăturile de insecte

Semne şi simptome

- Papule roşii, pruriginoase
- O bulă roşie, dureroasă, ulcerată
- Amorţire locală sau o senzaţie de amorţire de ac

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Pentru a preveni apariţia leziunilor cunoscute ca pruritul jocheiului şi piciorul atletului este nevoie de igienă personală corespunzătoare. Urmaţi sfaturile de mai jos:

Pruritul jocheiului

- Păstraţi zona afectată curată şi uscată
- Evitaţi purtarea hainelor care vă freacă
- Dacă purtaţi un suspensor elastic, spălaţi-l frecvent
- Spălaţi-vă şi schimbaţi-vă hainele după ce faceţi exerciţii

Piciorul atletului

- Păstraţi-vă picioarele uscate, în special la nivelul spaţiilor dintre degete
- Purtaţi ciorapi făcuţi din materiale naturale, cum ar fi bumbacul sau lâna
- Schimbaţi-vă ciorapii în mod regulat de 2 ori pe zi dacă picioarele vă transpiră tare
- Purtaţi pantofi uşori, bine aerisiţi, făcuţi din materiale naturale, nu sintetice
- Purtaţi alternativ pantofii, astfel încât aceştia să se poată usca
- Purtaţi sandale rezistente la apă sau papuci de baie în băile comune, piscină, sala de fitness şi în alte locuri publice
- Utilizaţi zilnic o pudră sau un spray antifungic pentru picioare
- Nu împrumutaţi pantofii



Semne și simptome de urgență

- Față edemațiată
- Amorțeală generalizată
- Crampe musculare
- Dificultăți respiratorii
- Cefalee
- Greață
- Febră
- Comă

Injectarea de venin sau de alte substanțe în piele produce simptomele mușcăturilor de insecte. Cel mai frecvent, reacția este locală și temporară, dar veninul vă poate afecta tot corpul dacă aveți o hipersensibilitate la acesta sau dacă este puternic.

Mușcătura păianjenului Văduva-neagră este ca o înțepătură mică de ac. Unii nu-și dau seama că au fost mușcați. Inițial, aceștia pot avea doar o mică umflătură și o zonă roșie neclară la locul mușcăturii. În câteva ore apar durerea intensă și rigiditatea.

Alte simptome pot include febră, frisoane, greață și dureri abdominale intense. În general, durerea diminuă după câteva ore, dar poate reapărea după 2-3 zile.

Mușcăturile insectei Pustnicul-maro și ale altor păianjeni produc o ușoară usturime, urmată de înroșire locală și de durere puternică în interval de 8 ore. La nivelul mușcăturii apare o umflătură plină cu lichid, care apoi se exfoliază, lăsând uneori o ulcerație mare, adâncă, ce se mărește. Simptomele pot varia de la febră ușoară și rash, la greață și apatie.

Majoritatea mușcăturilor de furnici produc doar înroșire locală și edemațiere. Furnicile roșii, totuși, pot produce multiple vezicule mici, pline cu lichid care ulcerează, asemănător mușcăturilor de păianjen. Alte insecte care mușcă injectează substanțe chimice atunci când se hrănesc din corpul dumneavoastră. Aceste insecte cuprind țânțarii, puricii, fluturii, căpușele și insectele din ordinul *Hemiptera*.

Prin mușcăturile de albine, viespi și gărgăuni se poate injecta un venin care produce imediat durere și o papulă roșie. După câteva ore de la înțepătură, durerea cedează în general, iar zona afectată devine pruriginoasă.

Diagnostic

Uneori, puteți recunoaște ușor o înțepătură sau o mușcătură de insectă deoarece simțiți când se întâmplă. Alteori, nu sunteți sigur că ați fost mușcat. Dacă aveți o reacție severă, este bine să știți ce anume v-a mușcat pentru ca medicul dumneavoastră să vă stabilească mai ușor tratamentul.

Cât de grave sunt mușcăturile de insecte?

Simptomele unei mușcături sau înțepături durează în general câteva ore sau zile. Totuși, dacă sunteți alergic la înțepăturile de albine sau dacă sunteți înțepat de mai multe ori, puteți avea o reacție periculoasă numită șoc anafilactic (vezi pag. 545). Acesta necesită tratament de urgență.

Aproximativ 1 din 250 de americani sunt alergici la înțepăturile de albine. Aceste înțepături produc mai multe decese decât mușcăturile de șerpi. Mușcăturile produse de păianjenii veninoși sunt rareori fatale. Totuși, copiii mici și vârstnicii sunt în mod particular vulnerabili la efectele mușcăturilor de păianjeni.

Tratament

Mușcăturile ușoare de insecte pot fi tratate prin aplicarea de cuburi de gheață la nivelul zonei afectate pentru a diminua durerea. În plus, aplicarea de creme cu hidrocortizon sau loțiuni de tipul calaminei, eliberate din farmacii fără rețetă, pot ajuta la îndepărtarea pruritului și a inflamației.

În cazul unor reacții mai grave, medicul dumneavoastră vă poate prescrie o cremă cu un corticosteroid

Un individ alergic la veninul anumitor insecte, cum ar fi la albine sau viespi, necesită administrarea imediată de adrenalină (epinefrină) injectabil dacă a fost înțepat. Medicul poate prescrie o trusă medicală de urgență care trebuie avută la îndemână și care include medicamente ce se administrează de urgență. Dacă apar amețeală, apatie sau dificultăți respiratorii, adresați-vă imediat unui centru medical de urgență

Dacă ați fost mușcat de păianjenul Văduva-neagră, puteți avea nevoie de spitalizare. Tratamentul poate cuprinde aplicarea de comprese umede, calde, injecții cu antivenin și administrarea intravenoasă de calciu gluconic pentru a combate crampele.

Tratamentul mușcăturii păianjenului Pustnicul-maro presupune adesea administrarea de injecții cu cortizon și îndepărtarea chirurgicală a ulcerului.

Înțepătura Războinicului-portughez

Semne și simptome

- Înțepături și durere
- Leziuni roșii ca o urticarie în linie
- Respirații superficiale
- Greață și crampe gastrice
- Tulburări emoționale

Războinicul-portughez este un animal marin, gelatinos, care nu are coloană vertebrală (nevertebrat). Este ușor de recunoscut, ținând cont de corpul său tipic albastru sau roșu în formă de clopot, care plutește la suprafața apei și care are dimensiuni variind de la mai puțin de 2 cm la peste 30 cm în diametru.

Un ciorchine de tentacule atârnă sub corpul lui. Majoritatea acestora sunt scurte ca niște volănașe, dar una sau mai multe pot fi mai lungi. Aceste tentacule lungi sunt cele cu care înțeapă.

Dacă atingeți una dintre aceste tentacule, ea va biciui în jurul zonei de contact și vă va injecta în piele un venin toxic. Datorită faptului că veninul (o neurotoxină) rămâne activ timp îndelungat după ce Războinicul-portughez a murit, poate fi periculos să mergeți de-a lungul plajei sau să vă bălăciți la apă mică. Tentaculele își descarcă veninul timp îndelungat, chiar după ce au fost separate de partea principală a corpului animalului. Veninul este introdus victimei prin intermediul unor mustăți mici de pe tentacule.

Diagnostic

Simptomele frecvente variază de la mâncărime ușoară la arsuri severe și amorțeală. Pe zona cutanată care vine în contact cu tentaculele apare o dungă roșie. Uneori, apare o linie de vezicule.

Cât de grave sunt înțepăturile produse de Războinicul-portughez?

Înțepăturile produse de Războinicul-portughez sunt rareori letale, dar pot fi dureroase. Înțepăturile severe pot produce crampe musculare, leșin, tuse, vărsături și dificultăți respiratorii. Rareori, poate apărea o reacție potențial fatală numită șoc anafilactic (vezi pag. 545).

Tratament

Iată câteva sfaturi practice pentru a face față înțepăturilor produse de Războinicul-portughez:

- Ieșiți din apă. Durerea și crampele pot fi puternicee și vă puteți îneca.
- Dezactivați înțepătura. Presărați zona afectată cu oțet, sare, zahăr sau chiar cu nisip uscat. Acest lucru asigură deseori o ameliorare rapidă.
- Curățați rana. După circa 15 minute de la dezactivarea rănii, spălați zona cu blândețe cu apă de mare. Nu folosiți apă proaspătă și nu frecați pielea deoarece ambele metode pot stimula descărcarea unei cantități mai mari de venin.
- Îndepărtați tentaculele care v-au înțepat. Aplicați un amestec format din apă de mare și nisip, bicarbonat, pudră de talc sau făină. Aplicați un strat subțire din pasta formată cu ajutorul unui cuțit sau al unui alt obiect, ca de exemplu cochilia unei scoici. Este bine să purtați mănuși sau să folosiți un prosop când îndepărtați reziduul.
- Aplicați o cremă cu hidrocortizon eliberată fără rețetă din farmacii pentru a combate roșeața și edemațierea. Durerea poate fi îndepărtată prin utilizarea unui unguent cu un anestezic local, cum ar fi cele care conțin benzocaină, iar pruritul poate fi ameliorat cu ajutorul unei loțiuni de tipul calaminei. Dacă prezentați o reacție importantă după înțepătură, adresați-vă medicului.

Prevenire

Cea mai bună protecție împotriva Războinicului-portughez este să purtați un costum de baie sau ciorapi lungi atunci când înotați în apele în care trăiesc aceștia. În plus, purtați pantofi sport sau papuci din plastic atunci când mergeți pe plajă. Fiți atent unde călcați.

Tumorile cutanate necanceroase

Tumorile cutanate necanceroase (benigne) sunt frecvente și, de obicei, nu sunt periculoase. Pe măsură ce îmbătrâniți, sunteți mai susceptibil să aveți asemenea tumori. Exceptând keratoza actinică și anumiți negi, tumorile benigne nu trebuie îndepărtate decât dacă sunt iritante sau deranjante din punct de vedere cosmetic. Din precauție, totuși, consultați medicul asupra unei noi tumorete apărute sau asupra modificărilor celor vechi.

Keratoza actinică

Semne și simptome

- Pete scuamoase, aspre, de la cenușiu deschis la roz închis, la nivelul feței, scalpului și pe fața posterioară a mâinilor.

Keratoza actinică (keratoza solară) apare mai frecvent la persoanele cu piele deschisă la culoare, afectată de soare. Inițial, zonele de keratoză sunt plate și aspre. Apoi suprafața acestora devine dură ca a negilor (vezi imaginile de la pag. 433). Suprafața lor aspră ca nisipul face ca aceste zone să fie mai ușor simțite decât văzute. Keratoza actinică este considerată tumoră necanceroasă (benignă), dar poate reprezenta o modificare cutanată precanceroasă.

Tratament

Este necesară o urmărire medicală în cazul keratozei actinice deoarece, netratată, poate evolua către cancer spinocelular. Medicul dumneavoastră poate îndepărta aceste zone prin înghețarea lor cu ajutorul azotului lichid, prin arderea electrică sau printr-o intervenție chirurgicală. Se poate examina o probă de țesut pentru a vedea apariția semnelor de cancer.

Angioamele cutanate

Semne și simptome

- Puncte cireșii, mici, netede pe piele.

Angioamele sunt tumori cutanate necanceroase (benigne), de cauză necunoscută, care apar mai frecvent după vârsta de 40 de ani. Ele pot apărea aproape oriunde pe piele, dar cel mai frecvent sunt localizate pe trunchi. Angioamele au dimensiuni de la mărimea unei gămălii de ac până la 0,5 cm (vezi imaginile de la pag. 433). Angioamele mari pot sângera în profunzime atunci când sunt lezate.

Tratament

Angioamele cutanate sunt nedureroase și inofensive, dar puteți dori să le îndepărtați din motive cosmetice. Medicul dumneavoastră le poate îndepărta ușor, prin înghețare cu azot lichid, cu ajutorul laserului sau prin distrugerea prin procedee minime chirurgicale.

Cheloidul

Semne și simptome

- Proeminențe nodulare sau excrescențe roșii sau decolorate pe suprafața cicatricelor cutanate

Cheloidul este o producție în exces de țesut cicatricial. Uneori, poartă numele de cicatrice hipertrofică.

Cheloidul apare la nivelul unei leziuni cutanate produse, de exemplu, de o intervenție chirurgicală, un vaccin, acneea severă, o arsură sau chiar o mică zgârietură. Este mai frecvent pe pielea neagră și mult mai rar pe pielea albă.

Cheloidul este inofensiv, dar poate fi sensibil, pruriginos sau poate produce desfigurări. Uneori cheloidul se oprește din creștere sau chiar dispare fără tratament.

Tratament

Îndepărtarea chirurgicală a cheloidului produce deseori cicatrice ulterioare dacă nu este urmată de un tratament cu raze X sau injectare locală de corticosteroizi. Cheloidele mici pot fi îndepărtate prin înghețarea cu azot lichid.

Petele hepatice

Semne și simptome

- Pete plate hiperpigmentate, de obicei maron, negre sau cenușii, pe față sau pe partea posterioară a mâinilor

Petele hepatice (lentigii senile) sunt zone plate, nepericuloase, de hiperpigmentare care variază de la dimensiunea unei pistrui la câțiva centimetri în diametru. Aceste pete plate, cenușii, maro sau negre afectează mai mult de 90% din oamenii cu piele deschisă și cu vârstă peste 50 de ani.

Petele hepatice sunt mai frecvente pe zonele expuse la soare – fața și partea dorsală a mâinilor (vezi imaginile de la pag. 433). Acestea au tendința să se închidă la culoare când sunt expuse la soare. În ciuda numelui, petele nu au nici o legătură cu ficatul.

Cât de grave sunt petele hepatice?

Adevăratele pete hepatice pot rareori deveni canceroase, cu toate că arată uneori ca anumite leziuni canceroase. În cazuri rare se pot transforma în lentigo malign, o formă de cancer cutanat neagresivă, cu creştere lentă.

Tratament

Din motive cosmetice, petele hepatice pot fi deschise la culoare cu ajutorul produselor care albesc pielea sau se îndepărtează prin îngheţare sau prin laserterapie. Puteţi preveni apariţia de pete noi prin evitarea expunerii la soare sau prin utilizarea de ecranante solare.

Aluniţele (nevii)

Semne şi simptome

- Puncte de culoare roşie, maro, albastră sau neagră pe piele

Aproape toată lumea are aluniţe. Aceste tumori necanceroase (maligne) sunt cuiburi de celule pigmentare. Ele pot fi netede, pot avea păr şi pot deveni proeminente sau încreţite (vezi imaginile de la pag. 434). Aluniţe noi pot apărea până la vârsta de 40 de ani, dar majoritatea apar până la 20 de ani, Unele aluniţe dispar pe măsura avansării în vârstă.

Aluniţele sunt în mod normal inofensive, dar pot deveni canceroase (vezi pag. 1203). Consultaţi-vă medicul dacă apar modificări de culoare sau de dimensiune ale unei aluniţe sau dacă apar prurit, durere, sângerare sau inflamaţie la nivelul acesteia. Anumite aluniţe, cum ar fi cele neregulate ca formă şi localizate în jurul sau sub nări sau în apropierea organelor genitale trebuie urmărite de un medic pentru evidenţierea unui melanom. Anumite aluniţe au o rată mai mare de risc să devină canceroase. Acestea includ:

- *Aluniţele mari, prezente la naştere.* Aluniţele mari care sunt prezente la naştere sunt numite nevi congenitali şi vă pot creşte riscul de apariţie a melanomului malign, o formă de cancer cutanat. Aluniţele care au mai mult de 20 cm în diametru au cel mai mare risc. Orice aluniţă care a fost prezentă la naştere şi este de mărimea unei cărţi de credit sau mai mare, trebuie examinată de un doctor.
- *Aluniţele care apar în familie.* Aluniţele care sunt mai mari decât media – cu diametrul unei gume de creion şi cu formă neregulată sunt cunoscute ca nevi atipici sau displazici. Aceste aluniţe au tendinţa să fie ereditare şi au, de obicei, centrul maro închis şi margini deschise la culoare sau chiar fără margini. În general, ele pot fi roşii sau de culoarea bronzului. Dacă aveţi nevi displazici, aveţi un risc mai mare să dezvoltaţi melanom malign.
- *Aluniţe multiple.* Dacă aveţi multe aluniţe mai mari de 6 mm – de diametrul unei gume de creion – puteţi avea un risc de a dezvolta melanom.

Alţi factori importanţi care vă cresc riscul de a face melanom includ istoricul familial, un istoric de arsuri solare severe şi un ten deschis, păr roşu şi ochi albaştri. Nu toate melanoamele îşi au originea în nevii preexistenţi.

Diagnostic

Dacă medicul dumneavoastră suspectează că o aluniţă poate fi canceroasă, poate recolta o probă de ţesut pentru examinare la microscop (biopsie).

Tratament

Dacă medicul dumneavoastră descoperă că aveţi o aluniţă canceroasă, aceasta, împreună cu marginile din jur trebuie scoasă. De regulă, o aluniţă care a fost scoasă nu reapare. Dacă se întâmplă acest lucru adresaţi-vă imediat medicului.

Majoritatea aluniţelor nu necesită tratament, dar dacă vreţi să îndepărtaţi una din motive cosmetice, acest lucru poate fi făcut în mai multe moduri. Medicul dumneavoastră poate utiliza o metodă cunoscută ca excizie prin



Urmăriţi-vă aluniţele

Aluniţele nu au o cauză cunoscută şi nimeni nu ştie de ce apar. Majoritatea aluniţelor sunt inofensive, dar trebuie să le urmăriţi pentru a sesiza apariţia modificărilor ce pot semnala un melanom, o formă gravă de cancer cutanat.

Cel mai bun mod de a sesiza problemele posibile într-un stadiu precoce este de a vă familiariza cu localizarea şi aspectul aluniţelor dumneavoastră. Amintiţi-vă să vă examinaţi zonele care nu sunt expuse la lumina soarelui, incluzând scalpul, axilele, picioarele (între degete) şi zona genitală.

Examinaţi-vă pielea cu atenţie urmând nişte reguli simple. Dacă este nevoie folosiţi o oglinjoară şi o oglindă de perete pentru a vedea zonele greu de examinat, cum ar fi de exemplu spatele. Dacă aluniţele dumneavoastră sunt mai mari decât media – de diametrul aproximativ al unei gume de creion – şi cu formă neregulată, aveţi un risc mai mare de a dezvolta melanom malign şi ar fi bine să consultaţi un dermatolog.

Atunci când vă controlaţi aluniţele pentru a determina dacă pot fi canceroase, urmaţi ghidul A-B-C-D al Academiei Americane de Dermatologie (vezi pag 1203). Urmăriţi apariţia marginilor neregulate, modificările de culoare şi de dimensiune. Alte caracteristici care trebuie urmărite sunt:

- *Înălţimea.* Aluniţele necanceroase (benigne) sunt plate sau au formă de dom. Aveţi grijă de aluniţele care sunt parţial plate şi parţial proeminente.
- *Structura.* Crustele, exfolierea pielii, prezenţa unor scurgeri sau sângerări uşoare pot semnala un melanom. Acest lucru poate fi semnalat şi de întărirea sau înmuierea zonei colorate.
- *Senzaţii.* Este aluniţa pruriginoasă, sensibilă sau dureroasă?
- *Pielea din jur.* Fiţi atent la umflarea, înroşirea sau alte modificări de culoare care apar la nivelul pielii din apropierea zonei pigmentate.

radere, în care se anesteziază zona din jurul aluniţei, iar aceasta este îndepărtată în apropierea pielii. Aluniţele pot fi de asemenea îndepărtate printr-o mică incizie sau prin perforare. Aceste procedee sunt efectuate de un dermatolog şi sunt de scurtă durată.

Keratoza seboreică

Semne şi simptome

- Papule maronii, negre sau deschise la culoare la nivelul feţei, pieptului, umerilor şi spatelui, care arată ca ceara, fiind uneori pediculate

Keratozele seboreice sunt tumori cutanate necanceroase (benigne) de cauză necunoscută, care apar mai frecvent după vârsta de 40 de ani. Tumorile ovale au o suprafaţă lucioasă, ca a negilor, rugoasă, uşor proeminentă şi au dimensiuni între 1 şi 3 cm sau mai mult (vezi imaginile de la pag. 433). Culoarea lor variază de la gălbui la maron închis sau negru şi au o consistenţă moale. Uneori, apare o singură leziune, dar cel mai frecvent sunt multiple.

Tratament

Keratoza seboreică este în mod normal nedureroasă şi nu necesită tratament decât dacă este pruriginoasă, iritantă sau are un aspect neplăcut. Acest tip de tumoră nu are niciodată o bază profundă, astfel încât poate fi scoasă uşor şi nu lasă cicatrice. Medicul dumneavoastră o poate îndepărta printr-un procedeu chirurgical simplu sau prin îngheţare cu azot lichid. Uneori, pot reapărea.

Papiloamele pediculate

Semne şi simptome

- Mici proeminenţe cutanate pe gât, la subraţ, partea superioară a trunchiului şi în pliuri

Papiloamele pediculate sunt tumori mici, necanceroase de cauză necunoscută care protruzionează din piele prin intermediul unui pedicul subţire (vezi imaginile de la pag. 434). Acestea sunt de regulă moi şi de culoarea pielii, dar pot fi şi mai închise. Papiloamele pediculate apar frecvent, mai ales la persoanele de vârstă mijlocie. De obicei, sunt nedureroase, dar se pot irita prin frecarea cu hainele.

Tratament

Tratamentul nu este necesar decât dacă devin supărătoare. Medicul dumneavoastră le poate îndepărta prin îngheţare cu azot lichid, tăiere sau ardere electrică.

Negii (verucile)

Semne şi simptome

- Proeminenţe mici, cărnoase, granulate, care pot avea culoarea pielii sau pot fi albe, roz sau ca bronzul

Negii sunt proeminenţe cutanate produse de papilomavirusurile umane (HPV), care stimulează creşterea rapidă a celulelor de la nivelul stratului extern al pielii. Există mai mult de 50 de tipuri de negi care pot afecta orice parte a organismului, cel mai frecvent mâinile şi picioarele. Negii pot dispărea în câteva săptămâni sau pot dura timp îndelungat.

Tipuri

Cele două tipuri de negi cel mai frecvent întâlnite sunt verucile vulgare şi verucile plantare.

Verucile vulgare

Verucile vulgare apar ca papule localizate în apropierea unghiilor degetelor de la mâini, dar pot apărea pe orice parte a mâinii (vezi imaginile de la pag. 434). Cel mai frecvent sunt afectaţi adulţii tineri şi copiii. Verucile vulgare sunt în mod tipic nedureroase.

Verucile plantare

Verucile plantare apar la nivelul picioarelor şi pot avea puncte negre la culoare pe suprafaţă. Aceste puncte sunt vase sangvine mici, coagulate. Verucile plantare pot fi dureroase deoarece presează în profunzime atunci când staţi pe ele.

Cauze

Puteţi dezvolta negi după contactul direct cu o persoană sau cu o suprafaţă infectată, cum ar fi podeaua de la duş. Negii se extind de obicei prin crăpăturile pielii. Sistemul imun al fiecăruia răspunde diferit, ceea ce înseamnă că nu oricine vine în contact cu HPV va dezvolta veruci. În general, perioada de incubaţie – timpul din momentul în care v-aţi infectat până când apar negii – este de aproximativ 3 luni, dar virusul poate rămâne într-o formă latentă timp de ani de zile. Datorită faptului că negii sunt mai frecvenţi la copii, unii experţi cred că adulţii pot dezvolta imunitate la HPV.

Cât de gravi sunt negii?

Verucile vulgare şi verucile plantare nu sunt de regulă un motiv important de îngrijorare şi multe dintre ele dispar de la sine în primii 2 ani. Există însă şi cazuri în care negii creează probleme, fiind nevoie de tratament medical pentru îndepărtarea lor. Negii pot de asemenea să reapară după tratament şi să devină o problemă persistentă.

Negii care nu apar în zona genitală, nu sunt un semn de cancer şi nici nu-l preced. În apropierea negilor pot apărea unii noi, deoarece aceste formaţiuni adăpostesc HPV. Există şi posibilitatea infectării altor persoane, cum ar fi membrii familiei, care îşi împrumută obiectele de baie.

Negii care apar la nivelul organelor sexuale se numesc condiloame genitale şi sunt consideraţi o boală cu transmitere sexuală. Aceştia pot fi un motiv de îngrijorare din punct de vedere medical, deoarece pot creşte riscul de cancer de col uterin la femei. Diverse tulpini de HPV sunt responsabile de cel puţin 95% din cazurile de cancer de col. În plus, o femeie gravidă infectată cu HPV poate transmite virusul nou-născutului la naştere.

Tratament

În cazul negilor care nu sunt localizaţi la nivelul organelor genitale, se poate face tratament acasă. Nu încercaţi să vă trataţi negii genitali cu produse eliberate fără reţete din farmacii care nu sunt prevăzute pentru utilizarea la nivelul mucoaselor zonei genitale. Dacă nu faceţi acest lucru, vă puteţi produce durere la nivelul zonelor tratate. Adresaţi-vă medicului dacă aveţi negi la nivelul zonei genitale.

Medicamentele eliberate fără reţetă cu efecte împotriva negilor sunt disponibile în farmacii şi în

Chirurgia cu laser

Razele laser sunt suficient de puternice să taie diamantele, dar pot fi suficient de blânde ca să modeleze pielea. În lumea medicală, aceste bisturie din lumină sunt utile în multe procedee terapeutice. Oricât de avansate ar fi aceste baghete magice, însă, ele nu pot rezolva orice problemă. Pot fi instrumentele corespunzătoare pentru anumite proceduri, dar pot să nu fie cea mai bună alegere pentru altele.



Lumina intensă

Cuvântul *laser* înseamnă amplificarea luminii prin stimularea emisiei de radiaţii. Razele laser sunt raze de lumină produse prin stimularea electrică a unui anumit material. Se utilizează un material solid, lichid sau un gaz. În general laserele poartă numele substanţelor care le produc şi variază de la dioxid de carbon şi argon la rubin.

Combinaţia între intensitatea luminii şi capacitatea de concentrare pe o arie mică asigură laserelor locul lor unic în medicină. Laserele pot fi utilizate pentru:

- Tăierea sau distrugerea ţesuturilor anormale sau bolnave
- Micşorarea sau distrugerea tumorilor sau leziunilor
- Arderea sau vaporizarea ţesutului
- Modelarea ţesutului
- Închiderea vaselor sangvine

În esenţă, laserele produc vaporizarea ţesutului. Un bisturiu taie ţesutul cu ajutorul lamei. Laserele taie ţesutul prin distrugerea (vaporizarea) celulelor.

Avantajele clare

Laserele nu au înlocuit bisturiele, dar îi ajută pe medici să execute mai bine anumite proceduri decât o fac metodele tradiţionale. Laserele produc o sângerare minimă, asigurând chirurgului o vizibilitate bună asupra zonei de intervenţie. Datorită preciziei pe care o au, laserele permit medicilor să lucreze pe zone mici şi greu abordabile ale corpului. Medicii pot, de asemenea, varia adâncimea de penetrare a laserului în ţesut prin ajustarea intensităţii luminii.

În plus, chirurgia cu laser are risc mai mic de infecţie şi de apariţie a cicatricelor. În unele cazuri, chirurgia cu laser este mai rapidă decât chirurgia tradiţională, scurtând timpul de recuperare. Unele tehnici chirurgicale cu laser se fac sub anestezie locală în cabinetul medicului, altele necesită anestezia generală şi spitalizare.

Utilitate multiplă

Chirurgia cu laser este utilizată în multe proceduri dermatologice. Poate fi utilizată pentru îndepărtarea sau micşorarea :

- Semnelor din naştere, cum ar fi petele roşii periorificiale
- Ridurilor fine
- Modificărilor de pigmentaţie, cum ar fi pistruii şi petele hepatice
- Venectaziilor
- Tumorilor cutanate noncanceroase (benigne)
- Unor cancere cutanate
- Negilor
- Părului nedorit
- Tatuajelor

Precauţii

În ciuda a ceea ce se poate sugera, laserul nu este un instrument magic care rezolvă tot. Riscurile asociate utilizării laserului sunt similare cu cele ale utilizării altor procedee convenţionale. Acestea includ durerea, infecţia şi, rareori, apariţia cicatricelor. Laserul prost centrat poate arde sau distruge ţesuturile sănătoase. Cu toate că laserii pot îndepărta semnele de pe piele, ei pot să şi modifice pigmentaţia cutanată, deci culoarea.

magazinele mici sau mari. În cazul în care nu aveţi o afectare a sistemului imun, nu există în general nici un motiv pentru care să nu încercaţi să vă trataţi singur. Uitaţi-vă după produsele care conţin acid salicilic şi care descuamează pielea infectată. Aceste produse trebuie aplicate de 2 ori pe zi, deseori pentru câteva săptămâni.

Trebuie să fiţi precaut când utilizaţi produse eliberate fără reţetă pentru că acidul conţinut de acestea poate irita sau poate produce leziuni la nivelul pielii normale. Este bine să utilizaţi o soluţie acidă în concentraţie de 17% la nivelul mâinilor şi de 40% la nivelul picioarelor. Dacă sunteţi gravidă, consultaţi-vă medicul înainte de a folosi o soluţie acidă.

Adresaţi-vă medicului dacă, în ciuda tratamentului făcut acasă, negii persistă sau se răspândesc. Negii, mai ales cei plantari, pot fi deficil de îndepărtat total. Negi noi pot apărea după tratament. Poate fi nevoie de mai multe metode terapeutice sau de tratament repetat pentru vindecare. Medicul vă poate recomanda una sau mai multe dintre următoarele metode:

Îngheţare

Medicul dumneavoastră poate distruge un neg prin îngheţare cu azot lichid. Ţesutul mort se va desprinde mai târziu. Această metodă poate fi eficientă, dar puteţi avea nevoie de tratamente repetate.

Microchirurgie

Metodele chirurgicale presupun tăierea negilor sau distrugerea lor cu ajutorul unui ac electric într-un proces numit electrocoagulare şi chiuretaj.

Chirurgia cu laser

Un tip de laser emite o rază îngustă de lumină intensă care taie sau vaporizează proeminenţele. Un alt tip de laser emite o rază care vaporizează vasele sangvine ce asigură nutriţia negilor, astfel încât aceştia mor.

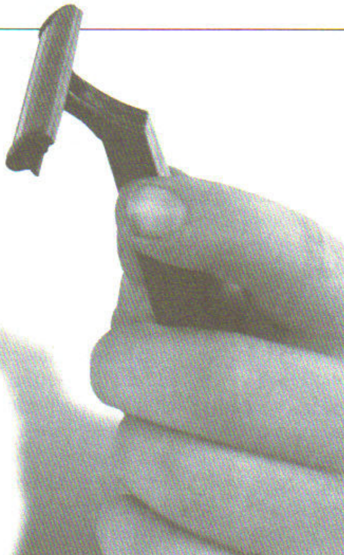
Injecţii

Medicul dumneavoastră poate injecta medicamente ca interferon alfa sau bleomicină în negi pentru a distruge virusul HPV.

SFATURI PENTRU PREVENRE

Pentru a reduce riscul răspândirii sau contractării negilor:

- Evitaţi periajul, tăierea, pieptănarea sau raderea zonelor cu negi
- Nu mergeţi în picioarele goale prin zonele publice, cum ar fi la piscină sau în vestiare. Purtaţi pantofi sau sandale în aceste locuri
- Evitaţi utilizarea aceleiaşi pile sau forfecuţe de unghii pentru unghiile la care aveţi negi şi pentru cele sănătoase
- Nu ciupiţi negii. Acest lucru poate răspândi virusul. Dacă aveţi un copil cu un neg, acoperiţi zona cu un pansament adeziv pentru a-l împiedica să-l ciupească



Cancerul cutanat

Cancerul cutanat – creşterea anormală a celulelor cutanate – este de departe cea mai frecventă formă de cancer. De fapt, medicii diagnostichează cancerul cutanat la aproximativ 1 milion de americani în fiecare an.

Carcinomul bazocelular şi cancerul pavimentos sunt cele mai frecvente tipuri de cancer cutanat. Ambele forme sunt superficiale, se dezvoltă lent şi răspund bine la tratament, mai ales dacă sunt descoperite precoce. Melanomul este o formă mai gravă de cancer cutanat. Acesta poate afecta straturile profunde ale pielii şi are cel mai mare potenţial de a se răspândi la alte ţesuturi ale organismului.

Incidenţa cancerului cutanat este în creştere. Riscul cel mai mare îl au persoanele cu piele deschisă la culoare, care trăiesc în regiuni cu mult soare. Oricine poate însă dezvolta cancer cutanat, care este cel mai frecvent produs de expunerea exagerată la radiaţiile ultaviolete (UV). Aproape 50% dintre americani vor dezvolta leziuni cutanate canceroase cel puţin o dată în jurul vârstei de 65 de ani. Vestea bună este că 90% dintre cancerele cutanate pot fi prevenite. Dacă este descoperit din timp, majoritatea formelor răspund foarte bine la tratament.

Este important să vă protejaţi pielea de radiaţiile UV şi să vă controlaţi în mod regulat pielea pentru a sesiza apariţia semnelor de cancer. Dacă nu este diagnosticat şi tratat, cancerul cutanat poate fi invalidant şi chiar letal. Cancerul cutanat produce aproape 10 000 de decese anual în SUA.

Factori de risc

În general, riscul de a dezvolta cancer cutanat creşte cu vârsta. Cancerul cutanat nu se limitează însă la vârstele medii şi la vârstnici. Cei cu vârsta de 20-30 de ani pot prezenta cancer cutanat. 50% dintre toate melanoamele apar la oameni cu vârsta sub 50 de ani.

Cu toate că expunerea exagerată la radiaţiile UV este cea mai frecventă cauză de cancer cutanat, există mai mulţi factori care vă pot creşte riscul de a dezvolta această boală.

Pielea deschisă la culoare

Dacă aveţi mai puţin pigment (melanină) în piele, aveţi o protecţie mai mică împotriva agresivităţii radiaţiilor UV produse de soare sau de aparatele de bronzat. Dacă aveţi părul roşcat sau blond, ochi deschişi la culoare şi dacă vă apar pistrui sau vă ardeţi uşor la soare, aveţi un risc de 20-30 de ori mai mare să dezvoltaţi

cancer cutanat față de o persoană care nu are aceste caracteristici.

Istoric de arsuri solare

Arsura solară este rezultatul expunerii exagerate la radiațiile UV ale soarelui. De fiecare dată când vă ardeți pielea, riscul de dezvoltare a cancerului cutanat va crește. Oamenii care au avut una sau mai multe arsuri solare, cu flictene, în copilărie sau adolescență, au un risc mai mare de a dezvolta cancer cutanat la vârsta adultă. Arsurile solare apărute la vârsta adultă sunt de asemenea, un factor de risc.

Expunerea excesivă la soare

Oamenii care trăiesc în climat însorit, umed, sunt mai expuși la soare decât cei care trăiesc în condițiile unui climat rece. În SUA, de exemplu, cancerul cutanat apare mai frecvent în Arizona decât in Minnesota.

În plus, oamenii care trăiesc la altitudine sunt expuși la cantități mai mari de radiație UV decât ceilalți.

Alunițele

Oamenii care au multe alunițe numite nevi displazici au un risc mai mare de cancer cutanat (vezi pag. 1197).

Leziuni cutanate precanceroase

Dacă aveți leziuni cutanate numite keratoze actinice, puteți avea un risc mai mare pentru apariția cancerului cutanat (vezi pag. 1196).

Factori genetici

Expunerea cronică la soare nu explică apariția melanoamelor sau a altor cancere cutanate în zonele care nu sunt expuse la lumina soarelui, ca de exemplu tălpile. Factorii genetici par să joace un rol. Dacă un părinte, un frate sau o soră a avut cancer cutanat, puteți avea un risc mai mare de a face boala.

Istoric personal de cancer cutanat

Dacă dezvoltați o dată cancer cutanat, aveți riscul de a-l dezvolta încă o dată.

Sistem imun deficitar

Persoanele cu alterarea imunității au un risc mai mare de a face multe boli, inclusiv cancer cutanat. Printre aceștia se află cei care au făcut un transplant de organ, cei care primesc tratamente anticanceroase sau indivizii infectați cu virusul imunodeficienței umane (HIV) sau care au SIDA.

Piele fragilă

Pielea care a fost arsă sau lezată de diverse boli este mai susceptibilă la distrugerea produsă de soare și la apariția cancerului cutanat. Anumite tratamente pentru psoriazis pot crește riscul de cancer cutanat.

Expunerea la factori de mediu

Expunerea la substanțe chimice din mediu, incluzând anumite ierbicide, poate crește riscul de cancer cutanat.

Detectare și diagnostic

O modificare cutanată este cel mai frecvent semn de alarmă pentru cancerul cutanat. Puteți observa apariția unei mici preminențe sau a unei leziuni care sângerează, are cruste, se vindecă și apoi reapare. Primul semn de melanom poate fi o modificare a unei alunițe preexistente sau apariția unei alunițe noi, cu un aspect suspect.

Cancerul cutanat apare în principal în zonele cutanate expuse excesiv la soare – scalpul, fața, buzele, urechile, gâtul, pieptul, brațele și mâinile. Cancerul cutanat poate apărea însă și pe zonele neexpuse, cum ar fi palmele, spațiile dintre degetele de la picioare și zona genitală. O leziune cutanată canceroasă poate apărea brusc sau se poate dezvolta încet.

Controlați-vă în mod regulat pielea și raportați medicului orice modificare. Examinați-vă pielea cel puțin o dată la 3 luni pentru a observa apariția de formațiuni noi cutanate sau modificări la nivelul alunițelor, pistruilor, papulelor și semnelor din naștere. Cu ajutorul oglinzilor, controlați-vă fața, ceafa, urechile și scalpul. Examinați-vă pieptul și trunchiul, părțile superioare și fețele interne ale mâinilor și brațelor. Examinați-vă părțile anterioare și posterioare ale picioarelor, membrelor inferioare, inclusiv tălpile și spațiile dintre degetele de la picioare, zona genitală și spațiul interfesier.

Cu toate că nu toate cancerele cutanate arată la fel, toate presupun o modificare a aspectului pielii într-o anumită zonă. Dacă observați apariția vreunei modificări cutanate, consultați imediat medicul. Nu așteptați ca zona implicată să devină dureroasă, deoarece cancerul cutanat produce rareori durere.

Dacă medicul dumneavoastră suspectează un cancer cutanat după o examinare vizuală a pielii, poate fi nevoie de prelevarea unei probe mici de piele (biopsie) pentru analizarea în laborator pentru confirmarea diagnosticului. Biopsia se poate efectua în general în cabinetul medicului după administrarea unui anestezic local.

Medicii împart în general cancerul cutanat în două stadii: local, care afectează doar pielea, și metastatic, care se răspândește dincolo de piele. Biopsia este adesea singurul test necesar pentru determinarea stadiului cancerului, deoarece cancerul cutanat bazocelular sau cel pavimentos diseminează rar.

În cazurile în care formațiunea este foarte mare sau persistă de ceva timp, medicul dumneavoastră vă poate examina ganglionii limfatici din zonă. Poate fi nevoie și de alte teste, cum ar fi tehnici speciale cu raze X, pentru a determina dacă există metastaze. Cunoașterea stadiului cancerului cutanat îl ajută pe medicul dumneavoastră să vă administreze cel mai bun tratament.

Cancerul bazocelular

Semne și simptome

- O proeminență sidefie sau ca ceara la nivelul feței, urechii sau gâtului.
- O leziune plată, roșu intens sau maro, ca o cicatrice, localizată la nivelul pieptului sau spatelui.

Cancerul bazocelular este o formă frecventă de cancer cutanat. Aproximativ un milion de americani sunt diagnosticați cu această boală în fiecare an.

Atunci când celulele bazale din epiderm devin canceroase, ele vor

forma o proeminenţă ca o perlă sau ca ceara sau o leziune plană. Leziunea poate ulcera câteva luni, creşte încet şi nu se vindecă niciodată complet (vezi imaginile de la pag. 434).

Cancerul bazocelular apare de obicei pe zonele cutanate neprotejate. Cauza principală a acestui tip de cancer este expunerea exagerată şi repetată la radiaţii ultraviolete solare sau de la aparatele de bronzat. Cancerul bazocelular apare mai frecvent după vârsta de 40 de ani. Cancerul rămâne de obicei sub forma unei tumori localizate şi doar rareori se răspândeşte la alte zone ale corpului. Totuşi, în lipsa controlului medical, se poate ca tumora să invadeze ţesuturile vecine şi structurile subiacente, inclusiv nervii, oasele sau creierul.

Tratament

În scopul diagnosticării cancerului bazocelular, medicul dumneavoastră va recolta o probă din tumoră sau din leziune pentru a o examina în laborator (biopsie). Tratamentul depinde de mărimea cancerului, de profunzimea şi localizarea tumorii, şi poate cuprinde curăţarea şi cauterizarea leziunii, îngheţarea (crioterapie), iradierea,

Tratamentul cancerului cutanat

Tratamentul corespunzător pentru cancerul cutanat depinde de mărimea, tipul, profunzimea şi localizarea proeminenţei sau leziunii. Majoritatea tratamentelor presupune utilizarea unui anestezic local şi poate fi făcută în ambulator.

Terapii standard

Metodele utilizate pentru tratarea cancerului cutanat includ:

Îngheţarea

Pentru a preveni cancerul cutanat, medicul trebuie să distrugă leziunile cutanate precanceroase care cresc riscul de cancer, cum ar fi keratozele actinice, prin îngheţarea acestora cu azot lichid (criochirurgie). Această metodă poate fi utilizată şi în unele forme mici, descoperite precoce, de cancer. Ţesutul mort se va desprinde mai târziu. Tratamentul poate lăsa o cicatrice mică, albă. Puteţi avea nevoie de tratament repetat pentru a îndepărta complet tumora.

Terapia cu laser

Terapia cu laser implică utilizarea unui fascicul precis, intens, de lumină care vaporizează tumora, în general cu afectare minimă a ţesuturilor din jur şi cu sângerare, edemaţiere şi cicatrizare minime. Medicul poate utiliza această metodă terapeutică pentru tratarea cancerelor cutanate superficiale sau a leziunilor precanceroase de la nivelul buzelor.

Excizia chirurgicală

Excizia chirurgicală poate fi metoda terapeutică pentru orice tip de cancer cutanat. Medicul excizează ţesutul canceros împreună cu o margine de ţesut cutanat sănătos din jurul tumorii. O excizie largă – îndepărtarea unei mari cantităţi de ţesut cutanat normal din jur – poate fi cea mai bună metodă pentru melanom. Pentru a minimaliza sau a evita apariţia cicatricelor , mai ales la nivelul feţei , poate fi necesar un procedeu chirurgical de reconstrucţie cutanată.

Chirurgia microscopică Mohs

Tehnica chirurgicală Mohs sub control microscopic este utilizată pentru cancerele cutanate mari, recurente, dificil de tratat, putând fi aplicată pentru ambele forme de cancer cutanat, bazocelular şi spinocelular. Medicul îndepărtează tumora cutanată strat cu strat, examinând fiecare strat sub microscop, până când nu mai rămân celule anormale. Tehnica chirurgicală Mohs este utilizată pentru a îndepărta leziunea canceroasă fără a lua o cantitate excesivă din ţesuturile sănătoase din jur.

Chiuretajul şi electrodisecţia

Prin aceste tehnici, medicul răzuieşte straturile de celule canceroase cu ajutorul unei lame circulare (chiuretă). Un ac electric va distruge orice celulă canceroasă rămasă. Această metodă simplă, rapidă, este utilizată pentru tratarea cancerelor bazocelulare mici sau superficiale. În urma acestei proceduri rămâne o cicatrice mică, albă şi plată.

Radioterapia

În cazul în care nu se poate aplica o tehnică chirurgicală, medicul dumneavoastră vă poate recomanda radioterapie zilnică, de regulă pentru 1-4 săptămâni, pentru distrugerea cancerelor bazocelulare şi cu celule scuamoase.

Chimioterapia

Această metodă utilizează medicamente care distrug celulele canceroase. În cancerul cutanat se poate folosi chimioterapie topică, aplicându-se creme sau loţiuni ce conţin agenţi anticanceroşi. Acest tratament este util pentru cancerele limitate la stratul cutanat superficial. Chimioterapicele se pot administra şi oral sau intravenos pentru tratarea cancerului cutanat care s-a răspândit în alte părţi ale organismului.

Metode experimentale

Alte metode de tratare a cancerului cutanat, care la ora actuală sunt în studiu, includ:

Terapia fotodinamică

Terapia fotodinamică distruge celulele canceroase cutanate prin combinarea unei lumini intense cu medicamente care cresc sensibilitatea celulelor cutanate la lumină.

Terapia biologică

Interferonul şi interleukina-2 sunt în studiu pentru tratarea melanomului. Aceste metode terapeutice biologice (imunoterapia) stimulează sistemul imun al organismului să lupte cu cancerul. Cu toate că iniţial aceste medicamente au fost promiţătoare, studiile ulterioare au evidenţiat rezultate dezamăgitoare.

Perfuzia unui membru

Perfuzia unui membru este o metodă experimentală de administrare a chimioterapiei. Tehnica este studiată în cazurile în care melanomul implică doar o mână sau un picior. În cadrul acestei tehnici, fluxul sangvin care vine şi care pleacă din membru este oprit temporar cu ajutorul unui garou. Chimioterapicele se administrează intravenos în acest membru. Acest lucru permite trtarea cancerului cu doze mari de chimioterapie.

excizia chirurgicală sau o serie de metode de excizie prin radere sub control microscopic, numite chirurgie Mohs (vezi pag. 1202)

Datorită faptului că multe cancere cutanate sunt localizate la nivelul feţei, chirurgul va trebui să facă şi o reconstrucţie, ca de exemplu prin utilizarea grefelor de piele.

Prin tratarea precoce, cancerul bazocelular are o rată de vindecare de peste 95%. Trebuie să vă protejaţi în mod serios de soare pentru a evita apariţia altor tumori. Evitaţi soarele din timpul prânzului, purtaţi haine protectoare şi utilizaţi ecranante protectoare la nivelul pielii expuse. În plus, controlaţi-vă în mod regulat la medic.

Cancerul pavimentos

Semne şi simptome

- Un nodul roşu, ferm la nivelul feţei, buzei, urechii, cefei, mâinii sau braţului
- O leziune plată, cu o suprafaţă solzoasă, cu cruste la nivelul feţei, urechii, cefei, mâinii sau braţului.

Cancerul pavimentos este o tumoră canceroasă malignă care provine din porţiunea medie a epidermului. În SUA se diagnostichează 200 000 de cazuri în fiecare an. Cancerul pavimentos este mai agresiv decât cel bazocelular; se poate răspândi (metastaza) în alte părţi, inclusiv la nivelul ganglionilor limfatici sau organelor interne.

Iniţial, tumora este nedureroasă, deşi durerea poate apărea dacă apare ulceraţie şi nu se vindecă niciodată total (vezi imaginea de la pag. 434). Tumora poate începe în ţesutul normal, într-o arsură, cicatrice sau la locul unei inflamaţii cronice. Cancerul pavimentos poate avea, de asemenea, originea în tumorile cutanate precanceroase, cum ar fi keratoza actinică (vezi pag. 1196).

Radiaţiile ultraviolete sunt, de obicei, cauza principală a acestui tip de cancer, dar predispoziţia genetică poate avea o contribuţie importantă. Cei mai vulnerabili sunt oamenii cu piele deschisă la culoare, ochi albaştri, păr blond sau roşcat. Debutul cancerului pavimentos este cel mai frecvent după vârsta de 50 de ani.

Tratament

Tratamentul depinde de mărimea, profunzimea, localizarea şi de evidenţierea răspândirii cancerului (metastaze). Tumora şi ţesutul cutanat din jur trebuie îndepărtate chirurgical. În unele cazuri, poate fi necesară radioterapia. La unii indivizi este nevoie de o grefă de piele pentru înlocuirea ţesutului excizat. În cazul cancerelor care reapar după îndepărtarea chirurgicală poate fi necesară tehnica Mohs (vezi pag. 1202), urmată de un procedeu de reconstrucţie.

În cazul unui tratament precoce, rata de vindecare pentru cancerul pavimentos este de aproximativ 95%. Folosirea în mod regulat a ecranantelor solare şi a altor metode de protecţie împotriva soarelui poate fi utilă în diminuarea apariţiei ulterioare a leziunilor cutanate. Examinaţi-vă în mod regulat la medic pentru a sesiza apariţia posibilelor recurenţe.

Melanomul

Semne şi simptome

- Un nev care îşi modifică dimensiunea, culoarea sau consistenţa
- Un nev care sângerează sau care are creşteri noi de păr pe suprafaţă
- O leziune mică cu margine neregulată
- Puncte roşii, albe, albastre sau abastru-negru pe trunchi sau pe membre
- Proeminenţe lucioase, dure, cu formă de dom oriunde pe piele
- Leziuni închise la culoare pe palme, tălpi, pe vârful degetelor sau pe mucoase
- Un punct mare, maroniu cu pete mici închise la culoare

Melanomul este forma de cancer cutanat cu mortalitatea cea mai mare. Este mai puţin frecvent decât cancerele bazocelulare sau pavimentoase, dar incidenţa sa este în creştere, numărul cazurilor noi de melanom dublându-se în ultimii 20 de ani. Aproximativ 1 din 75 de americani vor face melanom de-a lungul vieţii. Bărbaţii care sunt diagnosticaţi cu această boală au o mortalitate mai mare decât femeile.

Melanomul se dezvoltă în mod tipic fără durere, din celulele cutanate care produc pigment (melanină). Aproximativ 70% dintre

A B C D-ul melanomului

Melanomul este deseori vindecabil dacă îl descoperiţi din timp. Urmaţi acest ghid de autoexaminare recomandat de Academia Americană de Dermatologie pentru a afla dacă o aluniţă mai neobişnuită sau un punct suspect de pe pielea dumneavoastră poate fi un melanom.



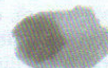
A - asimetrie

Tumorile simetrice, rotunde sau ovale sunt de obicei necanceroase (benigne). Uitaţi-vă după tumori cu forme neregulate, la care diferă formele celor două jumătăţi.



B - border (limită)

Tumorile cu margini crestate în zig-zag sau prost delimitate trebuie controlate.



C - culoare

Uitaţi-vă după tumorile care au mai multe culori sau o culoare neuniformă. Deseori, tumorile care au o culoare uniformă sunt benigne.



D - diametru

Adresaţi-vă medicului pentru orice tumoră mai mare de 6 mm, diametrul aproximativ al unei gume de şters de la un creion.

melanoame apar pe o piele normală şi 30% se dezvoltă dintr-o aluniţă preexistentă care suferă modificări de culoare sau dimensiune sau care devine dureroasă, pruriginoasă, hemoragică sau se umflă (vezi imaginile de la pag.434).

Cancerul se răspândeşte iniţial la ţesutul cutanat din jur şi are o rată mare de vindecare în acest stadiu. Dacă nu este tratată, tumora începe să se răspândească în profunzime, în alte arii cutanate sau către ganglionii limfatici sau organele interne. Radiaţiile ultraviolete sunt cauza principală a melanomului. Anumite aluniţe au, de asemenea, tendinţa de a se transforma în melanom. Alţi factori de risc includ tipul de piele, istoric de arsuri solare, starea generală de sănătate şi factorii genetici.

Există 4 categorii de melanoame:

- *Melanomul extensiv în suprafaţă.* Este răspunzător de 70% din cazurile de melanom şi poate apărea la orice vârstă. Apare sub forma unei leziuni mici cu margini neregulate. Culoarea leziunii poate fi roşie, albă, albastră sau negru-albăstruie. Poate apărea oriunde pe corp, dar cel mai frecvent apare pe trunchi sau pe membre.
- *Melanomul nodular*. Este cea mai agresivă formă de melanom. Apare sub forma unei proeminenţe dure, lucioase, de forma unui dom, oriunde pe piele. De obicei, este neagră, dar poate fi albastră, cenuşie, albă, maronie, de culoarea bronzului, roşie sau de culoarea pielii dumneavoastră. Tumora poate ulcera şi nu se vindecă total. Melanoamele nodulare sunt răspunzătoare de 10-15% din cazurile de melanom.
- *Melanomul acrolentiginos*. Apare sub forma unei leziuni închise la culoare pe palme, tălpi, vârful degetelor sau pe mucoase. Este răspunzător de 10% din cazurile de melanom şi este mai frecvent la persoanele noncaucaziene.
- *Melanomul pe lentigo malign*. Apare sub forma unui punct mare, maroniu cu pete mici, mai închise la culoare la nivelul pielii care a fost expusă exagerat la soare, cum ar fi cea la nivelul feţei, urechilor, braţelor şi partea superioară a trunchiului. Această formă apare în 5% din cazurile de melanom. Afectează mai frecvent adulţii vârstnici şi se asociază cu pielea senilă (vezi pag. 1185). O leziune necanceroasă (benignă) maronie poate apărea cu câţiva ani înaintea apariţiei cancerului.

Diagnostic

Medicul dumneavoastră poate suspecta un melanom după o examinare vizuală. Pentru a confirma diagnosticul, medicul va lua o probă de ţesut cutanat pentru o examinare de laborator (biopsie). Dacă medicul dumneavoastră crede că melanomul este răspândit la alte ţesuturi, vă poate cere efectuarea unor teste ulterioare, incluzând o examinare fizică completă cu ajutorul unei radiografii toracice şi a unui examen computer tomografic (CT). Poate fi făcut şi un examen care să determine dacă sistemul limfatic este invadat.

Cât de grav este melanomul?

Tratamentul prompt în stadiile precoce ale bolii are succes în 85% din cazurile de melanom. Atunci când tumora a crescut în profunzime sau s-a răspândit la nivelul ganglionilor limfatici sau la organele interne, rata de supravieţuire la 5 ani este de aproximativ 30%.

Tratament

Tratamentul uzual pentru melanom este îndepărtarea chirurgicală a tumorii împreună cu o margine largă de piele normală (vezi pag. 1202). Uneori, se scot şi ganglionii limfatici din jur. Această intervenţie poate fi urmată uneori de o grefă cutanată la nivelul operaţiei. În cazul în care cancerul s-a răspândit la alte organe, tratamentul adiţional poate include chimioterapia sau radioterapia. Controlul pe termen lung al melanomului include examinarea medicală periodică pentru evidenţierea recurenţelor cancerului.

Sarcomul Kaposi

Semne şi simptome

- Noduli roşii-purpurii oriunde pe piele
- Noduli albastru-închis sau maro-purpurii la nivelul degetelor de la picioare
- Umflarea picioarelor, zonei inghinale sau pielii din jurul ochilor

Sarcomul Kaposi este un cancer care începe în ţesutul conjunctiv, cum ar fi dermul (stratul cutanat aflat imediat sub stratul de la suprafaţă), cartilajul, osul, ţesutul gras, muşchiul, vasele de sânge sau ţesutul fibros. Apare în mod tipic sub forma unui nodul pe piele sau pe mucoase. Leziunile iniţiale sunt roşii purpurii şi seamănă cu semnele din naştere, iar leziunile mai vechi devin maronii până la negre, au tendinţa să fie mai plate şi produc cicatrizarea pielii.

Boala poate produce o blocare a ganglionilor sau vaselor limfatice, ducând la edemaţierea dureroasă (limfedem) care afectează de regulă picioarele, zona inghinală sau ţesutul cutanat din jurul ochilor. Sarcomul Kaposi este asociat uneori cu alte cancere, incluzând leucemia sau limfomul, precum şi cu deficite imune, incluzând infecţia cu virusul imunodeficienţei umane (HIV) şi SIDA.

Boala are două forme: agresivă şi neagresivă. Forma agresivă apare atât intern cât şi extern. La ora actuală, această formă apare mai frecvent datorită asocierii cu infecţia HIV şi SIDA. Înainte de SIDA, sarcomul Kaposi a fost o boală rară care apărea în principal la bărbaţii vârstnici italieni sau evrei.

Forma neagresivă, care este reprezentată în general de tumori mai închise la culoare, este datorată implicării vaselor sangvine. Această formă se poate răspândi la nivelul mâinilor şi braţelor sau produce leziuni asemănătoare celor fungice sau ambele. Acest cancer poate penetra în ţesuturile subiacente şi invadează osul, ganglionii limfatici şi organele interne.

Tratament

Tratamentul pentru sarcomul Kaposi poate cuprinde proceduri locale, cum ar fi terapia prin îngheţare (crioterapie), chirurgia, radioterapia, chimioterapia sau tratamentele care implică sistemul imun. Ciorapii elastici lungi pot ameliora afecţiunea prin reducerea edemului.

Părul

Părul dumneavoastră este alcătuit din keratină, aceeaşi keratină care intră în structura unghiilor şi stratului extern al pielii. Partea părului care creşte în afara pielii este tija părului. În medie, capul are circa 100 000 de fire de păr. Sub piele se află rădăcina părului, înconjurată de o structură ca un sac, numită folicul pilos. Nutriţia părului dumneavoastră este asigurată de vase mici de sânge de la baza foliculului. Părul dumneavoastră este menţinut strălucitor şi în oarecare măsură protejat de apă de către glandele sebacee din vecinătate.

Fiecare fir de păr are 3 straturi. Stratul extern (cuticula) este subţire şi necolorat. Stratul mijlociu (cortex) este cel mai gros. El determină culoarea părului dumneavoastră şi tăria sau prezenţa cârlionţilor. Culoarea părului dumneavoastră se datorează melaninei din celulele pigmentare. Părul blond are puţine granule de melanină în stratul cortical, iar părul negru are multe. Stratul intern (medular) este aproape necolorat şi nu se extinde până în vârful firului de păr. Lumina reflectată de medulară creează strălucirea şi variaţiile tonurilor de culoare.

Ca şi celulele cutanate, părul creşte şi cade în mod regulat. La majoritatea oamenilor, aproximativ 90% din părul de pe cap este în al 4-lea sau al 5-lea an din stadiul de creştere în orice moment. Restul de 10% este în a 2-a sau a 3-a lună din faza de repaus, după care cade. Majoritatea oamenilor pierd 50-100 de fire de păr zilnic. Acest păr este, în general, înlocuit de păr nou, care creşte cu o rată de aproximativ 1,2 cm în fiecare lună. Atunci când rata de cădere a părului este mai mare decât cea de refacere, apare chelia. Părul nou poate fi mai subţire decât cel care a căzut sau poate să nu mai crească, ducând la apariţia cheliei.

Căderea părului

Procesul poate începe cu apariţia unei cantităţi mai mari de păr în chiuvetă sau în pieptăn, dar nu puteţi să vă priviţi în oglindă fără să vedeţi o parte din scalpul dezgolit. Oricărei persoane îi poate cădea părul – bărbaţi, femei şi copii. Pierderea părului – subţierea părului sau căderea excesivă a acestuia de la nivelul scalpului (chelia) – poate fi rezultatul factorilor genetici, utilizării anumitor medicamente sau unei probleme medicale.

Termenul medical pentru pierderea părului este alopecia. Tipul cel mai frecvent este cunoscut ca alopecie androgenică sau chelie de tip masculin. Este, în general, permanentă şi de obicei poate fi atribuită factorilor ereditari. Aproximativ 95% din cazurile de chelire se datorează istoricului familial. Factorii ereditari influenţează, de asemenea, vârsta la care începe să vă cadă părul, precum şi viteza, tipul şi extinderea pierderii acestuia.

Alopecia este influenţată de hormoni numiţi androgeni, factori determinanţi majori ai distribuţiei părului la ambele sexe. Căderea părului poate apărea de fiecare dată când ciclul delicat de creştere al acestuia este dereglat. Dieta, medicamentele, hormonii, sarcina, îngrijirea necorespunzătoare a părului, nutriţia deficitară, boli subiacente şi alţi factori pot determina prea mulţi foliculi piloşi să se oprească în acelaşi timp, ducând la apariţia zonelor de alopecie sau rărire difuză.

Pierderea bruscă a părului într-o arie localizată se datorează de obicei unei afecţiuni numite alopecie areată. Această afecţiune destul de rară este, de obicei, temporară şi poate presupune pierderea părului de la nivelul scalpului sau de pe corp. Cauza afecţiunii este necunoscută.

Indiferent de cauza care produce căderea părului, rezultatele pot fi traumatice. Acesta poate fi motivul pentru care metodele de creştere a părului sunt printre cele mai frecvente preocupări medicale. Multe dintre produsele care sunt recomandate pentru reversibilitatea alopeciei evită reglementările FDA deoarece nu sunt considerate medicamente. Sunt disponibile medicamente aprobate de FDA, precum şi metode chirurgicale pentru tratarea alopeciei. Înaintea optării pentru oricare dintre aceste metode, consultaţi-vă medicul asupra cauzei căderii părului şi a celor mai bune tratamente posibile.

Alopecia de tip feminin

Semne şi simptome

- Rărirea difuză a părului pe tot capul
- Căderea părului din creştet sau de la nivelul liniei de implantaţie a acestuia la nivelul frunţii

Căderea părului la femei este în general mai puţin evidentă decât la bărbaţi. În loc de chelie, la femei apare în general o rărire difuză a părului, o afecţiune numită alopecie de tip feminin (alopecia androgenică feminină). Acest tip de cădere a părului este răspunzător de 99% din cazurile de cădere a părului la femei. Rărirea părului este un fenomen normal pentru o femeie care îmbătrâneşte. Unele femei au la fel de mult păr la vârsta de 80 de ani ca şi la 18 ani, dar acest lucru este rar.

Distribuţia părului dumneavoastră este controlată de sistemul endocrin prin intermediul unui grup de hormoni numiţi androgeni. Modificările majore în producerea androgenilor pot avea un efect semnificativ la nivelul părului. De exemplu, puteţi descoperi că în timpul sau după menopauză părul de pe cap este mai subţire, iar părul de pe faţă este mai aspru. Factorii genetici joacă, de asemenea, un rol important.

Nutriţia deficitară, sarcina, afecţiunile interne ale scalpului, distrugerea părului şi medicamentele pot produce căderea părului la femei. Atunci când anumite substanţe sau afecţiuni produc probleme temporare, puteţi avea o cădere temporară a părului (vezi pag. 1206).

Diagnostic

Medicii pun diagnosticul de alopecie de tip feminin prin excluderea altor cauze de cădere a părului.

Tratament

Dermatologul vă poate recomanda diverse metode care pot opri căderea părului sau pot stimula creşterea de păr nou, care includ şi medicamente (vezi pag. 1207). Puteţi, de asemenea, să cereţi sfatul unui stilist pentru a alege o nouă tunsoare sau chiar o perucă.

Alopecia de tip masculin

Semne şi simptome

- O retragere a liniei de implantare frontală a părului
- Pierderea moderată până la extensivă a părului, mai ales la nivelul părţii posterioare a creştetului

Alopecia de tip masculin (alopecia androgenică) începe, de obicei, cu o rărire la nivelul liniei de implantare a părului, urmată de apariţia unei răriri sau a unor zone de chelie la nivelul creştetului. Puteţi observa, de asemenea, că părul dumneavoastră este mai subţire şi nu mai creşte la fel de lung ca altădată. Acest tip de cădere a părului apare în 99% dintre cazurile de alopecie la bărbaţi. Spre deosebire de căderea părului care apare în unele boli sau datorată altor factori neereditari, alopecia de tip masculin este permanentă.

Părul dumneavoastră are un ciclu de creştere continuu. În cazul alopeciei de tip masculin, rata de creştere se scurtează şi din ce în ce mai multe rădăcini nu mai produc fire noi la sfârşitul fiecărui ciclu de creştere.

Tratament

Cu toate că nu există o metodă curativă cunoscută pentru alopecia de tip masculin, tratamentele posibile sunt transplantul de păr, excizia ariilor alopecice, acoperirea ariilor defecte cu lambouri din ariile vecine sau medicamente. Aceste metode pot fi costisitoare. În plus, medicamentele nu sunt întotdeauna eficiente, iar beneficiile lor pe termen lung nu au fost stabilite. Dacă alegeţi să nu urmaţi un tratament medical pentru alopecie sau dacă nu răspundeţi la tratament, puteţi consulta un stilist asupra purtării unei peruci sau schimbării tunsorii.

Unii cred că la o parte dintre bărbaţi părul mai scurt minimalizează contrastul produs de alopecia de tip masculin şi creează o imagine distinsă. Totuşi, poate fi folosită o perucă pentru a acoperi atât zonele permanente de cădere a părului, cât şi cele temporare. Sunt disponibile peruci de calitate, naturale.

Căderea bruscă şi temporară a părului

Semne şi simptome

- Zone mici de alopecie la nivelul scalpului
- Rărirea difuză a părului de pe cap
- Căderea părului de pe cap, a genelor şi sprâncenelor
- Căderea totală a părului de pe corp

Căderea temporară, bruscă a părului se datorează cel mai frecvent alopeciei areate, o afecţiune care apare la 2% din populaţie. Alopecia areată debutează brusc, prin apariţia uneia sau a mai multor zone circulare fără păr cu diametrul de până la 8 cm, care pot conflua.

Cauze

Alopecia areată este considerată o boală autoimună, dar cauza exactă nu este cunoscută. De fapt cei care dezvoltă acest tip de alopecie au în general o stare bună de sănătate. Istoricul familial de alopecie areată vă creşte riscul de a face boala.

Spre deosebire de alopecia de tip feminin sau de alopecia de tip masculin (alopecia androgenică) părul va creşte din nou, dar acest lucru se poate întâmpla şi peste ani de zile. Alte cauze de cădere temporară a părului includ:

- *Boli.* Diabetul, lupusul şi bolile tiroidiene, ca şi anumite probleme de nutriţie pot produce căderea părului. Lichenul plan al scalpului este asociat cu căderea părului
- *Nutriţia deficitară.* Dacă nu primiţi o cantitate adecvată de proteine sau de fier în dietă sau sunteţi prost nutrit din alte motive, poate să vă cadă părul. Dietele de slăbire sau nevariate pot duce la o stare de nutriţie proastă
- *Medicamente.* Anumite medicamente utilizate în tratamentul gutei, artritei, depresiei, problemelor cardiace şi hipertensiunii arteriale pot duce la căderea părului la unii oameni. În cazul unor femei care iau anticoncepţionale orale sau care le întrerup poate apărea căderea părului.
- *Tratamente medicale.* Poate apărea căderea temporară a părului dacă faceţi chimio- sau radioterapie. După terminarea tratamentului, părul dumneavoatră trebuie să reînceapă să crească.
- *Febra înaltă recentă, infecţii severe sau intervenţii chirurgicale.* Puteţi observa că aveţi mai puţin păr la 1-3 luni de la o suferinţă. Uneori, boala sau intervenţia chirurgicală produc trecerea părului în faza de repaus, ducând la creşterea unei cantităţi mai mici de păr nou. O cantitate normală de păr va reapărea tipic după reluarea fazei de creştere. Termenul medical pentru acest proces este *telogen effluvium.*
- *Naşterea.* Multe femei prezintă o accentuare a căderii părului timp de câteva luni după naştere. Acest fenomen se corectează de obicei de la sine.
- *Perioada de sugar.* Nou-născuţii îşi pierd de regulă părul în primele câteva luni de viaţă. Acest păr al copilului este eventual înlocuit de o cantitate mai mare de păr permanent. Este, de asemenea, frecventă la copii de 3-6 luni căderea unui smoc de păr de la nivelul părţii posterioare a capului, după frecarea de saltea, de scaunul de la maşină, de creioane de jucărie. Părul reîncepe să crească o dată ce copilul stă mai mult timp în picioare.
- *Tratamente pentru păr.* Utilizarea incorectă sau excesivă a substanţelor chimice folosite pentru epilare, colorare, albire, întărire sau pentru permanent poate produce distrugerea şi căderea părului. Mersul prea frecvent la stilist sau metodele care trag prea tare de păr pot duce la un grad de cădere a părului.
- *Infecţia scalpului.* Infecţiile de genul tinea capitis (vezi pag. 1193) pot invada scalpul şi produc modificări la suprafaţa pielii, ceea ce poate duce la căderea părului. O dată ce infecţia este tratată, părul reîncepe să crească.

Diagnostic

Examenul fizic şi un istoric complet pot fi de ajutor în stabilirea diagnosticului. Pot fi necesare teste diagnostice în cazul în care cauza căderii părului nu este evidentă.

Tratament

Tratamentul depinde de cauză. Dacă se descoperă o cauză subiacentă, eforturile trebuie direcţionate către vindecarea sau controlul acesteia. În unele cazuri trebuie să lăsaţi timpul să treacă.

Hirsutismul

Semne şi simptome

- Creşterea nedorită a părului în anumite zone, cum ar fi faţa la femei



Tratamente pentru alopecie

Alopecia nu poate fi vindecată, dar există o serie de metode de tratament disponibile pentru stimularea creșterii părului sau pentru ascunderea zonelor de unde a căzut părul.

Tratament medicamentos

Eficiența tratamentelor medicamentoase depinde de cauza căderii părului, de extensia acesteia și de răspunsul dumneavoastră la medicamente. În general, tratamentul este mai puțin eficient în cazul căderii părului pe zone mari. Medicamentele aprobate de FDA pentru tratamentul alopeciei includ:

Minoxidil

Disponibil și fără rețetă, minoxidilul (Apo-Gain, Rogaine) este un lichid cu care vă frecați pe cap de 2 ori pe zi pentru a ajuta la creșterea părului și pentru a preveni căderea ulterioară a părului. Aproximativ 25% dintre bărbați și 20% dintre femei relatează creșterea părului în oarecare măsură după utilizarea formei normale de minoxidil. Există și o formă de minoxidil eliberată fără prescripție care poate fi folosită doar de către bărbați.

Atunci când folosiți acest medicament, părul nou crescut este mai subțire și mai deschis la culoare, dar în cantitate suficientă să acopere zonele de chelie. Părul nou se oprește din creștere la scurt timp după întreruperea minoxidilului. Dacă nu observați apariția unor rezultate semnificative în primele 6 luni, medicul dumneavoastră vă poate recomanda întreruperea medicamentului. Reacțiile adverse ale utilizării minoxidilului pot cuprinde uscăciunea și iritația scalpului.

Finasterida

Finasterida (Propecia) este singurul tratament aprobat sub formă de pilule pentru alopecia de tip masculin. Ca și în cazul minoxidilului, rezultatele pot apărea după câteva luni. Dacă nu observați nici un rezultat după 12 luni medicul dumneavoastră vă poate recomanda întreruperea tratamentului.

Finasterida este un medicament eliberat pe bază de rețetă, care acționează prin inhibiția conversiei testosteronului în dihidrotestosteron (DHT), factor important în apariția alopeciei de tip masculin. În studiile clinice, peste 80% dintre bărbații care iau finasteridă prezintă o încetinire a căderii părului și peste 60% prezintă o creștere de păr nou. Reacțiile adverse rare includ scăderea apetitului și a funcției sexuale. Ca și în cazul minoxidilului, beneficiile dispar dacă se întrerupe tratamentul.

Finasterida nu s-a dovedit eficientă la femei. De fapt, este riscantă la femei de vârstă fertilă. Femeile gravide nu trebuie nici măcar să spargă sau să rupă în mână tabletele de finasteridă deoarece absorbția medicamentului poate produce defecte serioase la naștere în cazul fetușilor de sex masculin. Nu s-au observat reacții adverse la femei în cazul utilizării finasteridei de către partenerii lor.

Cortizonul

Dacă aveți o pierdere bruscă a părului (alopecie areată), injectarea de cortizon la nivelul scalpului poate ajuta la stimularea foliculilor piloși să producă păr nou. Tratamentul se poate repeta. În cazul pierderii extensive de păr datorată alopeciei areate se poate prescrie medicație cortizonică pe cale orală.

Antralina

Disponibilă sub formă de cremă sau unguente, antralina (Dritho-creme, Dritho-Scalp) este o substanța sintetică, persistentă, pe care o aplicați pe scalp și o spălați zilnic. Este în mod normal utilizată pentru tratarea psoriazisului, dar medicii o prescriu uneori pentru tratarea altor probleme cutanate. Antralina produce iritație ușoară la nivel cutanat, ceea ce poate stimula creșterea de păr nou în cazurile ușoare de cădere bruscă a părului.

Tratament chirurgical

Tratamentele chirurgicale pentru căderea părului sunt în general scumpe și nu sunt de regulă acoperite de asigurări, deoarece au scop cosmetic. Metodele pot fi dureroase și au un risc mic de infecție. Un procent mic dintre pacienți prezintă durere de cap persistentă (cronică) după intervenție. Următoarele tehnici chirurgicale sunt cel mai frecvent utilizate la pacienții cu chelie.

Transplantul de păr

În cadrul transplantului de păr, dermatologul sau chirurgul recoltează grefe mici de piele de la nivelul părților posterioare sau laterale ale scalpului și le implantează într-o zonă de alopecie. Utilizarea micrografelor (minigrefe) care conțin doar unul sau două fire de păr necesită mult timp, dar această metodă poate duce la un aspect mult mai natural al liniei de implantație. Poate fi nevoie de mai multe intervenții. Părul transplantat poate cădea în primele câteva săptămâni, dar reapare cam după 3 luni. Pot fi necesare transplante ulterioare pe măsură ce zona de chelie se extinde cu vârsta.

Excizii la nivelul scalpului

Așa cum o spune și numele, această intervenție presupune micșorarea zonelor de alopecie de pe cap. Scalpul și craniul dumneavoastră par să aibă o piele bine potrivită ca dimensiuni, dar aceasta poate fi întinsă suficient în unele părți pentru ca apoi să fie îndepărtată chirurgical. Zonele cu păr sunt apropiate între ele, diminuând astfel ariile de alopecie.

Plierea

Medicii pot întinde pielea cu păr peste o zonă cutanată de alopecie. Chirurgul face incizii într-o zonă cu păr, în apropierea ariei de alopecie, iar apoi acoperă regiunea fără păr prin întinderea zonei cu păr.

Excizia sau plierea chirurgicală se pot asocia cu transplantul de păr pentru a da un aspect natural al implantației părului. Excizia sau implantația chirurgicală se pot asocia și cu medicamente.

Există un paradox în ceea ce priveşte părul. Oamenii consideră frumos un păr bogat şi sănătos. Prezenţa părului în alte locuri poate fi considerată orice, numai frumoasă nu. La femei, de exemplu, prezenţa părului pe obraji, deasupra buzei superioare, la subraţ sau pe picioare este considerată de multe femei şi bărbaţi ca fiind neatrăgătoare.

Cantitatea de păr de pe faţă sau de pe corp variază foarte tare de la o persoană la alta. Multe femei prezintă o cantitate considerabilă de păr pe faţă şi pe corp la pubertate. În unele cazuri, apare chiar şi o mustăcioară. Secreţia normală de hormoni androgeni produce multe modificări la nivelul corpului unei fete tinere, incluzând creşterea părului în regiunile pubiană şi axilară.

La femei, cantitatea de păr de pe faţă şi de pe corp creşte de obicei cu vârsta, chiar şi după menopauză. În mod similar, şi bărbaţii pot prezenta o cantitate mai mare de păr pe corp pe măsură ce îmbătrânesc.

Apariţia unei cantităţi prea mari se numeşte hirsutism. Ce înseamnă prea mult păr este o noţiune ce ţine de percepţia personală. O parte a soluţiei pentru problema cosmetică a excesului de păr este simpla acceptare că aceasta este cea potrivită pentru dumneavoastră. Pe de altă parte, dacă prezentaţi o creştere bruscă a părului – de exemplu într-o perioadă de câteva luni de zile, adresaţi-vă medicului dumneavoastră. Această problemă de creştere a părului poate avea o cauză medicală, cum ar fi o tumoră de ovar sau de suprarenală sau o reacţie adversă la un medicament.

Tratament

În cazul în care consideraţi că aveţi prea mult păr pe faţă sau pe corp şi doriţi să scăpaţi de el, aveţi câteva opţiuni terapeutice.

- *Smulgerea.* Aceasta este cea mai frecventă metodă cosmetică în cazul în care aveţi probleme cu câteva fire de păr rebele. Spălaţi întâi zona şi tamponaţi cu puţin alcool cu ajutorul unui tampon de vată pentru a ajuta la prevenirea infecţiei la nivelul foliculului pilos. Folosiţi o pensetă bună pentru a smulge părul în direcţia de creştere a acestuia. Pensarea este o soluţie temporară. Părul va creşte din nou.
- *Rasul.* Această metodă populară, dar temporară poate fi iritantă dacă o faceţi la întâmplare. Femeile îşi rad în mod normal părul de la subraţ şi de pe picioare, dar această metodă este sigură şi pentru părul facial. Ca şi în cazul pensării, rasul nu produce o creştere mai rapidă a părului şi nici nu face ca părul nou crescut să fie mai închis la culoare şi mai aspru.
- *Epilarea cu ceară.* Această metodă este răspândită printre femeile americane pentru îndepărtarea părului de la nivelul sprâncenelor, mustăţii, bărbii şi picioarelor. Epilarea cu ceară poate fi dureroasă şi iritantă pentru piele. Apelaţi la serviciile unui cosmetician instruit. Iniţial, cosmeticianul aplică ceara topită pe piele, apoi după ce aceasta se răceşte şi se întăreşte, o trage rapid în direcţia de creştere a părului. Rezultatele sunt de mai lungă durată decât în cazul altor metode temporare, deoarece părul este smuls de sub suprafaţa pielii. Părul va creşte din nou, de obicei după o lună. Ca şi în cazul pensării, pot apărea infecţii ale foliculului pilos.
- *Agenţi abrazivi.* Utilizarea unei pietre ponce şi a altor agenţi abrazivi este cea mai veche metodă de îndepărtare a părului. Metoda durează mult şi este plictisitoare, iar frecarea puternică vă poate irita pielea. Poate fi utilă în cazul unor fire de păr rebele, dar nu este practică pentru zone întinse
- *Decolorarea.* Decolorarea este utilă pentru zone întinse, cum ar fi antebraţele sau coapsele, făcând mai puţin vizibil părul nedorit. Folosiţi un produs special făcut pentru aşa ceva şi urmaţi instrucţiunile. Testaţi produsul pe o zonă mai mică pentru a vedea dacă apar iritaţii, înainte de a-l aplica pe o zonă mai largă.
- *Substanţe depilatoare.* Substanţele chimice numite depilatoare dizolvă proteina din structura părului. Puteţi să le cumpăraţi sub formă de spumă, cremă sau loţiune. Urmaţi instrucţiunile şi testaţi produsul pe o zonă mică de piele pentru a vedea dacă apar iritaţii. Unele femei consideră nepotrivite substanţele depilatoare deoarece trebuie să aştepte 10-15 minute. Nu utilizaţi aceste produse pe zonele cutanate inflamate sau cu leziuni.
- *Eflornitin clorură.* Această cremă cu aplicare topică relativ nouă şi eliberată pe bază de reţetă (Vaniqa) reduce rata de creştere în exces a părului facial la unele femei prin blocarea unei enzime care stimulează creşterea. Poate fi nevoie de până la 2 luni până la apariţia efectului. Reacţiile adverse pot include usturime, furnicături, creşterea părului sub piele, acnee.
- *Electroliza.* Electroliza este metoda cea mai durabilă de îndepărtare a părului. În cadrul metodei se inseră un ac foarte fin în fiecare folicul pilos şi se produce o descărcare de curent electric prin intermediul acului pentru a distruge rădăcina firului de păr. În 30% din cazuri părul creşte din nou. Pot apărea infecţii, cicatrizare sau decolorare în jurul foliculului. Este bine să aplicaţi metoda pe câteva fire şi să observaţi rezultatele înainte să începeţi un program intensiv de îndepărtare a părului. Poate fi nevoie de mai multe şedinţe deoarece rata maximă posibilă de îndepărtare a părului este de 100 de fire pe şedinţă. Tratamentul prin electroliză poate fi de lungă durată, plictisitor şi scump, dar poate fi o soluţie definitivă pentru părul nedorit.
- *Laserul.* Metoda utilizează energia luminoasă produsă de un tip special de laser pentru a distruge foliculii piloşi. Deşi durează mult şi este scumpă, această tehnică a câştigat în popularitate ca o opţiune pentru îndepărtarea permanentă sau aproape permanentă a părului. Sunt necesare mai multe şedinţe terapeutice.

Ideea utilizării laserului pentru îndepărtarea părului a apărut în anul 1992, atunci când un fizician specializat în lasere şi-a ţintit braţul accidental, acesta fiind în acel moment acoperit cu reziduuri de carbon şi o parte din părul de pe braţ a căzut. Administraţia Americană pentru Alimente şi Medicamente (FDA) a aprobat utilizarea laserului pentru îndepărtarea părului

Cum vă îngrijiţi părul?

Părul sănătos, strălucitor este simbolul căutat al frumuseţii, aşa cum o evidenţiază şi milioanele de dolari cheltuiţi în fiecare an pe produsele de înfrumuseţare a părului. Următoarele sfaturi vă vor ajuta la menţinerea sănătăţii părului dumneavoastră.



Mânuiţi-vă părul cu grijă

Părul ud este fragil deoarece se poate întinde. Atunci când este posibil, lăsaţi părul să se usuce singur. O perie din păr ţepos natural este de preferat în locul uneia sintetice deoarece materialul sintetic vă poate tăia părul. Periaţi-vă cu grijă părul de pe cap pentru a răspândi sebumul de pe scalp pe păr. Dacă preferaţi un pieptene, utilizaţi unul cu dinţi rari pentru a evita distrugerea părului. Dacă trebuie să utilizaţi un uscător de păr, folosiţi-l la putere inferioară şi lăsaţi-vă părul uşor umed.

Spălaţi-vă pe cap atât cât este nevoie

Frecvenţa cu care trebuie să vă spălaţi pe cap depinde de tipul părului dumneavoastră, de vreme, de activităţile fizice şi chiar de ocupaţie. Spălarea zilnică pe cap nu vă distruge părul dacă o faceţi cu blândeţe.

Cumpăraţi şampoane potrivite tipului dumneavoastră de păr – gras, uscat sau normal. Şampoanele cu proteine nu vă penetrează părul, dar îl acoperă, dându-i temporar mai mult volum. Un şampon cu proteine acţionează ca un şampon plus balsam. Părul făcut permanent, cel întins sau cel distrus necesită un şampon cu pH scăzut. Aplicaţi după spălare o cremă pentru clătire sau un balsam. Aceste produse vă lubrefiază părul între spălări şi diminuă distrugerea produsă de periat sau pieptănat.

Alegeţi o coafură sănătoasă

Anumite tipuri de coafuri pot produce pagube sau distrugerea rădăcinii. Evitaţi panglicile prea strânse, cocurile, clamele şi nu vă rotiţi prea strâns părul în ondulatoare. Ondularea părului este mai sigură dacă vă răsuciţi părul în bigudiuri noaptea. Pentru ondularea sigură a părului compromis, răsuciţi părul uşor umed în jurul bigudiurilor de burete şi lăsaţi-l să se usuce la temperatura mediului. Utilizarea bigudiurilor calde sau a ondulatoarelor metalice poate distruge chiar şi părul aspru. Utilizaţi cu grijă aceste dispozitive. Descâlcirea sau pieptănarea în sens invers trebuie făcută cu grijă sau chiar evitată.

Gelul sau spuma pot da volum sau bogăţie părului dumneavoastră. Aceste produse nu vă distrug neapărat părul, dar îl pot usca, mai ales la vârfuri. Ondularea permanentă (permanentul) este sigur pentru sănătatea părului, dar puteţi observa o creştere a uscăciunii şi despicării. Îndreptarea părului şi permanentul se fac cu aceleaşi metode chimice care schimbă calităţile şuviţelor de păr. Soluţia iniţială (ondulatoare) dizolvă o legătură chimică de la nivelul părului. După ce părul este aranjat în noua formă ondulată, aplicarea unei alte soluţii neutralizante reface legătura. Ca şi alte tratamente cosmetice agresive, permanentul poate produce distrugeri atunci când se practică în exces.

Fiţi atent cu vopsirea părului

Decolorantele pentru păr alterează granulele de melanină din stratul mediu al fiecărei şuviţe de păr. În ciuda tratamentului atent, decolorarea persistentă poate eventual distruge chiar şi firele de păr sănătoase, puternice, dar nu afectează rădăcinile astfel încât poate creşte în viitor alt păr.

Colorantele pentru păr acţionează ca o vopsea care acoperă şuviţele de păr sau prin amestecul cu granulele de melanină pe care nu le alterează. Colorantele pot exista sub forme temporare, care se pot eventual spăla şi sub forme semipermanente şi permanente care vă penetrează părul.

Evitaţi substanţele chimice şi distrugerea solară

Expunerea exagerată la soare, vânt şi substanţele din piscină vă vor usca părul şi îl vor face să se încurce.

Păstraţi o dietă echilibrată

Calitatea părului dumneavoastră reflectă, în parte, corectitudinea dietei dumneavoastră. În mod contrar celor ce aţi auzit sau aţi citit, consumul unor cantităţi suplimentare de proteine sau preparate cu aminoacizi nu va stimula creşterea părului. Totuşi, dietele de slăbire şi tulburările de alimentaţie, cum ar fi anorexia nervoasă, pot distruge în mod dramatic părul.

în anul 1995. Primul laser utilizat după aprobarea FDA funcţiona prin intermediul unei suspensii de carbon care atrăgea raza laser, ducând la distrugerea foliculilor piloşi. De atunci, au apărut îmbunătăţiri semnificative ale multiplelor sisteme laser care sunt astăzi disponibile pentru îndepărtarea părului.

Unghiile

Celulele de la baza patului dumneavoastră unghial produc unghiile degetelor de la mâini şi de la picioare. Unghiile dumneavoastră sunt alcătuite din straturi laminare formate dintr-o proteină numită keratină. Fiecare unghie creşte către vârful degetelor dintr-o rădăcină care se extinde într-o scobitură cutanată. Chiar în faţa rădăcinii unghiei se află cuticula, care este ataşată la suprafaţa unghiei şi care ajută la protecţia noilor keratinocite care se extind încet din profunzime.

Unghiile dumneavoastră pot arăta primul semn al unei boli. Uneori, pot furniza un indiciu pentru diagnostic, ca şi informaţii despre vârsta dumneavoastră şi despre dietă. În plus, unghiile degetelor de la mâini vă ajută să efectuaţi activităţi zilnice, cu toate că nu conştientizaţi cât de utile sunt până când folosirea lor este limitată de o leziune, infecţie sau alte afecţiuni. Unghiile sănătoase sunt netede, fără crestături sau scobituri. Ele au o culoare şi o consistenţă uniformă, fără puncte sau decolorări. Amintiţi-vă că nici un produs de îngrijire a unghiilor nu vă poate asigura sănătatea acestora. Singurul mod prin care vă puteţi ajuta unghiile să arate cel mai bine este să le protejaţi de leziuni şi de substanţe iritante ca agenţii chimici şi detergenţii, precum şi să le curăţaţi şi să le tăiaţi în mod regulat.

Paronichia

Semne şi simptome

- O zonă cutanată roşie, umflată, dureroasă în vecinătatea unei unghii
- Vezicule, din care poate drena puroi

Semnele şi simptomele unei infecţii severe

- Cuticulă proeminentă
- O unghie detaşată
- Deformarea sau decolorarea unghiei
- Linii roşii de-a lungul pielii

Paronichia este o infecţie superficială a pielii din jurul unghiei. Cele mai frecvente cauze ale paronichiei sunt stafilococul sau ciupercile. Infecţia este, de obicei, rezultatul unei leziuni, cum ar fi tăierea unghiilor sau împingerea cuticulei.

Paronichia bacteriană este de regulă o infecţie bruscă şi dureroasă. Pot apărea vezicule superficiale pline cu puroi. Dacă presaţi zona afectată, poate ieşi puroi.

O altă formă de paronichie este produsă de infecţiile fungice şi este frecventă printre persoanele cu diabet şi cele care îşi ţin mult timp mâinile în apă. Infecţiile fungice se dezvoltă încet, dar sunt persistente. Uneori, sunt prezente şi bacterii şi fungi.

O infecţie severă (acută), care afectează de obicei degetele de la mâini, se poate extinde în jurul unghiilor şi a cuticulei, pentru a invada sub acestea. Cuticula se îngroaşă. Unghia se poate detaşa. Poate apărea deformarea sau decolorarea unghiei.

Apariţia liniilor roşii de-a lungul pielii este un semn că infecţia a pătruns în circuitul sangvin. Dacă apare această problemă, adresaţi-vă medicului dumneavoastră. Pentru diagnostic poate fi necesară o cultură pentru a determina ce tip de microorganism v-a produs paronichia.

Tratament

Înmuierea zonei afectate în apă caldă poate ajuta la diminuarea inflamaţiei tisulare. Aplicarea topică a unui agent antibacterian ajută la lupta împotriva infecţiei bacteriene. Dacă există o infecţie fungică, trebuie să încercaţi o soluţie 1% de violet de genţiană, un medicament antifungic disponibil fără reţetă. Puteţi încerca şi înmuierea zonei într-o soluţie diluată de oţetalcătuită din 30 ml oţet alb şi 500 ml apă.

Unghia încarnată

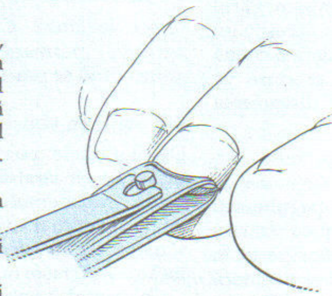
Unghia încarnată apare, de obicei, la nivelul degetului mare de la picior. Se formează atunci când marginea unghiei dumneavoastră se răsuceşte şi creşte în interiorul ţesutului moale de dedesubt. Unghia încarnată se datorează:

- Tăierii necorespunzătoare a unghiilor
- Creşterii mai rapide a marginii unghiei decât a zonei centrale
- Presiunii produse de pantofi nepotriviţi

Dacă aveţi un disconfort sever, puroi sau înroşire care pare să se răspândească la nivelul părţii laterale a degetului de la picior, adresaţi-vă medicului. Poate fi nevoie ca medicul dumneavoastră să îndepărteze porţiunea crescută în interior şi să prescrie antibiotice.

Puteţi să faceţi câteva lucruri pentru a preveni şi trata unghia încarnată acasă. Urmaţi aceste sfaturi pentru autoîngrijire.

- Tăiaţi-vă ferm unghiile de la picioare şi nu prea scurt
- Purtaţi ciorapi şi pantofi potriviţi şi nu vă presaţi excesiv degetele de la picioare
- Purtaţi, dacă este nevoie, pantofi decupaţi sau sandale.



Pentru a evita apariţia unghiilor încarnate, tăiaţi-vă unghiile ferm şi nu prea scurt.

- Înmuiaţi-vă picioarele în apă caldă cu sare – o lingură de sare la un sfert de litru de apă timp de 30 de minute de 4 ori pe zi pentru a reduce edemul şi pentru a ameliora tensiunea locală
- După înmuiere, puneţi bucăţele mici de vată sterilă sub marginea încarnată. Acest lucru poate ajuta eventual unghia să crească deasupra marginii cutanate. Schimbaţi zilnic vata până când durerea şi roşeaţa cedează.
- Aplicaţi un unguent cu antibiotice la nivelul zonei sensibile

Infecția fungică

Semne și simptome

- Unghii îngroșate fără luciu
- Modificări de culoare ale unghiei, de obicei galben sau maro
- Margini sfărâmicioase ale unghiei
- O unghie detașată

Sporii fungilor se pot atașa la nivelul stratului dens de celule producătoare de keratină care dau naștere unghiilor dumneavoastră. Aceste plante microscopice pot digera keratina și trăiesc prin ea. Infecția ce apare, numită onicomicoză, poate persista timp nedefinit.

Atunci când sunt infectate de un fung, unghiile dumneavoastră pot deveni groase, se detașează și se exfoliază (vezi imaginile de la pag. 438). De obicei, există o acumulare de detritusuri de keratină sub marginea liberă a unei unghii infectate. Puteți simți o oarecare durere și un miros la nivelul unghiei. În unele cazuri, unghia este distrusă.

Puteți contracta o infecție fungică în mai multe moduri, cum ar fi mersul desculț prin locurile publice sau ca o complicație a piciorului atletului sau paronichiei. Oamenii cu insuficiență circulatorie sau cu diabet sunt mai expuși infecției. Riscul dumneavoastră de a face o infecție fungică la nivelul unei unghii de la picior este mai mare dacă picioarele dumneavoastră au o perspirație dificilă și dacă purtați ciorapi sau pantofi care nu permit ventilația și care nu absorb transpirația. Infecțiile fungice de la nivelul unghiilor de la mâini apar deseori după expunerea excesivă la apă și la detergenți. Umezeala de sub unghiile artificiale poate, de asemenea favoriza creșterea fungilor.

Infecțiile fungice sunt mai frecvente la adulții vârstnici. După vârsta de 40 de ani, unghiile cresc mai încet și încep să sa îngroașe, devenind mai susceptibile la infecție. O dată ce începe o infecție fungică la nivelul unghiei, aceasta poate persista timp nedefinit, dacă nu este tratată. Adresați-vă medicului la apariția primului semn de infecție. Infecțiile fungice ale unghiei încep de obicei sub forma unui punctuleț alb sau galben, pe unghie.

Diagnostic

Testele diagnostice efectuate de medicul dumneavoastră pot include îndepărtarea unei părți a detritusurilor de sub marginea unghiei pentru a fi examinată la microscop pentru identificarea fungului. Prezența unui fung exclude alte afecțiuni posibile ale unghiilor.

Tratament

Infecțiile fungice ale unghiilor pot fi dificil de tratat, iar infecțiile repetate sunt frecvente. Dacă aveți o infecție fungică, medicul vă poate prescrie un medicament antifungic pe cale orală. Aceste medicamente, care sunt de cele mai multe ori eficiente, cuprind itraconazol (Sporanox), fluconazol (Diflucan) și terbinafină (Lamisil). Aceste medicamente ajută la creșterea unei unghii noi, neinfectate, în timp ce porțiunea veche, infectată a unghiei este înlocuită lent. Deși aceste medicamente pot elimina, de obicei, o infecție în 4-12 luni, este posibilă apariția infecțiilor recurente.

Aceste medicamente administrate pe cale orală, totuși, pot produce reacții adverse, de la rash cutanat până la afectare hepatică. Itraconazolul și fluconazolul pot, de asemenea, interacționa cu alte medicamente, cum ar fi unele anticoagulante și medicația antialergică. În mai 2001, FDA a emis un avertisment public asupra posibilității ca itraconazolul și terbinafina să producă insuficiență cardiacă congestivă. Avertismentul nu este valabil pentru cremele și soluția de Lamisil, care se aplică topic. Înainte ca dumneavoastră și medicul dumneavoastră să vă decideți asupra utilizării medicației orale, luați în considerare posibilele reacții adverse.

Cremele antifungice eliberate fără rețetă pot ajuta la înmuierea unghiei și împiedică răspândirea infecției fungice în timp ce crește o unghie nouă. Sunt disponibile și alte creme sau loțiuni antifungice eliberate pe bază de rețetă.

O altă soluție este lacul de unghii antifungic. Aplicați lacul pe unghiile infectate și pe pielea din jur o dată pe zi. După 7 zile, îndepărtați straturile cu lac și reîncepeți aplicarea acestuia. Utilizarea zilnică timp de până la un an sau mai mult a dovedit că poate fi eficientă în îndepărtarea unor infecții fungice ale unghiilor.

Dacă aveți o infecție severă sau foarte dureroasă, medicul dumneavoastră vă poate sugera scoaterea unghiei. În mod normal, va crește o unghie nouă în locul acesteia.

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Pentru a ajuta la prevenirea unei infecții fungice a unghiei:

- Păstrați-vă unghiile uscate și curate. Uscați-vă picioarele, inclusiv între degete, după baie.
- Dacă picioarele dumneavoastră transpiră excesiv, schimbați-vă des ciorapii. Scoateți-i uneori în timpul zilei și după activități fizice. Folosiți alternativ pantofii cu bot închis și cei decupați.
- Utilizați un spray sau o pudră antifungică la nivelul picioarelor și în interiorul pantofilor.
- Purtați mănuși de cauciuc pentru a vă proteja mâinile împotriva expunerii excesive la apă. Între utilizări întoarceți pe dos mănușile de cauciuc pentru a se usca.
- Nu smulgeți sau tăiați pielea din jurul unghiilor. Acest lucru poate asigura o cale de acces germenilor către piele și unghii.
- Evitați să mergeți desculț la piscinele publice, la dușuri și în vestiare.
- Alegeți un salon cunoscut de manechiură și de pedichiură care își sterilizează instrumentele. Evitați utilizarea mijloacelor de lustruit unghiile și a unghiilor artificiale, care pot reține umezeală nedorită, agravând problema.
- Spălați-vă pe mâini după ce atingeți o unghie infectată. Infecțiile fungice ale unghiei se pot răspândi de la o unghie la alta dacă nu aveți grijă.

Îngrijirea unghiilor

Poate singurul element important în îngrijirea unghiilor este evitarea abuzării de ele. Nu le folosiți pe post de unelte, nu vi le roadeți și nu smulgeți cuticulele. Ungeți-vă unghiile și cuticulele cu loțiuni așa cum faceți și pe piele – loțiuni care freacă. Chiar și o mică tăietură de-a lungul marginilor unghiei poate permite pătrunderea bacteriilor și a fungilor și apariția infecției.

O unghie afectată poate păstra semnele leziunii câteva luni de zile, deoarece unghiile cresc încet. Aranjarea săptămânală a unghiilor este importantă deoarece unghiile netede şi îngrijite sunt afectate mai rar. Utilizaţi unghiere sau forfecuţe ascuţite pentru a vă tăia unghiile şi folosiţi o pilă. Tăiaţi-vă ferm unghiile de la picioare şi nu le faceţi prea scurte.

Este nevoie să faceţi acest lucru doar o dată pe lună deoarece unghiile de la picioare cresc mai încet decât cele de la mâini. Ele sunt, de asemenea, mai groase, mai ales la nivelul degetului mare, iar momentul cel mai potrivit pentru a le tăia este după baie, când unghiile sunt mai moi.

Dacă aveţi o pieliţă care atârnă, nu încercaţi să o smulgeţi. Acest lucru produce aproape întotdeauna leziuni în ţesutul indemn. În schimb, tăiaţi-o cu grijă, lăsând o mică porţiune. Acest lucru poate ajuta la prevenirea recurenţelor. Utilizarea în mod regulat a loţiunilor pentru mâini poate preveni apariţia pieliţelor.

Fiţi la modă, dar cu grijă

Unele femei îşi consideră unghiile nişte accesorii, preocupându-se să le facă să arate bine. Totuşi, ceea ce arată bine, nu este întotdeauna bun pentru unghiile dumneavoastră. Cu toate că moda încurajează tăierea cuticulelor, evitaţi acest lucru. Se poate produce o cale de intrare pentru bacterii şi fungi şi, astfel, favorizarea infecţiei. Unghiile artificiale pot produce reacţii dedesubt.

Unele produse pot fi agresive pentru unghiile dumneavoastră. Substanţele care îndepărtează cuticulele sunt produse corozive alcaline care distrug aceste benzi protectoare naturale. Unele produse de întărire a unghiilor vă pot decolora sau rupe unghiile. Produsele pentru curăţarea ojei usucă şi vă fragilizează unghiile.

În ciuda celor susţinute, majoritatea lacurilor de unghii sunt similare din punct de vedere chimic. Acestea vă întăresc unghiile doar prin faptul că lacul vă acoperă şi astfel vă protejează unghiile. Dacă folosiţi lac de unghii, aplicaţi mai bine câteva straturi subţiri, decât unul gros.

Modificări de culoare sau deformarea unghiilor

Unghiile dumneavoastră vă pot spune multe despre starea generală de sănătate. Priviţi-vă unghiile de la mâini. Sunt puternice şi au un aspect sănătos? Sau vedeţi crestături sau zone cu culoare neobişnuită?

Multe dintre problemele nedorite ale unghiilor pot fi evitate printr-o îngrijire corespunzătoare a lor, dar unele dintre afecţiuni pot indica existenţa unei boli ce necesită atenţie.

Unele probleme ale unghiilor sunt inofensive. Acestea includ crestele verticale, care au tendinţa să se agraveze cu vârsta. O leziune minoră poate produce modificări de culoare la nivelul unghiei. Pata neagră de sub unghia degetului mare după o lovitură de ciocan este sânge. Petele albe, ca norii de la nivelul vârfului unghiilor sunt rezultatul traumelor minore.

Expunerea excesivă la săpunuri puternice sau la substanţe chimice poate produce ruptură, descuamare sau fragilizare, iar pantofii strâmţi sau nepotriviţi pot duce la apariţia unghiilor încarnate sau la îngroşarea acestora.

Alte probleme ale unghiilor pot indica o boală, de aceea trebuie să vă îndepărtaţi lacul de unghii atunci când mergeţi la doctor. Iată câteva probleme care pot necesita o atenţie medicală:

Desprinderea unei unghii de pe patul unghial

Desprinderea unei unghii de patul său (onicoliză) se poate asocia cu traumatisme, psoriazis, reacţii la medicamente, boli fungice sau o reacţie la soluţii de întărire a unghiilor sau la unghiile artificiale.

Sindromul unghiei galbene

Transpiraţia la nivelul mâinilor sau o problemă respiratorie, cum ar fi bronşita cronică, poate determina colorarea uneia sau a mai multor unghii în galben sau verde. Afecţiunea se asociază cu o creştere foarte lentă a unghiei – poate fi nevoie să vă tăiaţi unghiile doar o dată la câteva luni.

Scobituri

Apariţia de depresiuni mici la nivelul unghiei este frecventă la cei cu psoriazis sau cu leziuni unghiale.

Unghiile lui Terry

Unghiile lui Terry sunt o afecţiune în care unghiile sunt opace, dar au fiecare la capăt câte o bandă închisă la culoare. Aceasta poate fi un semn al unei afecţiuni importante, cum ar fi cancerul, insuficienţa cardiacă congestivă sau diabetul, sau poate fi doar un semn de îmbătrânire.

Unghiile în băţ de tobă

Unghiile care se rotunjesc în jurul capetelor degetelor, împreună cu lăţirea degetelor de la mâini sau de la picioare, pot fi un semn al lipsei de oxigen. Este asociată cu o serie de boli, incluzând insuficienţa cardiacă congestivă şi emfizemul.

Liniile Beau

Liniile Beau sunt indentaţii care merg de-a lungul unghiei. Ele pot apărea atunci când creşterea de la nivelul patului unghial este întreruptă de boli severe, cum ar fi infarctul miocardic sau pneumonia sau de febră înaltă.

Liniile Mees

Liniile Mees sunt produse de intoxicaţia cu arsenic. Acestea sunt linii albe de-a lungul unghiei.

Unghiile concave

Unghiile concave – unghii moi, care arată ca o lingură – pot fi un semn de anemie prin deficit de fier. Depresiunea este, de obicei, suficient de mare pentru a ţine o picătură de lichid.

Nu este ceva neobişnuit pentru unghiile dumneavoastră să fie afectate în timpul unei boli şi să se recupereze după aceea. Leziunea se poate repara doar prin procesul lent al creşterii unei noi unghii, aproximativ 3 mm pe lună în cazul degetelor de la mâini şi 1 mm în cazul degetelor de la picioare. După ce afecţiunea subiacentă este sub control sau este vindecată, unghiile dumneavoastră vor reveni treptat la normal. Raportaţi însă medicului dumneavoastră orice modificare de culoare sau apariţia unor semne.

Păstraţi unghiile solide

Iată câteva sfaturi pentru întărirea sau protejarea unghiilor fragile de la mâini:

- Menţineţi-vă unghiile scurte, de formă pătrată şi uşor rotundă la capăt.
- Aplicaţi un întăritor de unghii, dar evitaţi produsele care conţin toluen sulfonamida formaldehidă sau formaldehidă care produce mâncărime, înroşire sau iritaţie cutanată.
- Aplicaţi o loţiune hidratantă de fiecare dată când vă spălaţi pe mâini. Ungeţi-vă unghiile şi cuticulele la culcare şi purtaţi mănuşi de bumbac.
- Purtaţi mănuşi de cauciuc căptuşite cu bumbac atunci când vă expuneţi mâinile la apă sau substanţe chimice utilizate pentru casă. Între utilizări , întoarceţi mănuşile de cauciuc pe dos pentru a se usca şi a preveni creşterea microorganismelor în interior. Nu folosiţi dizolvant pentru unghii de mai mult de 2 ori pe lună. În schimb, puteţi finisa aspectul unghiilor lăcuite. Atunci când aveţi nevoie de un dizolvant, evitaţi-le pe cele care conţin acetonă, care vă poate usca unghiile.
- Tăiaţi unghiile fragile după o baie sau după ce le-ati înmuiat timp de 15 minute într-o baie de ulei. Apoi aplicaţi o soluţie hidratantă.
- Reparaţi crăpăturile cu lipici pentru unghii sau cu ajutorul unui lac de curăţare.
- Evitaţi dietele care se presupune că ar întări unghiile. Acestea nu au efect. În afara situaţiei în care aveţi un deficit de proteine, un lucru rar în populaţia SUA, adaosul de proteine în dietă nu va duce la întărirea unghiilor. În mod similar, înmuierea unghiilor în gelatină nu are nici un efect.

Metode cosmetice

Pe măsură ce îmbătrâniţi, veţi vedea fără îndoială efectele timpului şi vârstei atunci când vă uitaţi în oglindă. Puteţi fi fericit să purtaţi cu mândrie semnele evoluţiei vieţii. În cazul în care aceste semne vă supără şi aveţi bani de cheltuit, luaţi în considerare metodele cosmetice, care pot diminua semnificativ multe dintre semnele vârstei. Puteţi să vă consultaţi cu un dermatolog sau cu un chirurg plastic pentru a discuta limitele, beneficiile, riscurile şi reacţiile adverse ale procedeelor disponibile.

Amintiţi-vă că metodele cosmetice nu sunt de regulă acoperite de asigurările medicale şi poate fi nevoie de repetarea lor pentru a păstra beneficiile.

Problemele cosmetice frecvente

Metodele cosmetice sunt utilizate pentru tratarea unui număr de probleme cutanate. Câteva dintre cele mai frecvente probleme cosmetice sunt:

Îmbătrânirea şi pielea expusă la soare

Tehnicile de refacere a suprafeţei pielii, cum ar fi peeling cu substanţe chimice, dermabraziunea sau utilizarea laserului pot fi de ajutor în îndepărtarea ridurilor şi a pielii care atârnă, precum şi a cicatricelor rămase după acnee. Alte procedee pentru reducerea ridurilor sunt liftingul facial şi umplerea ţesuturilor moi.

Varicele şi venele ca un păianjen

Unele femei sunt atât de neliniştite din cauza venelor varicoase şi a venelor ca un păianjen încât refuză să poarte pantaloni scurţi şi fuste. Există mai multe opţiuni disponibile pentru a scăpa de aceste vene nedorite.

Grăsimea

Lipoaspiraţia poate fi o opţiune pentru bărbaţii şi pentru femeile care nu sunt mulţumite de forma coapselor lor sau care doresc să scape de acele perniţe care parcă nu dispar niciodată.

Alegerea unui chirurg

Nici o metodă cosmetică nu este fără riscuri. De aceea, este esenţial să găsiţi doctorul potrivit dacă apelaţi la chirurgia plastică. Asiguraţi-vă că persoana aleasă este instruită corespunzător şi că este licenţiată într-o specialitate legată de chirurgia cosmetică: chirurg plastic, chirurg dermatolog sau chirurg ORL. Dacă optaţi pentru chirurgia cu laser, asiguraţi-vă că medicul are experienţă în folosirea acestuia.

Atunci când vorbiţi cu un chirurg despre o metodă particulară, puneţi-i următoarele întrebări:

- Există şi alte metode care pot acţiona cel puţin la fel de bine pentru mine?
- Sunt un bun candidat pentru această procedură? De ce da sau de ce nu?
- Aveţi experienţă în efectuarea acestei proceduri şi ce rezultate au avut pacienţii dumneavoastră? Totuşi, nu aşteptaţi rezultatele procedurii chirurgicale la alte persoane. Rezultatele pot să nu fie conform asteptărilor dumneavoastră, iar prezentarea acestora de către medic va încălca regulile confidenţialităţii pacientului.
- La ce rezultate trebuie să mă aştept?
- Care sunt complicaţiile posibile?
- Cum îmi veţi urmări evoluţia după intervenţia chirurgicală? Ce îngrijire postoperatorie îmi recomandaţi?
- Ce procent din populaţie necesită chirurgie cosmetică şi cine suportă costurile?

Tehnicile de refacere a suprafeţei cutanate

Tehnicile de refacere a suprafeţei cutanate pot fi utilizate pentru reducerea ridurilor mici, a cicatricelor, cum ar fi cele lăsate de acnee sau de problemele de pigmentaţie, ca petele hepatice. Acest lucru se poate face prin îndepărtarea stratului extern al pielii (epidermul) pentru a permite creşterea unei pieli mai netede, ca a tânărului.

Tehnicile de refacere a suprafeţei pielii includ:

Peeling cu substanţe chimice

În cadrul peeling-ului cu substanţe chimice, medicul dumneavoastră aplică un acid care arde stratul extern al pielii, acesta cojindu-se, permiţând regenerarea unui ţesut mai neted, nou. Pielea dumneavoastră va forma o crustă în 7-10 zile şi va deveni roz în circa 3 luni.

Riscuri

Chiar în cazul succesului unei metode puteţi rămâne cu mici cicatrice. Dacă procedura nu se face corect sau dacă apare o infecţie, puteţi rămâne cu cicatrice

importante. Pielea dumneavoastră va fi mai deschisă la culoare, fără protecţia pigmentaţiei împotriva soarelui. Acest lucru vă creşte susceptibilitatea la arsuri solare şi la dezvoltarea cancerelor cutanate. La cei cu pielea închisă la culoare peeling-ul cu substanţe chimice poate produce pete.

Dermabraziunea

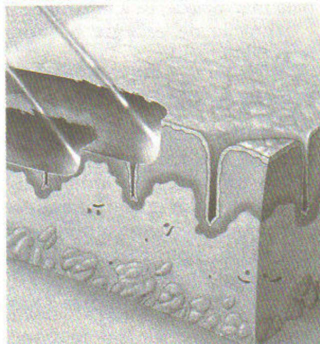
Ridurile fine, petele hepatice şi cicatricele pot fi eliminate cu ajutorul unei rotiţe care se învârteşte. Crustele şi edemul persistă în general 7-10 zile. Vindecarea completă necesită mai mult timp. Dermabraziunea a fost înlocuită pe scară largă de refacerea cu laser.

Riscuri

Dacă aveţi o predispoziţie pentru apariţia herpesurilor, acestea pot apărea după efectuarea procedurii. Expunerea la soare poate produce o arsură severă care vă poate modifica pentru totdeauna culoarea pielii. Dermabraziunea nu este recomandată la persoanele cu piele închisă la culoare deoarece pot rămâne pete.

Refacerea suprafeţei cu ajutorul laserului

Refacerea suprafeţei cu ajutorul laserului este un procedeu în care medicul foloseşte o rază de lumină intensă, pulsatilă pentru vaporizarea stratului extern al pielii (epidermul). La putere mică, laserul poate diminua ridurile izolate. Atunci când stratul de dedesubt (dermul) se vindecă, acesta este mai întins şi mai neted, faţă de cum a fost înainte.



Refacerea suprafeţei cu ajutorul laserului este un procedeu în care o rază de lumină intensă, pulsatilă vaporizează stratului extern al pielii. Stratul de dedesubt (dermul) devine mai întins şi mai neted.

În cazul primelor 48-72 de ore după intervenţie, faţa vă este roşie, strălucitoare, dureroasă, umedă şi pruriginoasă. Unii oameni reacţionează mai puţin faţă de alţii. Pielea dumneavoastră creşte din nou în circa o săptămână. În 2 săptămâni aproape dispare edemul, dar este nevoie de 3-4 săptămâni pentru ca roşeaţa să cedeze. Este foarte important să folosiţi din belşug ecranante de protecţie solară după intervenţie.

Noua generaţie de lasere oferă chirurgilor mai mult control asupra cantităţii de piele vaporizată, spre deosebire de tipurile vechi de lasere şi de metodele tradiţionale de refacere a suprafeţei cutanate. Ultimele lasere, atunci când sunt utilizate corect, produc mai puţin cicatrizare şi modificări pigmentare, diminuă disconfortul şi necesită un timp mai scurt de recuperare în comparaţie cu laserele vechi.

Riscuri

Rata de apariţie a cicatricelor este de aproximativ 1%, similară cu cea din cazul dermabraziunii şi peeling-ului cu substanţe chimice. Hiperpigmentarea poate fi controlată prin tratarea pielii în prealabil cu cremă decolorantă timp de 2 săptămâni după efectuarea procedurii. Refacerea suprafeţei cutanate cu laser merge mai bine la persoanele cu piele moderat colorată.

Refacerea suprafeţei cutanate cu ajutorul chirurgiei electrice

O altă tehnică, nu atât de răspândită, este refacerea suprafeţei cutanate cu ajutorul chirurgiei electrice, care utilizează electricitatea cu frecvenţă mică (coblaţie) pentru îndepărtarea ţesutului cutanat. Tehnica furnizează energie electrică mai mult decât căldură sau substanţele chimice utilizate pentru alte metode de refacere a suprafeţei cutanate.

Riscuri

Pielea dumneavoastră se va umfla şi va fi roşie în primele câteva zile după intervenţie. Într-o săptămână, aceasta trebuie să fie doar moderat rozalie şi după 2 săptămâni roşeaţa trebuie să dispară. Timpul de vindecare nu este de obicei mai lung de o lună. Spre deosebire de alte tehnici de refacere a suprafeţei cutanate, chirurgia cutanată poate fi folosită la indivizii cu piele mai închisă la culoare.

Injectarea cu colagen a ţesuturilor moi

Colagenul extras de la vite sau din grăsimea de pe coapsa sau abdomenul dumneavoastră poate fi injectat în ridurile de la nivelul feţei. Colagenul injectat produce rotunjirea pielii, netezirea ridurilor şi umplerea şanţurilor, cum ar fi cele din jurul nasului şi a gurii, precum şi dintre sprâncene. Colagenul se degradează, de obicei, după câteva luni, dar vă poate stimula organismul să producă colagen. Pentru menţinerea efectului trebuie să repetaţi intervenţia la fiecare câteva luni.

Riscuri

Unii oameni sunt alergici la colagenul provenit de la vite, de aceea este necesară o testare în prealabil.

Lifting facial

Liftingul facial presupune o intervenţie chirurgicală mai amplă pentru îndepărtarea pielii care atârnă, a guşii şi pentru netezirea ridurilor. Intervenţia presupune îndepărtarea excesului de piele şi de grăsime, strângând musculatura şi ţesutul conjunctiv de dedesubt, acest lucru făcându-se fără urme vizibile, proeminente. Fiecare intervenţie diferă în funcţie de ceea ce crede chirurgul că este indicat pentru dumneavoastră.

Nu oricine este un bun candidat pentru un lifting facial. Aveţi cele mai bune şanse de reuşită dacă pielea dumneavoastră este încă elastică, dacă aveţi o structură osoasă puternică şi bine definită şi dacă nu sunteţi supraponderal. Majoritatea oamenilor care fac un lifting facial au vârsta între 40 şi 70 de ani, dar puteţi avea rezultate bune şi dacă aveţi 70-80 de ani.

Chirurgii pot, de asemenea, să efectueze intervenţii pentru corectarea pleoapelor căzute, procedeu numit blefaroplastie. Acest lucru se poate face individual sau în acelaşi timp cu liftingul facial.

În mod tipic, chirurgul face incizii care încep sub linia de implantaţie a părului, la nivelul tâmplei şi se extind în partea

anterioară a urechilor, apoi în jurul lobului urechii, în partea posterioară și în partea inferioară a scalpului. Poate fi nevoie și de o mică incizie sub bărbie dacă țesutul de la nivelul gâtului trebuie, de asemenea, întins. Chirurgul separă pielea de grăsime și de musculatura de dedesubt. Grăsimea din jurul gâtului și bărbiei se poate tăia sau aspira.

Chirurgul dumneavoastră poate întinde țesutul de dedesubt (sistemul aponevrotic submuscular) ceea ce va ridica gușa, vă va întinde pielea de pe gât și vă va ridica obrajii. Pielea dumneavoastră este trasă înapoi, iar ceea ce este în exces se taie. Această tehnică de lifting facial cu 2 straturi este mai bună decât tehnica veche, în care doar pielea se întindea, dar nu este necesară pentru toți oamenii.

În final, chirurgul va închide inciziile cu fire. La nivelul scalpului se pot folosi clipsuri de metal. Chirurgul poate pune pentru o perioadă un tub de dren subțire, mic sub piele, în spatele urechii, permițând drenarea lichidelor acumulate aici. Medicul va face și un pansament care să reducă echimoza și edemul.

Îngrijirea postoperatorie

Cu toate aceste manevre de tragere, aspirație și tăiere, fața dumneavoastră va arăta și o veți simți ca și cum ar fi fost bătută cu pumnul. Cu toate că este electivă și cosmetică, intervenția de lifting facial poate crea inițial probleme. Prima dată când vă uitați în oglindă, așteptați-vă să vedeți o față palidă, pufoasă, cu echimoze.

Gradele de disconfort variază, dar pot fi controlate cu medicamente împotriva durerii. Trebuie să țineți capul ridicat, pe cât posibil, pentru câteva zile după intervenție pentru a diminua edemul. Dormitul în această poziție poate fi incomod. Dacă aveți inserat un tub de dren, acesta este scos de obicei după 1-2 zile de la intervenție. Pansamentul se scoate câteva zile mai târziu.

Puteți simți amorțeli la nivelul unor părți ale feței, timp de câteva săptămâni sau câteva luni. Acest lucru este normal și dispare, cu toate că pot persista anumite senzații de furnicături pentru o perioadă lungă. Cicatricele se vindecă în timp, dar datorită faptului că sunt ascunse la nivelul liniei părului, în spatele urechilor și în pliurile naturale sunt abia vizibile.

Riscuri

Cu toate că apariția complicațiilor este rară, atunci când apar pot fi grave. Acestea includ:

- *Hematom.* Acesta este o colecție sangvină sub piele. Excesul de sânge poate fi scos de către chirurg. Hematoamele mici se pot vindeca de la sine.
- *Slăbirea mușchilor faciali.* Această complicație este de obicei temporară, dar până când nervii se vindecă, porțiuni ale feței dumneavoastră pot să nu se miște normal.
- *Vindecare dificilă.* Fumătorii se pot vindeca mai greu deoarece substanțele conținute în țigarete produc vasoconstricție la nivelul vaselor sangvine mici cutanate.
- *Infecția.* Inciziile se pot infecta.

Chirurgia venelor

80 de milioane de americani, majoritatea femei, sunt supărate de prezența varicelor venoase sau a rețelelor venoase ca un păianjen, o varietate de vene varicoase. Venele varicoase sunt vene noduroase, dilatate, în apropiere straturilor superficiale ale pielii. Denumirea de varice vine de la cuvântul latin *varix*, care înseamnă *răsucit*. Orice venă poate deveni varicoasă, dar zonele cele mai frecvent afectate sunt picioarele și gleznele. Venele ca un păianjen apar atunci când venele mici aflate aproape de suprafața pielii se dilată. Sunt mai frecvente la nivelul picioarelor și a feței.

Pentru mulți oameni, venele varicoase și venele ca un păianjen sunt doar o preocupare cosmetică. În alte cazuri, pot produce durere înțepătoare și disconfort. Uneori, varicele pot duce la apariția unor probleme mai serioase, cum ar fi ulcerele.

Măsurile de autoîngrijire – cum ar fi activitatea fizică, scăderea în greutate, evitarea hainelor strâmte, ridicarea picioarelor și evitarea perioadelor lungi de stat în picioare sau pe scaun, pot diminua durerea și previn agravarea varicelor. Dacă varicele dumneavoastră nu răspund la măsurile de autoîngrijire sau dacă sunt mai severe, medicul dumneavoastră vă poate recomanda intervenție chirurgicală – inclusiv îndepărtarea venelor dilatate sau alt procedeu de sclerozare a venei. Pentru informații legate de tratamentul varicelor și al dilatațiilor venoase ca un păianjen, vezi pag. 791.

Lipoaspirația

Conceptul care stă în spatele lipoaspirației pare prea bun să fie adevărat: depozitele nedorite de grăsime pot fi aspirate cu ajutorul unui mic vacuum. Totuși, problema nu se rezolvă atât de ușor.

Lipoaspirația este o metodă chirurgicală serioasă, care implică o recuperare posibil dureroasă. Deși rareori, intervenția chirurgicală poate produce complicații importante. O decizie asupra efectuării lipoaspirației trebuie luată cu mare atenție.

O alegere populară

Reducerea rapidă a depozitelor de grăsime surâde multor oameni, de aceea lipoaspirația este una dintre cele mai frecvente proceduri cosmetice efectuate în SUA. Conform Societății Americane a Chirurgilor Plastici, în anul 2000 s-au efectuat peste 350 000 de intervenții de lipoaspirație.

Zonele cel mai frecvent tratate sunt părțile externe ale coapselor și abdomenului la femei și flancurile sau pernuțele la bărbați. Lipoaspirația poate îndepărta, de asemenea, grăsimea nedorită de la nivelul șoldurilor, feselor, genunchilor, partea superioară a brațelor, bărbiei, obrajilor, gâtului și din alte zone.

Lipoaspirația este cea mai eficientă metodă de îndepărtare a depozitelor de grăsime din zone ale organismului care nu răspund la dietă sau la exercițiile fizice. După intervenție, este important să continuați exercițiile fizice și să aveți un program de întreținere pentru a avea rezultate mai bune.

Tehnicile de lipoaspirație

Există 2 tehnici de bază utilizate pentru lipoaspirație: prin tumefiere,

utilizată de chirurgii dermatologi, şi cu ultrasunete, dezvoltată de chirurgii plastici. Ambele tehnici au aceleaşi elemente chirurgicale principale. De fapt, chiar dacă se utilizează ultrasunete, procedeul va fi urmat de lipoaspiraţie tumescentă. Alegerea între lipoaspiraţia tumescentă şi cea cu ultrasunete depinde de o serie de factori individuali pe care chirurgul îi va discuta cu dumneavoastră.

Au apărut şi unele dispozitive noi care lichefiază grăsimea când se aplică extern – numită de aceea lipoaspiraţie noninvazivă. Totuşi, eficacitatea sa nu a fost încă stabilită.

Lipoaspiraţia tumescentă

În cadrul lipoaspiraţiei tumescente, chirurgul dumneavoastră va injecta în prealabil depozitele adipoase cu o soluţie salină ce conţine adrenalină (epinefrină. Soluţia trebuie să conţină de asemenea, un anestezic local.

Chirurgul dumneavoastră va decide ce tip de anestezie să utilizeze – locală, regională sau generală – sau să utilizeze doar soluţia salină cu un anestezic local. Decizia asupra tipului de anestezic depinde de cantitatea de grăsime care trebuie eliminată şi dacă sunt folosite ultrasunetele.

Pentru a începe intervenţia, chirurgul face una sau mai multe incizii lângă zona care trebuie sucţionată. Atunci când este posibil, inciziile se fac în pliurile naturale sau la nivelul liniilor de contur ale pielii, astfel încât să nu fie prea vizibile.

Se introduce prin piele, la nivelul inciziilor, un tub subţire, gol pe dinăuntru, numit canulă, al cărui vârf penetrează în ţesutul gras de dedesubt. După ce canula este conectată prin intermediul unui tub subţire la o pompă de aspiraţie, chirurgul o mişcă înainte şi înapoi prin grăsime. Grăsimea este apoi aspirată prin tub. În cazul lipoaspiraţiei tumescente, apar sângerare minimă, echimoze şi edem.

Lipoaspiraţia cu ultrasunete

Lipoaspiraţia asistată cu ultrasunete (UAL) este o tehnică în 2 timpi care utilizează energia undelor sonore pentru a lichefia depozitele grase înainte de aspiraţie. Pentru UAL, chirurgul inseră un dispozitiv mic, încălzit, care produce vibraţii la frecvenţe mai mari decât cele pe care le puteţi auzi (ultrasunete). Această energie produce ruptura celulelor adipoase, eliberând conţinutul gras al acestora. Acest conţinut uleios este apoi aspirat utilizând tehnica tumescentă.

Potenţialele avantaje ale UAL includ posibilitatea îndepărtării grăsimii din zone dificile, cum ar fi abdomenul superior, flancurile, spatele şi pieptul la bărbaţi. Totuşi, UAL prezintă complicaţii mai importante ca tehnica prin tumefiere, cum ar fi durere mai mare, edem, arsuri cutanate şi alte complicaţii.

Îngrijire postoperatorie

Recuperarea după lipoaspiraţie poate fi inconfortabilă, dar majoritatea pacienţilor revin la viaţa de zi cu zi în 3-10 zile. Pe parcursul primelor săptămâni, majoritatea pacienţilor prezintă grade diferite de durere, arsuri, edem şi amorţeală temporară a zonei. Medicaţia analgezică poate fi de folos, iar pansamentele speciale compresive pot reduce edemul. Veţi fi avertizat să evitaţi activităţile fizice intense, altele decât mersul pe jos pentru circa o săptămână după intervenţie.

Cu toate că noul contur al corpului dumneavoastră începe să se evidenţieze în primele câteva săptămâni, un grad de edem poate persista câteva luni. Creşterea sau scăderea ponderală masivă după lipoaspiraţie pot produce iregularităţi cutanate nedorite.

Mulţi oameni cred că dacă lipoaspiraţia îndepărtează celulele grase este imposibil ca acestea să reapară în zonele tratate. Totuşi, celulele grase rămase pot creşte mai mult, mai ales dacă abandonaţi exerciţiile fizice şi o dietă sănătoasă. Acest lucru înseamnă că problema poate reapărea. Este mai probabil, însă, ca apariţia creşterii ponderale după lipoaspiraţie să fie distribuită în alte părţi ale corpului, neproducându-se în totalitate la nivelul zonelor vechi cu probleme.

Riscuri

Lipoaspiraţia nu este lipsită de riscuri. În general, cu cât este mai mare volumul de ţesut gras extras, cu atât mai mare este riscul complicaţiilor. Unii chirurgi vor aspira o cantitate mai mare de ţesut gras şi vor termina intervenţia într-o singură şedinţă, în timp ce alţii vor extrage cantităţi mai mici pe parcursul mai multor şedinţe. Întrebaţi-vă chirurgul ce metodă va alege.

Oamenii cu anumite probleme medicale, cum ar fi diabetul, boli cardiace, boli pulmonare şi insuficienţă circulatorie, precum şi cei care fumează sau sunt predispuşi la tromboze, au risc crescut de complicaţii după lipoaspiraţie, aşa cum au în cazul oricărei intervenţii chirurgicale.

Complicaţii rare, dar grave includ tromboze, care pot migra în plămâni, ducând la deces, infecţii şi reacţii alergice. În plus, combinarea lipoaspiraţiei cu anestezia generală şi cu alte intervenţii cosmetice, de exemplu, cu liftingul facial, în acelaşi timp, se asociază cu un risc crescut. ■

CAPITOLUL 37 PARTEA a V-a

Bolile psihice

Bolile psihice sunt un mister şi creează confuzie pentru mulţi oameni. Sunt oare insomniile nocturne rezultatul depresiei? Grijile dumneavoastră sunt normale sau aveţi o boală anxioasă?

O parte a provocării este faptul că nu există o demarcaţie netă între stresul mental normal şi afecţiunile psihice. Un raport recent al U.S. Surgeon General priveşte sănătatea mentală şi bolile psihice ca puncte ale evoluţiei. Făcând o extrapolare, orice definiţie a sănătăţii mentale reflectă şi cultura şi anumite circumstanţe. Diferitele culturi au diferite moduri de a aborda stresul şi necazurile. Un comportament considerat anormal într-o cultură poate fi acceptat perfect de alta.

În general, sănătatea mentală se referă la funcţii mintale normale care permit unei persoane să fie productivă, să stabilească relaţii interpersonale şi să fie pregătită să se schimbe şi să facă faţă necazurilor. Tulburările mentale se referă la modificări ale gândirii, dispoziţiei sau comportamentului care produc suferinţe şi care interferă cu capacitatea funcţională a unei persoane. O persoană cu tulburări mentale are probleme – într-o mai mică sau mai mare măsură – cu activităţile zilnice, cu responsabilităţile de familie, cu relaţiile interpersonale, cu munca sau cu şcoala.

Ca şi în cazul altor boli, suferinţele psihice au diverse grade de severitate, de la uşoare la grave. Semnele pot fi subtile, cum ar fi creşterea iritabilităţii, sau evidente, ca statul în pat toată ziua. Unele tulburări mentale durează puţin şi se ameliorează treptat. Altele ţin toată viaţa, necesitând un tratament continuu.

O problemă frecventă

Tulburările psihice sunt frecvente. Un studiu efectuat de Organizaţia Mondială a Sănătăţii, de Banca Mondială şi de Universitatea Harvard arată că bolile psihice se află pe locul doi după bolile cardiovasculare în apariţia incapacităţii şi a decesului prematur în ţările dezvoltate. În SUA, aproximativ 18,5% din populaţia adultă – peste 37 milioane de oameni – prezintă o tulburare psihică în fiecare an.

Bolile psihice pot fi un tribut greu pentru calitatea vieţii dumneavoastră şi pentru cei care au grijă de dumneavoastră – familie, prieteni, angajaţi, colegi. Mulţi dintre oamenii cu boli psihice nerecunoscute, netratate sau tratate necorespunzător, suportă o viaţă lipsită de vitalitate sau subminată de tensiune şi conflicte.

Din fericire, multe dintre afecţiunile psihice sunt tratabile. Mulţi oameni se pot recupera, iar cei cu afecţiuni de durată (cronice) pot învăţa să-şi controleze simptomele, aşa cum unii învaţă să trăiască având diabet sau artrită. Un număr în creştere de cercetători încearcă să găsească terapii eficiente şi medicamente noi care să producă mai puţine reacţii adverse sau deloc.

În ciuda acestor avantaje semnificative, prea mulţi oameni nu recunosc sau nu conştientizează afecţiunile psihice şi mulţi dintre ei nu primesc îngrijirea corespunzătoare atunci când apar crizele. Concepţia greşită că afecţiunile psihice nu sunt adevărate boli şi teama de a expune slăbiciunea emoţională fac ca mulţi oameni să fie refractari la solicitarea ajutorului în cazul unor astfel de probleme. Din păcate, în ciuda creşterii preocupării asupra bolilor psihice, există încă un stigmat asociat tulburărilor mentale.

Bolile psihice nu implică pierderea voinţei şi a propriei discipline. Ca şi în cazul cancerului şi al bolilor cardiace, aceste boli apar sub influenţa unui complex de factori – legături complexe între factorii ereditari, biologici şi de mediu.

Problemele vieţii şi bolile psihice

După ani de cercetări asupra funcţionării creierului şi a comportamentului uman, oamenii de ştiinţă au definitivat legătura între suferinţele mentale şi cele ale corpului. La ora actuală, bolile psihice sunt recunoscute ca suferinţe cu un substrat biologic care este deseori influenţat de stresul psihologic şi social. Chiar intrauterin evenimentele modelează dezvoltarea cerebrală, influenţând tipurile şi cantităţile de substanţe chimice care transmit informaţii la nivelul sistemului nervos. Modificarea acestor căi poate determina chiar şi stadiul unor afecţiuni psihice.

Cu toate că multe suferinţe psihice au un puternic substrat biologic sau genetic, aceasta nu este tot. Există mulţi factori care pot juca un rol în evoluţia bolilor psihice. O afecţiune psihică poate apărea ca o manifestare a unei boli, ca o reacţie la un medicament sau la droguri şi la abuzul de alcool, sau ca rezultat al stresului sau problemelor emoţionale ale vieţii.

O persoană poate avea o suferinţă psihică datorată naturii – un defect genetic specific care alterează circuitele cerebrale. O altă persoană poate avea suferinţă psihică datorată mediului – unul sau mai mulţi factori de mediu care alterează structura chimică normală de la nivelul creierului. Bolile psihice sunt deseori considerate o interacţiune complexă între natură şi mediu.

Factori de risc

Iată câţiva dintre factorii care contribuie la apariţia tulburărilor psihice.

Factori genetici

Caracteristicile ereditare sunt transmise prin intermediul genelor individuale care poartă instrucţiuni ce dirijează informaţiile şi coordonează funcţia fiecărei structuri a organismului uman. Unele gene sunt exprimate activ pe parcursul vieţii individului, iar altele rămân dormante dacă nu sunt stimulate.

Factorii genetici joacă un rol în multe boli ale omului. O susceptibilitate moştenită de a face o boală apare când una sau mai multe gene nu transmit corect instrucţiunile pentru formarea sau funcţionarea celulelor. Acest eşec vă poate face mai vulnerabil la boală. Genele pot, de asemenea, influenţa severitatea progresiei bolii.

Este puţin probabil ca o singură anomalie genetică să poată produce o boală psihică, dar un complex al acestora poate creşte susceptibilitatea de a face o suferinţă psihică. Factorii genetici singuri probabil că nu sunt capabili să declanşeze boala. Intervin şi alţi factori.

Hormonii sexuali şi de stres sunt printre substanţele produse în organism care pot juca un rol. Factorii externi, cum ar fi stresul sau abuzul de droguri şi de alcool, pot activa susceptibilitatea genetică pentru bolile psihice.

Dacă cineva din familia dumneavoastră are sau a avut o suferinţă psihică, nu înseamnă neapărat că veţi face boala. Însă, un istoric familial de boală psihică vă creşte riscul.

Stresul şi necazurile

Evenimentele stresante ale vieţii pot scoate la iveală vulnerabilitatea pentru bolile psihice. De exemplu, dacă aveţi un moment major de criză în viaţă, cum ar fi un divorţ sau decesul unei persoane iubite, puteţi deveni trist şi deprimat. Aceste simptome pot persista chiar după ameliorarea situaţiei. Stresul şi necazurile pot declanşa o boală care necesită un tratament profesional.

Decesul unei persoane iubite este un factor declanşator frecvent pentru bolile psihice. Supărarea este un răspuns normal şi necesar la o asemenea pierdere, dar supărarea extremă sau care durează mai mult de un an se poate complica cu o boală psihică, cum ar fi depresia.

Stresul se poate datora multor alte probleme, cum ar fi dificultăţile de la nivelul relaţiilor interpersonale sau de la serviciu, schimbările majore din viaţă şi bolile.

Evenimentele din trecut

Oamenii care au suferit evenimente tulburătoare – de exemplu un abuz în copilărie sau un război – au un risc crescut de a prezenta afecţiuni psihice, cum ar fi depresia şi sindromul de stres posttraumatic.

Orice formă de abuz în copilărie – sexual, fizic sau emoţional – poate creşte vulnerabilitatea unei persoane la tulburările psihice. Alţi factori din familie care pot contribui la apariţia suferinţelor psihice includ conflictele importante între părinţi, violenţa în familie, abuzul de anumite substanţe sau decesul unui părinte.

Legătura dintre traumele din trecut şi bolile psihice este parţial legată de modul în care organismul uman răspunde la pericole şi la stres.

Atunci când se confruntă cu un pericol real sau potenţial, organismul dumneavoastră se adaptează pentru a face faţă provocării (luptă) sau să se ferească de probleme (fugă). Acest răspuns de luptă sau fugă apare datorită eliberării hormonilor care determină organismul să se adapteze. Experienţele stresante importante sau continue declanşează răspunsul la stres în circuitele dumneavoastră cerebrale, iar sistemele hormonale pot deveni hiperactive cronic.

În plus, copiii care nu capătă metodele corespunzătoare de a face faţă la stres, atunci când cresc pot avea o capacitate mai mică de a depăşi o situaţie stresantă apărută la vârsta adultă. Drept urmare, aceştia pot fi afectaţi mai puternic de stres decât o persoană cu aptitudini mai bune de a face faţă acestor situaţii.

Abuzul de anumite substanţe



Aproximativ 30-60% dintre cei care abuzează de anumite substanţe prezintă şi o tulburare de dispoziţie sau anxietate. Probele sugerează că substanţele care produc dependenţă, cum ar fi alcoolul, anumite medicamente prescrise, nicotina şi cocaina afectează nivelul dopaminei, un agent chimic (neurotransmiţător) asociat cu senzaţiile de plăcere.

Substanţele care dau dependenţă se pare că determină creşterea secreţiei de dopamină, ceea ce influenţează emoţia şi motivaţia.

Alte probleme medicale

Alte boli fizice şi probleme medicale pot declanşa o suferinţă psihică. De exemplu, unele boli legate de modificările hormonale, cum ar fi o funcţionare scăzută a tiroidei (hipotiroidie), au o legătură directă cu dezvoltarea depresiei. Problemele medicale ca accidentul vascular cerebral, cancerul, boala Alzheimer, boala Parkinson, sindromul de apnee, epilepsia şi durerea cronică sunt de asemenea asociate cu o creştere a riscului pentru depresie.

Copiii şi bolile psihice

În ciuda impresiei de perioadă a vieţii lipsită de griji, copilăria este departe de a fi uşoară. Mulţi copiii şi adolescenţi prezintă dificultăţi emoţionale atunci când se confruntă cu o largă varietate de probleme – autocontrol, socializarea cu semenii, separarea de părinţi şi aşa mai departe. Adolescenţa este o perioadă de modificări fizice şi emoţionale tumultoase, incluzând conştientizarea din ce în ce mai intensă şi dezvoltarea sexualităţii, fiind deseori un drum traumatic şi anevoios de la stadiul de copil dependent la cel de tânăr adult.

Pentru unii copii şi adolescenţi, această luptă normală pentru dezvoltare este presărată de o suferinţă psihică. Câteva dintre bolile care pot apărea în copilărie sau în adolescenţă sunt depresia, tulburările de anxietate, tulburările de alimentaţie şi abuzul de anumite substanţe. Depresia şi tulburările anxioase în particular sunt frecvente printre copii şi adolescenţi. Mai rar, pot apărea pentru prima dată în adolescenţă sindromul bipolar şi schizofrenia. În afară de aceste probleme psihice, un număr de afecţiuni ce implică procesul de învăţare şi dezvoltare este tipic diagnosticat pentru prima dată în timpul copilăriei sau adolescenţei.

Atunci când copiii şi adolescenţii au boli psihice netratate, relaţiile lor din familie pot suferi, dezvoltarea socială poate fi afectată, pot avea rezultate proaste la şcoală, pot abuza de alcool şi de droguri şi pot avea riscul de a se sinucide. Suicidul este cea de a

Este copilul dumneavoastră în grupa de risc?

Asociaţia Americană de Psihiatrie enunţă următoarele semne de alarmă ale unei posibile afecţiuni psihice la copii.

- Plâns frecvent
- Cereri sau aluzii frecvente de ajutor
- Anxietate, îngrijorare sau preocupare constante
- Teamă sau fobii care sunt nejustificate sau care interferă cu activităţile normale
- O incapacitate de concentrare la şcoală şi în cazul unor activităţi corespunzătoare vârstei
- O scădere a performanţelor şcolare care nu se ameliorează
- O scădere a interesului pentru joacă
- Izolarea de alţi copii
- Bătaia cu alţi copii
- Scăderea respectului propriu şi a încrederii în propria persoană
- Producerea de incendii

În cazul în care copilul dumneavoastră prezintă oricare dintre aceste semne şi simptome, poate fi necesară consultarea medicului de familie sau unui specialist în afecţiuni psihice.



treia cauză ce duce la deces în cazul celor cu vârstă între 15 şi 24 de ani şi cea de a şasea cauză ce duce la deces la cei cu vârsta între 5 şi 15 ani. Aceste niveluri s-au triplat din anul 1960.

Identificarea promptă şi tratarea tulburărilor psihice ale copiilor ş adolescenţilor pot reduce severitatea şi durata bolii, ca şi riscul complicaţiilor. Pe parcursul ultimelor două decenii, personalul medical şi-a îmbunătăţit eforturile de a înţelege mai bine, de a recunoaşte şi de a trata bolile psihice la copii şi adolescenţi.

Ca răspuns la creşterea ratei depresiei la copii şi la adolescenţi, se fac mai multe eforturi pentru a recunoaşte şi pentru a trata depresia la această categorie de vârstă. Studiile arată că tratamentul precoce al depresiei uşoare – moderate poate preveni apariţia depresiei severe şi a suferinţelor asociate, ca abuzul de anumite substanţe şi tulburările de alimentaţie. În cazul copiilor şi adolescenţilor cu risc mare de boli psihice datorate istoricului familial, educaţia pe termen scurt bazată pe familie pare să reducă riscul apariţiei primului episod de boală.

Pentru mai multe informaţii despre afecţiunile specifice ale copiilor şi adolescenţilor, vezi cap. 13 „Perioada de la preşcolar la preadolescent" şi cap. 14 „Perioada adolescenţei".

Vârstnicii şi bolile psihice

Aşa cum tinerii se străduiesc să se adapteze modificărilor care apar în viaţă, aşa fac şi vârstnicii. Procesul de îmbătrânire poate aduce o serie de modificări fizice şi psihice care pot contribui la apariţia tulburărilor mentale, în special a depresiei. Creşterea problemelor de sănătate, schimbarea obiceiurilor normale, stresul financiar, pierderea independenţei sau a mobilităţii, şi moartea membrilor familiei şi a prietenilor pot creşte riscul de depresie. Peste 60 de milioane de adulţi cu vârsta de 65 de ani sau mai mult prezintă depresie, dar mulţi nu primesc tratament.

Depresia poate apărea împreună cu boli care sunt mai frecvente la vârste mai înaintate, cum ar fi boala Alzheimer, boala Parkinson, accidentul vascular cerebral, bolile cardiace şi cancerul. Datorită faptului că semnele şi simptomele acestor boli se pot suprapune peste cele ale depresiei, depresia este deseori subdiagnosticată la cei care au astfel de probleme. Anumite medicamente pot declanşa depresia şi anxietatea.

Bolile psihice ale vârstnicilor nediagnosticate şi netratate pot reduce calitatea vieţii. Pot duce la scăderea funcţionalităţii fizice şi o creştere a dependenţei de alte persoane. Depresia poate fi asociată chiar cu creşterea riscului de deces precoce printre cei cu anumite forme de boli cardiace. Din fericire, tratamentul depresiei este în general la fel de eficient la vârstnici ca şi la tineri.

Depresia

Mulţi oameni spun că sunt *deprimaţi* atunci când sunt trişti, singuri, bolnavi. Diagnosticul medical al depresiei implică însă mai mult decât o dispoziţie proastă trecătoare sau o perioadă de stres. Adevărata depresie – ceea ce specialiştii numesc sindrom depresiv, este diferită de tristeţea sau disperarea normală.

Spre deosebire de tristeţe, o perioadă de câteva zile când vă simţiţi la pământ, depresia continuă timp îndelungat. În forma sa cea mai frecventă, boala depresivă durează cel puţin 2 săptămâni şi deseori mai mult. Ea se manifestă prin simptome specifice legate de dispoziţie, comportament, gândire şi concepţii. Depresia vă alterează capacitatea normală de funcţionare şi necesită tratament medicamentos sau psihoterapie sau ambele.

De secole, oamenii au privit depresia ca un semn de slăbiciune mentală. „Totul este în capul tău" a fost o propoziţie frecvent auzită de cei care au avut depresie. După ani de cercetări, totuşi, medicii recunosc depresia ca fiind o afecţiune medicală. Oamenii cu depresie pot avea niveluri anormale ale

anumitor substanțe chimice cerebrale (neurotransmițători) și scăderea activității celulare în zonele creierului care controlează dispoziția, apetitul, somnul și alte funcții. Studiile concepute pentru creier au arătat modificări ale activității cerebrale în timpul depresiei.

Există mulți factori care joacă un rol în apariția acestor modificări chimice. Dezvoltarea depresiei poate fi legată de gene pe care le moșteniți de la părinți. Poate fi provocată de afecțiuni medicale, cum ar fi bolile tiroidiene și ale suprarenalelor sau modificările în secreția hormonilor sexuali. Stresul fizic și emoțional, mai ales dacă este sever și persistent, poate produce de asemenea modificări ale activității cerebrale care pot declanșa depresia.

Depresia este una dintre cele mai frecvente probleme medicale în SUA. Ea afectează aproximativ 18 milioane de americani adulți la un moment dat și poate apărea la oricine, indiferent de vârstă, rasă, naționalitate, ocupație, nivel de venituri sau sex. Totuși, femeile au o rată semnificativ mai mare de apariție a depresiei în comparație cu bărbații.

Primul episod de depresie apare în mod tipic între 25 și 44 de ani. Boala afectează însă și copiii, adolescenții și vârstnicii.

Depresia poate apărea singură sau poate fi o complicație a unei alte boli. Poate fi o reacție la un medicament. Poate apărea după naștere sau ca urmare a abuzului de alcool sau droguri. Poate fi un răspuns la stresul produs de o schimbare la serviciu, de pierderea unei persoane iubite sau un alt eveniment dificil. Uneori, depresia apare pur și simplu, fără nici un factor declanșator aparent, dar este probabil produsă de scăderea cantităților de neurotransmițători în creier.

Semne și simptome

Simptomul specific depresiei este o dispoziție deprimată. Puteți să vă simțiți trist, deprimat și fără speranță.

Autoapreciera și autoîncrederea pot fi la pământ și vă puteți simți vinovat sau inutil. Unele persoane, totuși, trec printr-o depresie fără să se simtă deprimați.

Depresia poate afecta mai mult decât starea dumneavoastră de dispoziție. Ea poate produce și modificări fizice, și modificări în modul de gândire și comportament. Depresia vă poate modifica somnul și alimentația și vă diminuă apetitul sexual. Vă afectează modul de a gândi despre anumite lucruri, făcându-vă să aveți idei negative și pesimiste și diminuându-vă capacitatea de concentrare sau de luare a deciziilor. Ea vă influențează modul în care acționați. Puteți deveni mai iritabil, retras sau ambivalent.

Depresia evoluează deseori nediagnosticată și netratată. Personalul medical poate greși, neasociind simptomele fizice de tipul oboselii, cefaleei, durerii și insomniei cu depresia. Cei care au depresie neagă sau minimalizează deseori simptomele sau le consideră ca reacții de stres.

Depresia este caracterizată prin câteva din următoarele semne și simptome:

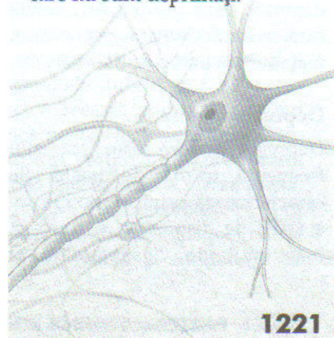
- Tristețe persistentă
- Iritabilitate
- Senzații anxioase
- Pierderea interesului sau a plăcerii de a trăi
- Neglijarea responsabilităților personale sau a propriei persoane.
- Modificări în obiceiurile alimentare, creștere sau scădere în greutate
- Modificarea somnului, incluzând trezire devreme, somnul prea lung sau probleme atunci când vreți să adormiți sau să rămâneți treaz
- Oboseală și scăderea energiei
- Scăderea concentrării, atenției și memoriei
- Modificări extreme ale stării de dispoziție
- Senzație de neajutorare, lipsă de speranță, inutilitate sau sentimente de vinovăție
- Gânduri negative sau pesimiste permanente
- Simptome fizice, ca cefaleea, probleme digestive și durere cronică care nu răspund la tratament
- Creșterea consumului de alcool sau droguri
- Gânduri de moarte sau de suicid

Transmiterea la nivel cerebral

Celulele cerebrale comunică prin trimiterea de mesaje de-a lungul unui sistem complex de fibre nervoase care leagă diferitele regiuni ale creierului. Terminațiile celulelor nervoase conțin mesageri chimici, numiți neurotransmițători, care realizează legătura între celulele nervoase (neuroni). Se crede că neurotransmițătorii joacă un rol cheie în depresie și în alte boli psihice.

Celulele nervoase eliberează neurotransmițători într-o mică fantă (sinapsă) aflată între celula nervoasă care transmite informația și cea care o primește (vezi imaginea de la pagina 414). Neurotransmițătorul se leagă de un receptor de pe celula care primește informația. Pe perioada transmiterii informației, semnalele electrice de la nivelul celulei nervoase care o transmite se modifică în semnale chimice care comunică informația celulei receptoare. Atunci când transferul este complet, celula receptoare modifică înapoi semnalele chimice în semnale electrice. Transmiterea de la o celulă la alta se face foarte rapid.

Oamenii care sunt deprimați pot avea niveluri scăzute ale anumitor neurotransmițători, cum ar fi serotonina și norepinefrina, la nivelul sinapsei dintre celulele nervoase în comparație cu cei care nu sunt deprimați. Antidepresivele cresc cantitatea și activitatea neurotransmițătorilor la nivelul sinapsei. Acest lucru permite celulelor nervoase ale celor tratați să primească informațiile într-un mod similar celor care nu sunt deprimați.





Supărarea şi depresia

Supărarea este răspunsul fizic şi emoţional la o pierdere mai importantă, cum ar fi decesul unei persoane iubite, sfârşitul unei relaţii, mutarea într-un oraş nou, o modificare a stării de sănătate sau moartea unui animal de casă. Supărarea este un proces în care vă obişnuiţi cu pierderea şi o lăsaţi să treacă. Acest lucru necesită timp îndelungat şi este greu. Supărarea este o problemă proprie, diferită pentru fiecare în parte.

Supărarea şi depresia sunt similare în multe moduri. Ele pot împărţi multe semne şi simptome, incluzând sentimentele de tristeţe, pierderea interesului pentru activităţi plăcute în mod normal, probleme cu somnul şi cu alimentaţia, iritabilitate, probleme sexuale şi dificultăţi de concentrare. Alte simptome pe care le puteţi avea dacă sunteţi necăjit sunt un grad de confuzie sau dezorientare, cefalee sau alte probleme fizice, furie, resentimente sau amărăciune şi izolarea de activităţi sociale.

Cu toate că supărarea este o reacţie normală şi sănătoasă, depresia nu este. Diferenţele dintre supărare şi depresie sunt durata acestor sentimente şi gradul de influenţare a activităţilor zilnice. Depresia poate complica o supărare în două moduri: poate produce simptome de scurtă durată care sunt mai grave decât cele asociate tipic cu supărarea, şi poate agrava şi prelungi simptomele supărării.

Nu există un tratament specific pentru supărare, altul decât timpul. Supărarea poate dura un an sau mai mult. Pe parcursul acestei perioade este important să vă înconjuraţi de persoane care să vă susţină. Dacă supărarea dumneavoastră este importantă sau durează mult, se poate complica cu o depresie. Studiile sugerează că o altă diferenţă între supărare şi depresie este auto-denigrarea. Oamenii care sunt deprimaţi au deseori sentimente de inutilitate, dar cei care sunt supăraţi nu au de obicei aceste sentimente.

Semnele şi simptomele pot apărea brusc sau se pot dezvolta lent, în luni sau ani. Aceasta depinde de tipul de depresie şi de fiecare persoană în parte.

Tipuri

Depresia poate îmbrăca mai multe forme, diferenţiate de simptome şi situaţii asociate fiecărui tip, şi de durata şi severitatea simptomelor. Deseori, totuşi, nu există diferenţe clare între tipurile de depresie, care pot împărţi multe caracteristici. Oamenii pot avea şi mai mult de un tip de depresie.

Depresia majoră

Depresia majoră este cea mai frecventă formă de boală. Se caracterizează printr-o modificare a stării de dispoziţie ce durează mai mult de 2 săptămâni şi prezintă unul sau ambele semne principale ale depresiei – sentimente copleşitoare de tristeţe sau supărare şi pierderea interesului pentru activităţi plăcute în mod normal. Oamenii cu o depresie majoră au şi cel puţin 4 dintre următoarele semne şi simptome în mod regulat, dacă nu zilnic:

- Tulburări de somn
- Mişcare încetinită sau fără odihnă
- Oboseală sau pierderea energiei
- Scăderea autoaprecierii sau sentiment nefondat de vinovăţie
- Sentimente de inutilitate, neajutorare sau de deznădejde
- Alterarea gândirii sau concentrării
- Pierderea dorinţei sexuale
- Scădere sau creştere importantă în greutate
- Gânduri recurente de moarte sau suicid

Puteţi avea depresie majoră doar o dată sau aceasta poate reveni. După primul atac de depresie majoră, aveţi peste 50% şanse de recurenţă, iar acestea cresc cu fiecare episod.

Dacă nu sunt tratate, episoadele de depresie majoră durează în mod tipic de la 6 la 18 luni. Tratamentul precoce poate împiedica agravarea depresiei şi continuarea tratamentului poate preveni recurenţele

Distimia

Distimia este o formă de depresie uşoară cu durată lungă, caracterizată printr-un aspect trist. Termenul provine de la greci care credeau că timusul era la baza tuturor emoţiilor. „Dis" înseamnă „rău" iar „timia „ înseamnă „o problemă a minţii".

Distimia durează în general cel puţin 2 ani şi uneori mai mult de

5 ani. Perioadele de distimie pot alterna cu perioade scurte de normalitate. Afecţiunea poate interfera cu munca şi cu viaţa socială. Mulţi oameni cu distimie devin retraşi şi mai puţin productivi. Oamenii care au distimie au un risc mai mare de a dezvolta depresie majoră.

Semnele şi simptomele distimiei sunt ca cele ale depresiei majore, dar nu la fel de intense şi puteţi să nu aveţi la fel de multe. Acestea pot include:

- Dificultăţi de concentrare sau de luare a deciziilor
- Retragere din societate
- Iritabilitate
- Lipsa de odihnă sau lene
- Probleme de somn
- Scădere sau creştere în greutate

Unele persoane cu distimie au primele sentimente de depresie în copilărie sau în adolescenţă. Alţii dezvoltă distimie mai târziu, deseori după o problemă medicală.

Tulburarea de adaptare

O tulburare de adaptare apare atunci când răspunsul dumneavoastră la o situaţie stresantă produce semne şi simptome de depresie care nu sunt suficient de puternice pentru a îmbrăca criteriile de depresie majoră.

De exemplu, în cazul în care căsnicia dumneavoastră eşuează, aveţi probleme în afaceri sau sunteţi diagnosticaţi cu cancer, este normal să vă simţiţi tensionat, trist, copleşit sau furios. Mulţi oameni se pot însă împăca cu consecinţele unui astfel de stres. Cei care au însă o tulburare de adaptare nu reuşesc acest lucru. Deseori, o tulburare de adaptare precede o depresie majoră.

Tulburările de adaptare pot afecta pe oricine. Acestea apar deseori într-un moment al vieţii dumneavoastră când sunteţi mai vulnerabil – de exemplu, când vă mutaţi de la părinţi sau la sfârşitul unei cariere pline. Unii oameni au o tulburare de adaptare ca răspuns la un singur eveniment. În alte cazuri, afecţiunea este urmarea unei combinaţii de evenimente stresante.

Depresia postpartum

Multe femei au sentimente temporare de tristeţe după naştere. Această problemă, numită şi tristeţea copilului, are tendinţa să scadă progresiv şi nu necesită de obicei tratament. Însă, unele femei prezintă o formă majoră de depresie după naştere numită depresie postpartum. În comparaţie cu „tristeţea copilului", semnele şi simptomele acestui tip de depresie sunt mai severe şi persistente. Un episod de depresie postpartum creşte probabilitatea să aveţi episoade recurente de depresie atât după naşteri ulterioare cât şi în alte situaţii.



Tulburarea bipolară

Unii oameni au tulburare bipolară, prezentând perioade ciclice de depresie şi euforie (manie). Această afecţiune, cu sentimente în ambele extreme (poli) este cunoscută şi ca depresie maniacală sau sindromul maniaco-depresiv.

Tulburarea bipolară nu este la fel de frecventă ca depresia majoră sau ca distimia. Boala îşi are tipic originea în adolescenţă sau în tinereţe şi continuă intermitent pe parcursul vieţii. Apare deseori în familie. Atât bărbaţii cât şi femeile au risc egal.

În timpul fazei de manie vă simţiţi de neoprit. Puteţi cheltui bani nechibzuit sau puteţi lua decizii lipsite de înţelepciune. Ideile dumneavoastră grandioase apar din orice, de la o decizie proastă în afaceri până la un comportament imoral. Unii oameni au izbucniri de creştere a creativităţii şi productivităţii în timpul fazei de manie.

Semnele şi simptomele maniei includ:

- Pălăvrăgeală
- Energie crescută
- Scăderea nevoii de somn
- Iritabilitate neobişnuită
- Încredere nerealistă în propriile capacităţi şi puteri
- Ideeea de a alerga
- Judecată săracă
- Creşterea dorinţei sexuale
- Comportament social provocativ, deranjant sau agresiv
- Abuz de alcool sau de alte substanţe

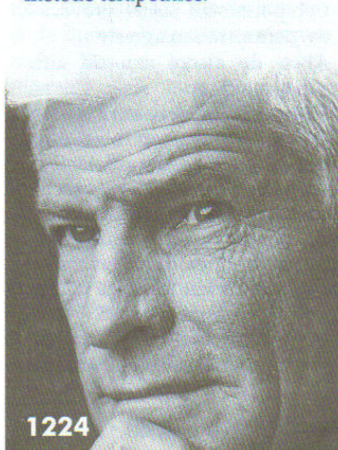
Euforia dumneavoastră poate să nu fie evidentă pentru cei care nu vă cunosc bine, dar prietenii şi persoanele iubite pot să recunoască această perioadă ca fiind tipică pentru faza de manie. Gândurile şi vorbirea dumneavoastră par să funcţioneze la viteză înaltă. Vorbele dumneavoastră pot deveni încărcate cu jocuri de cuvinte, glume şi combinaţii de

Depresia şi alte boli psihice

Depresia însoţeşte deseori alte tulburări psihice, cel mai frecvent tulburările anxioase, tulburările de alimentaţie şi abuzul de anumite substanţe. De exemplu, până la 50% dintre cei deprimaţi au şi anxietate, iar 50-70 % dintre cei cu tulburări de alimentaţie au un istoric de depresie.

Aproximativ 30% dintre cei care fac abuz de alcool întrunesc criteriile depresiei. Experţii speculează că unii oameni care fac abuz de alcool sau de droguri pot încerca să se trateze singuri sau „să-şi normalizeze" neurotransmţătorii pentru a se simţi mai bine. Însă chiar şi cantităţile moderate de alcool sau de alte substanţe pot produce sau agrava severitatea depresiei.

Amestecul şi intensitatea simptomelor în cazul bolilor psihice combinate pot reprezenta provocări şi obstacole pentru diagnostic şi tratament. Singurul mod de a descurca interdependenţa afecţiunilor combinate este recunoaşterea şi tratarea ambelor probleme. Modul prin care vă puteţi ajuta singur este să fiţi cinstit şi prietenos atunci când discutaţi simptomele cu medicul dumneavoastră sau cu un specialist în boli psihice. Acest lucru poate fi de mare ajutor în recunoaşterea afecţiunilor asociate şi în determinarea celei mai bune metode terapeutice.



cuvinte care după un timp nu mai au sens.

Semnele şi simptomele tulburării bipolare au tendinţa să se agraveze în timp. Puteţi începe cu episoade de depresie, manie sau cu un amestec ale celor două stări de dispoziţie, separate de perioade lipsite de simptome. În timp, episoadele de manie şi de depresie devin mai frecvente, cu perioade de mai scurte de normalitate. Depresia severă sau entuziasmul pot fi însoţite de psihoză, cuprinzând halucinaţii şi iluzii.

Diferitele forme de tulburări bipolare sunt clasificate în funcţie de severitatea lor şi de caracteristicile simptomelor. Ca şi în alte cazuri de depresie, este imperios necesar să primiţi tratament precoce pentru a preveni progresia bolii şi pentru a reduce riscul de suicid.

Tulburarea afectivă sezonieră

Tulburarea afectivă sezonieră este termenul pentru perioadele de depresie legate de schimbarea anotimpului. Această afecţiune este mai mult decât claustrofobia – mulţi oameni cu claustrofobie nu au tulburare afectivă sezonieră.

Nimeni nu ştie exact ce produce această afecţiune. Unii cercetători cred că lipsa luminii zilei vă tulbură ritmul circadian, care vă reglează ceasul intern al organismului. Tulburarea afectivă sezonieră este mai frecventă în locurile în care orele din zi cu lumină sunt limitate de anotimp. Oamenii cu această afecţiune observă, de regulă, modificări ale stării de dispoziţie care încep târziu, în toamnă, şi se ameliorează primăvara. Unii oameni, însă, au depresie de vară.

De obicei, tulburarea afectivă sezonieră începe în adolescenţă sau în tinereţe şi este mai frecventă la femei decât la bărbaţi. Puteţi avea afecţiunea dacă aţi prezentat depresie şi simptomele acesteia pe parcursul a cel puţin două ierni consecutive, urmate de perioade fără depresie primăvara şi vara. De regulă, cei care au tulburarea afectivă sezonieră dorm mai mult iarna, poftesc la produse bogate în carbohidraţi şi câştigă în greutate, devin iritabili, cu energie scăzută, cu cefalee, sunt stresaţi şi sunt plângăcioşi.

Tratament

O dată ce suspectaţi sau recunoaşteţi o depresie, este crucial să vă trataţi. Depresia netratată vă poate creşte riscul pentru un număr de alte probleme medicale. Studiile arată că şi depresia uşoară poate fi asociată cu scăderea funcţionalităţii fizice şi sociale, creşte riscul depresiei viitoare şi tentativele de suicid.

Cu ajutorul tratamentului corect, aproximativ 8 din 10 oameni cu depresie se ameliorează şi revin la o viaţă normală, productivă. Sunt disponibile multe opţiuni pentru tratarea depresiei, fiecare jucând un rol important. Aşa cum şi cauza depresiei poate fi o legătură complexă de factori, şi cel mai bun tratament al bolii poate fi un proces complex care necesită timp şi urmărire profesională.

Tratamentul medicamentos

Medicaţia antidepresivă este deseori prima linie de tratament pentru depresie (vezi pag. 1241). Antidepresivele pot îndepărta simptomele, în general cu puţine efecte adverse. Sunt disponibile multe tipuri de medicamente. Dacă unul din ele nu merge pentru dumneavoastră, altul poate că va da rezultate.

Scopul iniţial al tratamentului este de combatere a semnelor şi simptomelor. După ce începeţi să luaţi un antidepresiv, puteţi să nu observaţi nici o schimbare pe parcursul a 2 săptămâni sau mai mult. Este important să nu descurajaţi şi să luaţi în continuare medicaţia, chiar dacă la început pare să nu aibă efect. O dată ce semnele şi simptomele dumneavoastră s-au ameliorat, administrarea medicaţiei (tratament de menţinere) continuă tipic pentru 4 până la 12 luni pentru prevenirea recăderii. Chiar dacă vi se pare că vă simţiţi bine, este important să continuaţi să luaţi medicamentele aşa cum sunt prescrise. Dacă aveţi episoade recurente de depresie, medicul dumneavoastră vă poate recomanda să continuaţi administrarea medicamentelor timp îndelungat – poate ani de zile. Episoadele de depresie reapar la

Terapia cu lumină pentru tulburarea afectivă sezonieră

Terapia cu lumină sau fototerapia este un tratament frecvent pentru tulburarea afectivă sezonieră (SAD). Terapia constă în expunerea la lumină intensă în anumite condiţii. Sistemul care produce lumină este de regulă o cutie pe care o puneţi pe o masă sau pe un birou. Cutia conţine un set de becuri speciale fluorescente în spatele unui ecran care ajută la blocarea razelor ultraviolete, care ar putea produce cataracte şi probleme cutanate.

Tratamentul implică să vă aşezaţi lângă cutia luminoasă, cu lumina aprinsă şi ţinând ochii deschişi. Nu trebuie să vă uitaţi direct la lumină, dar trebuie să aveţi capul şi corpul astfel orientate încât lumina să poată să vă pătrundă în ochi. Cercetătorii cred că atunci când lumina strălucitoare vă intră în ochi, are efecte similare antidepresivelor, producând modificări în activitatea chimică cerebrală în anumite zone ale creierului.

Terapia cu lumină ameliorează simptomele în aproximativ 3 din 4 cazuri de SAD. Mulţi oameni încep să se simtă mai bine în câteva zile, dar simptomele reapar de regulă dacă terapia este întreruptă. Este important ca terapia cu lumină să fie monitorizată de un specialist în boli psihice.



Fototerapia pentru SAD implică aşezarea pentru un anumit timp în fiecare zi lângă un sistem care produce lumină. Nu trebuie să vă uitaţi direct la lumină, dar trebuie ca lumina să poată să vă pătrundă în ochi.

80-90% dintre cei care au avut un episod. Cu cât luaţi mai mult timp medicamente, cu atât riscul de recurenţă al depresiei este mai mic.

În funcţie de tipul de depresie pe care îl aveţi, medicul dumneavoastră vă poate recomanda un al doilea medicament în plus faţă de un antidepresiv. Medicamentele care stabilizează starea de dispoziţie sunt folosite pentru a trata sindromul bipolar. Dacă depresia dumneavoastră este însoţită de o suferinţă ca anxietatea, medicul dumneavoastră vă poate recomanda un medicament antianxios. Deseori, cel mai eficient tratament este o asociere a medicaţiei şi psihoterapiei.

Psihoterapia

Psihoterapia, cunoscută şi ca terapia prin vorbire, se poate combina cu medicaţia. Psihoterapia implică ajutorul unui specialist în bolile psihice prin combinarea între discuţii şi ascultare. Psihoterapia vă poate ajuta să înţelegeţi sursa sentimentelor dumneavoastră şi să găsiţi cele mai bune căi să vă confruntaţi cu problemele şi conflictele.

Atunci când depresia este acută, psihoterapia poate asigura suportul necesar în perioada de timp utilă medicamentelor să intre în acţiune. Pe măsura ameliorării simptomelor, psihoterapia vă poate ajuta să înţelegeţi de ce a apărut depresia şi ce puteţi face pentru a preveni recurenţele.

Pentru tratarea depresiei se utilizează câteva tipuri diferite de psihoterapie. Terapia cognitiv- comportamentală (CBT), de exemplu, s-a dovedit foarte eficientă în tratarea depresiei. Pentru mai multe informaţii legate de CBT şi de alte metode terapeutice, incluzând terapia interpersonală, terapia de grup şi terapia familială, vezi pag 1243.

Terapia electroconvulsivantă

Terapia electroconvulsivantă (ECT) este una din cele mai mai dramatice forme de tratament eficiente pentru depresia severă. Spre deosebire de antidepresive, ECT acţionează rapid, deseori în câteva zile.

Nimeni nu ştie exact cum ajută ECT la tratarea depresiei. Cercetătorii cred că atunci când se administrează repetat, pentru o scurtă perioadă, ECT produce modificări chimice la nivelul creierului, care se acumulează şi ameliorează cumva depresia. Procedeul este eficient la aproximativ 80% dintre cei care fac tot tratamentul. Pentru mai multe informaţii despre ECT, vezi pag. 1246.

Depresia şi suicidul

Peste 30 000 de americani se sinucid în fiecare an şi un număr estimat de 10-20 de ori mai mare au tentative de suicid. Aproximativ 90% dintre cei care se sinucid au una sau mai multe boli psihice, cel mai frecvent depresie. Cu cât depresia este mai severă – mai ales dacă este netratată sau tratată necorespunzător – cu atât riscul de sinucidere este mai mare.

Există câteva semne de alarmă care pot indica dacă cineva are risc de sinucidere. Multe dintre semnele de alarmă sunt şi trăsături ale depresiei, şi pot fi dificil de determinat dacă reprezintă intenţii de sinucidere sau sunt simptomele depresiei.

Dacă dumneavoastră sau o cunoştinţă prezintă oricare dintre următoarele semne de alarmă pentru o potenţială sinucidere, apelaţi la ajutor de specialitate cât mai curând posibil:

- *Ameninţări de sinucidere.* Uneori, un individ va spune direct altora că se gândeşte să se sinucidă. Persoana poate spune lucruri ca „Îmi doresc să nu mă fi născut", „Mai bine aş fi mort" sau „Îţi va fi mai bine când voi muri". Presupunerea că cei care ameninţă cu sinuciderea nu o fac este falsă.

- *Izolarea de ceilalţi.* Oamenii ce au un risc de sinucidere sunt mai puţin dornici să comunice cu alţii sau pot dori să fie lăsaţi în pace. Problemele de la serviciu sau calificarea proastă pot fi de asemenea semne de izolare.
- *Dispoziţie schimbătoare.* Avem cu toţii momente de vârf şi căderi. Schimbările drastice de dispoziţie însă – o zi cu dispoziţie bună şi descurajare profundă în ziua următoare – nu sunt normale.
- *Dificultatea de a depăşi o criză personală.* O criză majoră în viaţă, cum ar fi un divorţ, pierderea slujbei sau decesul unei persoane iubite, poate fi dificil de controlat pentru oricine. În cazul celor deprimaţi, o asemenea criză îi poate depăşi, declanşând o tentativă de suicid.
- *Modificări ale personalităţii.* Înainte ca cineva să se sinucidă, poate prezenta schimbări semnificative ale personalităţii şi obiceiurilor, cum ar fi cele alimentare şi somnul. De exemplu, un individ care este timid poate deveni animatorul unei petreceri sau o persoană deschisă poate deveni retrasă. Puteţi observa o schimbare a nivelului lui de energie sau aparenţa unei persoane docile.
- *Manifestări ale unui comportament la risc.* Activităţi periculoase, necaracteristice, cum ar fi condusul cu viteză, sexul neprotejat sau abuzul de droguri pot fi semne ale dorinţei de a muri.
- *Dăruirea bunurilor personale.* Uneori, o persoană care vrea să se sinucidă poate începe să înstrăineze bunurile la care ţine, gândindu-se că nu îi vor mai fi necesare.

Din nefericire, unii oameni trataţi pentru depresie se sinucid după 2-3 luni din perioada de recuperare.

Dacă cineva s-a luptat cu depresia luni şi ani de zile, acesta poate fi pentru prima dată când vede problemele produse de depresie sau are puterea să acţioneze ghidat de dorinţa de suicid. Persoana poate să nu depăşească lipsa de speranţă şi gândurile negative care în mod normal însoţesc depresia.

Tulburările de anxietate

Fiecare are motive de anxietate, îngrijorare şi teamă. Este normal să aveţi probleme cu stomacul atunci când aveţi divergenţe cu şeful dumneavoastră. Este normal să fiţi îngrijorat dacă partenerul sau copilul dumneavoastră vine târziu acasă. Sentimentul de anxietate asupra viitorului după un atac terorist sau în timpul unui război este o reacţie normală.

O doză moderată de anxietate este esenţială pentru viaţa umană. Vă ajută să răspundeţi corespunzător la pericolul real şi vă poate motiva să excelaţi la serviciu şi acasă. Însă, atunci când grijile sau temerile se concentrează asupra unor evenimente care sunt puţin probabil să se producă şi atunci când vă consumă viaţa şi vă dictează acţiunile, deja vă aflaţi deasupra nivelelor acceptabile de anxietate. Puteţi chiar să nu ştiţi ce vă produce necazul sau sursa anxietăţii dumneavoastră pare a fi minoră în comparaţie cu reacţia pe care o aveţi. Acest tip de anxietate poate fi un simptom sau o formă de boală psihică. Anxietatea persistentă care vă afectează viaţa de zi cu zi se numeşte boală anxioasă.

Tulburările de anxietate sunt unele dintre cele mai frecvente boli mentale, ce afectează aproximativ 12 milioane de americani în fiecare an. Femeile sunt afectate cam de două ori mai frecvent decât bărbaţii. Unele tipuri de personalitate sunt mai expuse bolilor anxioase şi au tendinţa să apară în familie.

Anxietatea poate fi asociată cu o altă suferinţă medicală, cum ar fi o boală de tiroidă sau o boală cardiovasculară. Tulburările de anxietate apar frecvent în asociere cu depresia. Aproximativ jumătate dintre cei care au depresie au şi anxietate. Atunci când depresia lor este tratată, se ameliorează şi anxietatea.

Răspunsul la stres

Oamenii de ştiinţă au început să traseze circuitele şi structurile sistemului nervos care joacă un rol important în tulburările psihice cum ar fi depresia. Ei cred că amigdala, o structură în formă de migdală din lobul temporal cerebral, poate transmite emoţii şi senzaţii care caracterizează anxietatea. Amigdala culege şi procesează semnale provenite din zone ale creierului care simt pericolul.

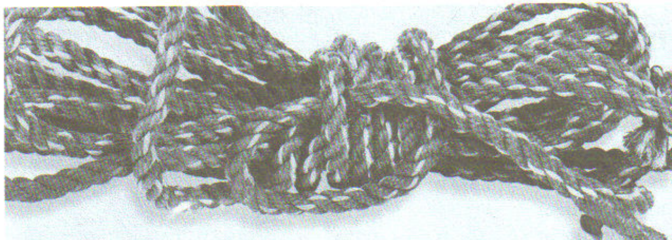
Probele sugerează că, asemenea unui dispecer dintr-o companie de taxi, amigdala trimite semnale către zone ale sistemului nervos care percep teama şi sugerează răspunsul la stres (luptă sau fugă). Celulele nervoase (neuronii) din amigdală şi din alte regiuni ale creierului secretă un hormon cunoscut ca factor de eliberare al corticotropinei (CRF). CRF declanşează o cascadă de alţi hormoni care vă fac inima să bată mai repede, accelerează respiraţia, cresc transpiraţia, usucă gura, cresc tensiunea şi vă încordează musculatura. Puteţi avea, de asemenea, greaţă şi vărsături.

Atunci când anxietatea scapă de sub control, acest răspuns poate apărea continuu. Poate apărea, de asemenea, pe parcursul perioadelor de acalmie. De ce se întâmplă acest lucru, nu este pe deplin înţeles. O teorie este că boala anxioasă poate apărea după ce treceţi printr-una sau mai multe situaţii înspăimântătoare care declanşează răspunsul de luptă sau fugă. Întipărirea puternică a evenimentului în memorie vă poate determina să deveniţi hipervigilent şi să reacţionaţi exagerat la situaţiile de zi cu zi.

Semne şi simptome

Semnele şi simptomele variază în funcţie de tipul de tulburare anxioasă pe care o aveţi. Semnele şi simptomele fizice declanşate de răspunsul la stres sunt frecvente în multe boli anxioase. Acestea includ:

- Încordarea musculară
- Accelerarea ritmului cardiac
- Respiraţie frecventă sau sentimentul că nu aveţi suficient aer
- Tremor
- Probleme gastrointestinale, cum ar fi diareea
- Transpiraţii
- Gură uscată
- Ameţeală



Ce este acest nod în stomacul meu?

Stresul sau anxietatea pot provoca nu numai o durere tensionată de cap, dar şi tensiune la nivelul intestinelor. Musculatura din peretele stomacului şi intestinelor dumneavoastră se poate contracta brusc, dându-vă senzaţia de nod, ca o crampă musculară pe care o aveţi în picior.

Acest lucru poate produce disconfort sau durere, dar nu este serioasă. Pe măsura ameliorării anxietăţii, această senzaţie dispare de obicei. Dacă nodul este persistent şi intens sau dacă aveţi greaţă, vărsături, diaree sau dificultăţi la înghiţire, adresaţi-vă medicului dumneavoastră. Aceste simptome pot indica o altă problemă.

- Agitaţie sau incapacitate de relaxare
- Iritabilitate sau nerăbdare
- Probleme de somn
- Dificultăţi de concentrare

Semnele şi simptomele dumneavoastră pot deveni de lungă durată (cronice) şi se agravează progresiv dacă nu primiţi ajutorul corespunzător. Tratamentul unei tulburări anxioase poate fi foarte eficient pentru calmarea dumneavoastră sau pentru eliminarea multora din semnele şi simptomele pe care le aveţi.

Tipuri

Anxietatea poate însoţi depresia sau se poate dezvolta ca o boală separată:

Tulburări de anxietate generalizate

Una dintre cele mai frecvente forme de boală anxioasă este tulburarea anxioasă generalizată. Sunteţi anxios în majoritatea timpului, de regulă fără o cauză uşor identificabilă. Puteţi fi chinuit de sentimente de nesiguranţă şi indecizie, şi să aveţi senzaţia chinuitoare că ceva rău este pe cale să se producă. Sunteţi îngrijorat asupra copiilor dumneavoastră, asupra serviciului, sănătăţii dumneavoastră fără nici un motiv aparent. Puteţi să vă simţiţi tensionat tot timpul, ceea ce vă produce dificultăţi în activităţile de acasă sau de la serviciu.

Dacă aveţi această suferinţă, puteţi avea probleme să adormiţi şi să vă treziţi simţindu-vă ca teleghidat. Puteţi simţi oboseală, istovire, încordare musculară, iritabilitate, durere în piept, un nod în gât, accelerarea respiraţiei, durere de stomac, diaree, cefalee, uscăciunea gurii sau transpiraţia palmelor.

Boala anxioasă generalizată poate începe la orice vârstă şi continuă pe parcursul vieţii. În cazul copiilor şi adolescenţilor care au boala, grijile lor sunt centrate deseori pe performanţele de la şcoală sau din sport. La vârstnici, anxietatea generalizată coincide deseori cu depresia.

Tulburarea de adaptare cu anxietate

O tulburare de adaptare cu anxietate apare când răspunsul dumneavoastră la o situaţie de stres produce semne şi simptome de anxietate, cum ar fi nervozitatea, îngrijorare sau tremor. Factorul de stres poate fi un singur eveniment, cum ar fi sfârşitul unei relaţii romantice, sau mai multe evenimente. Majoritatea oamenilor se împacă cu consecinţele unui asemenea stres, dar cei cu o tulburare de adaptare nu.

Tulburările de adaptare pot afecta pe oricine. Acestea apar deseori într-un moment al vieţii când sunteţi mai vulnerabil – atunci când vă mutaţi de la părinţi sau la sfârşitul unei cariere, de exemplu.

Tulburarea de panică

Tulburarea de panică cuprinde în mod tipic sentimente de teroare care apar brusc şi în mod repetat fără nici un semnal de alarmă şi, deseori, fără nici un motiv. În timpul unui atac de panică, bătăile cordului se pot accelera, puteţi transpira sau hiperventila, şi vă puteţi simţi istovit sau ameţit. Simptomele fizice sunt atât de puternice încât vă puteţi gândi că muriţi sau că vă pierdeţi minţile. Siptomele pot mima un infarct miocardic. Puteţi avea durere în piept, respiraţii superficiale sau sentimentul sau senzaţia că vă sufocaţi. Puteţi prezenta o senzaţie de irealitate sau de pierdere a controlului.

Atacurile pot apărea acasă sau în public şi chiar vă pot trezi dintr-un somn profund. Un atac durează tipic doar câteva minute, dar poate ajunge până la 10 minute sau mai mult. Puteţi să vă simţiţi obosit şi îngrijorat după ce acesta cedează.

Datorită faptului că atacurile nu pot fi prevăzute, cei care au tulburare de panică dezvoltă deseori anxietate intensă sau o grijă persistentă asupra posibilităţii apariţiei unui alt atac în orice moment.

Aproximativ jumătate dintre cei cu tulburare de panică prezintă agorafobie, o situaţie în care vă este frică să vă părăsiţi casa. În plus, aproximativ jumătate dintre cei care prezintă atacuri de panică au cel puţin un episod de depresie.

Între 10 şi 20% dintre americani prezintă un atac de panică la un moment dat în viaţă, dar un număr mult mai mic au adevărata tulburare de panică. Cei care au această boală prezintă 4 sau mai multe atacuri de panică pe lună, sau teama de a face un atac le limitează activităţile zilnice. Tulburarea de panică are tendinţa de a apărea în familii.

Fără tratament, tulburarea de panică devine invalidantă şi distructivă. Teama de recurenţă a atacurilor vă poate determina să adoptaţi un comportament de

Un perfecţionist sau un obsesiv- compulsiv?

Există o diferenţă între a fi un perfecţionist şi a avea o tulburare obsesiv- compulsivă. Probabil că veţi termina treaba cu o săptămână înainte de termen, că părul dumneavoastră nu este niciodată deranjat şi că podelele din casă sunt atât de curate încât puteţi mânca pe ele. Acest lucru nu înseamnă că aveţi o tulburare obsesiv- compulsivă. În schimb, puteţi face parte din grupul mare de oameni care se menţin la un standard crescut în tot ceea ce fac. Acest comportament poate genera auto-apreciere şi succes. În contrast, comportamentele asociate cu tulburarea obsesiv – compulsivă interferă cu funcţiile normale.

Totuşi, uneori, delimitarea nu este atât de clară. Puteţi simţi că perfecţionismul dumneavoastră nu este exagerat, dar membrii familiei îl dezaprobă. Ei pot pretinde că aveţi un comportament extrem. În unele cazuri, poate fi utilă evaluarea de către un specialist în boli psihice.



evitare, cum ar fi să refuzaţi să mergeţi la cumpărături sau să vă părăsiţi singur casa.

La copii, atacurile de panică pot interfera cu dezvoltarea normală, perturbându-le viaţa socială şi activitatea şcolară. Copiii şi adolescenţii pot refuza să meargă la şcoală sau să-şi părăsească casa.

Fobiile

O fobie este o teamă persistentă, iraţională de un obiect sau de o situaţie. Puteţi fi speriat de spaţiile închise, poduri, înălţime, zbor sau creaturi ca şerpii sau păianjenii. Cu toate că înţelegeţi că teama dumneavoastră este excesivă şi nejustificată, încercaţi să evitaţi obiectul fobiei dumneavoastră cu orice preţ.

Este normal să simţiţi un grad de disconfort în cazul unor obiecte sau situaţii. În cazul în care însă teama dumneavoastră devine iraţională şi incontrolabilă, iar evitarea obiectului implicat vă afectează legăturile sociale şi activităţile de zi cu zi, puteţi avea o fobie.

Teama de animale şi de alte obiecte este frecventă în copilărie, dar trece de obicei. Aceste temeri nu sunt catalogate drept fobii, exceptând cazul în care afectează activitatea copilului – de exemplu, dacă un copil refuză să meargă la şcoală de frică să nu întâlnească un câine pe stradă.

Atunci când este expusă obiectului sau situaţiei care produce teamă, o persoană care are fobie intră în panică şi are semnele şi simptomele celor din cazul atacurilor de panică. Doar anticiparea unei întâlniri cu obiectul ce produce teamă poate declanşa sentimente de anxietate intensă, astfel încât vă veţi abate din drum pentru a evita ceea ce vă provocă frica.

Copiii îşi pot exprima anxietatea prin plâns, manifestări isterice, lipsă de reacţie sau agăţarea de cineva. Fobiile apar de obicei pentru prima dată în copilărie sau la începutul adolescenţei. Probele sugerează că anumite tipuri de fobii pot evolua în familii.

Tulburarea anxioasă socială

Oricine este nervos din când în când. Prima întâlnire sau susţinerea unui discurs vă poate produce probleme cu stomacul. În unele cazuri, însă, nervozitatea normală se transformă într-o frică extremă. Activităţile de zi cu zi, cum ar fi începerea unei conversaţii, mâncatul împreună cu alţii sau participarea la o petrecere devin imposibile. Această problemă se numeşte tulburare anxioasă socială sau fobie socială.

Puteţi fi diagnosticat cu tulburarea anxioasă socială dacă frica dumneavoastră interferă semnificativ cu viaţa de zi cu zi sau produce necazuri importante. Puteţi deveni anxios atunci când oamenii din jur nu ştiu, sau puteţi să vă temeţi de o situaţie particulară, cum ar fi să vorbiţi în faţa altora.

Experienţele frecvente, de fiecare zi, cum ar fi folosirea unei săli publice de odihnă sau a unui telefon, returnarea unor articole la un magazin, scrierea în faţa altora, stabilirea contactului vizual sau comandarea mesei într-un restaurant pot produce anxietate severă.

Oamenii cu tulburare anxioasă socială prezintă semne şi simptome de anxietate – transpiraţii, înroşire, tremurături, disconfort gastrointestinal, încordare musculară, accelerarea ritmului cardiac, confuzie - în cazul situaţiilor sociale ce produc teamă.

Suferinţa începe tipic în anii adolescenţei sau după o experienţă stresantă sau umilitoare. Poate varia în intensitate de-a lungul vieţii unei persoane, dar este în general de lungă durată. Ca şi în cazul altor tulburări anxioase, pare să aibă o componentă ereditară.

Dacă frica interferă cu viaţa dumneavoastră şi produce probleme

emoţionale, puteţi dori să consultaţi un medic sau un profesionist în bolile psihice specializat în tulburările anxioase.

Tulburarea obsesiv- compulsivă

O persoană cu tulburare obsesiv-compulsivă poate executa aceleaşi ritualuri în mod repetat, până când comportamentul îi domină viaţa. Dacă aveţi această suferinţă, puteţi simţi nevoia să mâncaţi acelaşi dejun în fiecare zi şi să mâncaţi alimentele în aceeaşi ordine. Se poate să ştergeţi fiecare clanţă din casă de fiecare dată când cineva o atinge. Puteţi pleca de acasă doar dacă v-aţi întors de câteva ori pentru a fi sigur că aţi închis filtrul de cafea sau că aţi încuiat uşa.

Cei care au această afecţiune sunt obsesivi sau compulsivi sau ambele. Obsesiile sunt idei recurente, persistente, nedorite, gânduri sau impulsuri pe care le aveţi involuntar şi care par să nu aibă sens. Vă deranjează de regulă atunci când încercaţi să vă gândiţi sau să faceţi alte lucruri. Obsesiile frecvente includ:

- Teama de murdărie sau de contaminare
- Preocupări asupra ordinii, simetriei şi exactităţii
- Gânduri constante despre anumite sunete, imagini, cuvinte sau numere
- Frica de a răni un membru al familiei sau un prieten
- Teama de a vă gândi la idei pe care le consideraţi rele sau păcătoase
- Îngrijorarea de a nu face o greşeală

A fi compulsiv înseamnă a avea comportamente repetate pe care sunteţi condus să le faceţi în mod normal pentru a vă combate obsesiile. Comportamentele compulsive tipice includ:

- Spălarea excesivă pe mâini
- Verificarea în mod repetat că uşile sunt încuiate şi dispozitivele din casă sunt închise
- Aranjarea articolelor într-o ordine exactă
- Numărarea repetată până la un anumit număr
- Atingerea anumitor obiecte de câteva ori

Dacă aveţi tulburarea obsesiv - compulsivă, puteţi face totul de o manieră meticuloasă, precisă, disciplinată. Dacă nevoia compulsivă nu este complet satisfăcută, puteţi avea o anxietate copleşitoare. Atunci când faceţi aceste ritualuri, puteţi să simţiţi o scădere a anxietăţii, dar nu pentru mult timp. Starea dumneavoastră de disconfort revine curând şi simţiţi nevoia să repetaţi comportamentele.

Dumneavoastră realizaţi că ideile şi comportamentele repetitive pe care le aveţi sunt iraţionale şi fără sens, dar nu puteţi să vă eliberaţi singur de ele. Puteţi fi capabil să vă controlaţi comportamentele nedorite pentru o perioadă, dar rezistenţa dumneavoastră poate slăbi după luni sau ani de zile de luptă. Ritualurile pot, eventual, să vă ocupe o mare parte din timpul dumneavoastră, făcând dificilă desfăşurarea unei vieţi normale.

Tulburarea obsesiv-compulsivă începe în general în ultima parte a adolescenţei sau în tinereţe şi poate fi însoţită de depresie. Ruşinea şi stânjeneala vă pot împiedica să căutaţi o metodă de tratament. Chiar dacă ritualurile dumneavoastră sunt bine fixate, tratamentul poate fi de ajutor.



Cum faceţi faţă anxietăţii

Pentru a face faţă anxietăţii de zi cu zi, oricare ar fi cauza acesteia, încercaţi următoarele strategii:

- *Luaţi măsuri.* Descoperiţi ce anume vă face anxios şi adresaţi-vă cauzei. De exemplu, dacă sunteţi îngrijorat din punct de vedere financiar, trasaţi-vă un buget.
- *Lăsaţi să treacă.* Încercaţi să nu insistaţi asupra grijilor vechi. Schimbaţi ceea ce puteţi şi lăsaţi restul să-şi urmeze cursul.
- *Rupeţi ciclul.* Atunci când vă simţiţi anxios, gândiţi-vă la altceva sau cufundaţi-vă într-un hobby.
- *Aveţi grijă de dumneavoastră.* Odihniţi-vă suficient, consumaţi o dietă echilibrată, efectuaţi activităţi fizice şi acordaţi-vă timp pentru relaxare. Evitaţi cofeina şi nicotina, care pot agrava anxietatea. Nu începeţi să consumaţi alcool sau medicamente neprescrise.
- *Vorbiţi cu cineva.* Împărtăşiţi-vă problemele cu un prieten sau cu un consilier, care vă pot ajuta să aveţi o altă perspectivă.

Sindromul de stres posttraumatic

Aşa cum o spune şi numele, stresul posttraumatic este o formă de anxietate declanşată de o experienţă traumatică prin care aţi trecut sau la care aţi fost martor.

Suferinţa poate afecta supravieţuitorii unui viol, unui abuz fizic, război, tortură, dezastru natural, accidente de maşină, de avion, unei luări de ostatici sau unui lagăr. Poate afecta, de asemenea, personalul de salvare în cazul prăbuşirii unui avion sau împuşcării unei mase de oameni sau pe cineva care a fost martor la un accident traumatic. Oricare ar fi fost evenimentul traumatic, persoana respectivă a trecut printr-o perioadă în care s-a confruntat cu o frică intensă, o senzaţie de lipsă de ajutor şi pierderea controlului.

Relativ puţine persoane implicate într-un eveniment traumatic prezintă sindromul de stres posttraumatic. Persoanele foarte tinere şi foarte bătrâne care trec printr-o traumă majoră par să fie mai susceptibile la apariţia stresului posttraumatic, probabil pentru că în cazul copiilor mici mecanismele de apărare nu sunt complet dezvoltate iar la vârstnici poate fi vorba de suporturi sociale scăzute.

Sindromul de stres posttraumatic împrumută multe dintre semnele şi simptomele depresiei. Diferenţa majoră este că în cazul stresului posttraumatic, persoana

respectivă continuă să aibă amintiri şi gânduri tulburătoare asupra evenimentului sau evenimentelor care au declanşat iniţial boala.

Probe din ce în ce mai multe arată că depresia apare după un sindrom de stres posttraumatic prelungit, dar depresia îl poate şi preceda. Dacă aveţi sindrom de stres posttraumatic puteţi avea un risc crescut pentru alte probleme, cum ar fi abuzul de droguri, de alcool şi tulburările de alimentaţie.

Semnele şi simptomele sindromului de stres posttraumatic apar în mod tipic în primele trei luni de la evenimentul traumatic. În unele cazuri, acestea pot apărea decât după ani de zile şi pot cuprinde:

- Străfulgerări prin minte, vise urâte şi halucinaţii.
- Stare de supărare la aniversările unuia sau a mai multor evenimente traumatice.
- Eforturi pentru evitarea gândurilor, senzaţiilor şi activităţilor asociate unui traumatism.
- Un grad de detaşare sau înstrăinare de alţii şi o incapacitate de a simţi dragostea.
- Diminuarea marcată a interesului sau participării la activităţi care altădată erau o importantă sursă de satisfacţie.
- La copiii mici, întârzierea dezvoltării sau regresii în anumite activităţi, cum ar fi învăţarea mersului la toaletă şi vorbirea.
- O senzaţie de lipsă de speranţă asupra viitorului.
- Creşterea pornirilor emoţionale sau fizice, care pot include cel puţin 2 dintre următoarele: probleme cu somnul, furie, dificultăţi de concentrare, o sperietură exagerată la zgomot, creşterea tensiunii arteriale, accelerarea bătăilor inimii, creşterea frecvenţei respiratorii, tensiune musculară, greaţă şi diaree.

Tratament

Tratamentul unei tulburări anxioase depinde de tipul afecţiunii pe care o aveţi. Cu ajutorul tratamentului, majoritatea oamenilor cu tulburări anxioase sunt capabili să realizeze activităţile de zi cu zi. Pentru a obţine cele mai bune rezultate, medicul dumneavoastră vă poate recomanda o combinaţie de medicamente şi psihoterapie.

Medicaţie

Există câteva tipuri de medicamente care pot ameliora semnele şi simptomele anxietăţii:

Antidepresive

Multe medicamente utilizate pentru tratamentul depresiei au şi efecte antianxioase. De fapt, antidepresivele reprezintă tratamentul de elecţie pentru unele tulburări anxioase. Exemple de medicamente antidepresive utilizate pentru tratarea anxietăţii sunt fluoexetina (Prozac), paroxetina (Paxil) şi imipramina (Tofranil). Pentru mai multe informaţii despre aceste medicamente, vezi pag. 1241.

Medicaţia antianxioasă

Medicaţia antianxioasă include o clasă de medicamente tranchilizante numite benzodiazepine, precum şi medicamentul buspironă (BuSpar). Vezi pag. 1242 pentru mai multe informaţii

Betablocantele

Betablocantele sunt deseori utilizate pentru tratarea problemelor cardiovasculare. Ele pot fi de ajutor în bolile anxioase prin blocarea efectelor stimulării date de hormonul adrenalină (epinefrină). Adrenalina produce multe dintre semnele şi simptomele asociate cu anxietatea, cuprinzând creşterea forţei cardiace cu accelerarea ritmului cardiac şi creşterea tensiunii arteriale.

Psihoterapia

Tipurile de psihoterapie care sunt eficiente în special în tratamentul tulburărilor de anxietate sunt terapia cognitiv-comportamentală, terapia de relaxare, terapia de desensibilizare şi de expunere. Aceste metode terapeutice sunt discutate la pag. 1243.

Comportamente care creează dependenţa

Cuvântul *dependenţă* vă duce cu gândul la droguri. Puteţi fi însă dependent de multe substanţe şi obiceiuri, de la alcool la nicotină, de la jocuri de noroc până la navigarea continuă pe internet. Caracteristica principală a comportamentului ce dă dependenţa este că simţiţi o nevoie irezistibilă să vă angajaţi în activitatea respectivă sau să utilizaţi substanţa care dă dependenţă.

Dependenţa apare frecvent în combinaţie cu alte boli psihice. Studiile arată că peste jumătate dintre cei care fac abuz de alcool sau de droguri au o altă boală psihică sau o experienţă din trecut. Aproximativ 20% dintre cei care fac abuz de alcool au depresie. Cercetătorii nu sunt siguri de ce aceste rate sunt atât de mari, dar poate exista o legătură cu acţiunea substanţelor ce dau dependenţă asupra substanţelor chimice cerebrale (neurotransmiţători) care influenţează starea de dispoziţie.

Dependenţa de alcool

Alcoolismul şi abuzul de alcool produc probleme majore sociale, economice şi de sănătate publică în SUA. În conformitate cu Consiliul Naţional pentru Alcoolism şi Dependenţa de Droguri din SUA, aproximativ 14 milioane de americani fac abuz de alcool. În fiecare an, peste 100 000 de americani mor din cauze legate de consumul de alcool.

Puteţi deveni dependent de alcool după ce observaţi că dacă luaţi câteva înghiţituri vă ajută să amelioraţi stresul dat de probleme familiale, dificultăţi la serviciu sau de izolarea socială. În ciuda mahmurelii ocazionale şi a faptului că desprinderea de stresurile vieţii este doar temporară, începeţi treptat să cădeţi în patima consumului de alcool de fiecare dată când sunteţi tensionat.

Din nefericire cu cât o persoană dependentă de alcool bea mai mult, cu atât starea de tensiune tolerată fără alcool diminuă.

Cantitatea actuală de alcool pe care o consumaţi nu este cea mai importantă problemă. Diagnosticul dependenţei de alcool se pune atunci când vă este greu să treceţi peste o zi fără să consumaţi în mod regulat alcool.

Dependenţa de alcool – dependenţa fizică de alcool – apare gradat, pe măsură ce alcoolul alterează echilibrul anumitor



Intoxicaţia cu alcool

Forma de alcool din băuturile consumate de oameni este alcoolul etilic (etanol), un lichid incolor care, în forma sa pură, are un gust arzător. Etanolul este produs prin fermentarea zaharurilor din cereale şi din fructe, cum ar fi orzul şi strugurii.

Intoxicaţia cu alcool este legată de concentraţia de alcool din sânge. De exemplu, dacă nu sunteţi un băutor constant şi concentraţia de alcool din sângele dumneavoastră este mai mare de 100 miligrame pe decilitru (100 mg/dl) puteţi fi intoxicat complet şi să aveţi dificultăţi de vorbire, gândire şi mişcare. Din punct de vedere legal, majoritatea statelor definesc intoxicaţia atunci când concentraţia de alcool din sânge este de cel puţin 70 - 100 ml/dl.

Răspunsul dumneavoastră la alcool este influenţat de cantitatea de alimente pe care aţi consumat-o şi cu cât timp înainte de a bea aţi mâncat. Dimensiunile, cantitatea de ţesut gras şi toleranţa la efectele alcoolului joacă, de asemenea, un rol important. Femeile au, în general, o concentraţie mai mare de alcool în sânge pentru aceeaşi cantitate consumată ca bărbaţii, deoarece sunt de regulă mai mici, astfel încât alcoolul va fi mai puţin diluat în sângele lor. În plus, femeile pot metaboliza alcoolul mai încet decât o fac bărbaţii.

substanţe chimice cerebrale, producând dorinţa de a consuma mai mult alcool. Aceste substanţe chimice includ:

- Acidul gamma aminobutiric (GABA), care inhibă impulsivitatea
- Glutamatul, care stimulează sistemul nervos
- Norepinefrina, care se eliberează ca răspuns la stres
- Dopamina, serotonina şi peptidele opioide, care pot produce senzaţii plăcute

Consumul excesiv, de lungă durată, de alcool poate scădea sau creşte nivelurile unora dintre aceste substanţe chimice, făcând organismul să tânjească după alcool pentru a restabili senzaţiile plăcute sau pentru a le evita pe cele negative. Alţi factori care duc la consumul excesiv de alcool pot contribui la apariţia dependenţei. Aceştia includ:

- *Factori genetici.* Constituţia dumneavoastră genetică nu produce alcoolism, dar vă poate face mai susceptibil la acesta.
- *Statusul emoţional.* Nivelurile crescute de stres sau de anxietate, depresie sau alte emoţii dureroase îi poate îndemna pe unii să consume alcool pentru a reduce sau a învinge tulburarea.
- *Factori psihologici.* Dacă aveţi prieteni sau colegi apropiaţi care beau regulat, dar care pot să nu abuzeze de alcool, puteţi să ajungeţi să beţi excesiv. Poate fi dificil pentru dumneavoastră să nu vă antrenaţi în acest comportament de consum de alcool.
- *Factori sociali şi culturali.* Modul fermecător de prezentare al consumului de alcool redat în publicitate şi în media transmite frecvent mesajul că este normal şi corect să beţi excesiv.

Pentru mai multe informaţii asupra dependenţei de alcool şi tratament, vezi cap. 6, „Abordarea comportamentelor de risc".

Dependenţa de droguri

Dependenţa de droguri implică încercarea compulsivă de a utiliza o substanţă – legal sau ilicit – fără a gândi la consecinţele sociale, fizice şi psihologice ale consumului acestora. Anumite droguri, cum ar fi narcoticele şi cocaina, dau dependenţă mai importantă decât altele. Gama de droguri la care puteţi deveni dependent este largă. Acestea includ droguri ilicite, ca marijuana, amfetamine, cocaina, Ecstasy şi heroina, ca şi medicamente prescrise, incluzând analgezicele ca morfina şi codeina, sedativele, tranchilizantele şi stimulantele ca metifenidat (Concerta, Ritalin). Anumite substanţe utilizate în mod normal, cum ar fi lipiciul, vopseaua şi solvenţii, pot fi folosite într-o manieră dependentă.

Majoritatea oamenilor folosesc medicamentele prescrise aşa cum le-au fost recomandate, dar abuzul de aceste medicamente pare a fi în creştere în SUA. Se crede că este cea mai frecventă formă de abuz de droguri la vârstnici. S-a observat o creştere dramatică a utilizării medicamentelor prescrise pentru scopuri medicale printre adolescenţi şi tineri.

Dependenţa de droguri este distructivă datorită efectelor sale fizice pe termen lung, efectelor de dezbinare în familie şi la serviciu, şi riscul asociat izolării bruşte. Drogurile ilegale sunt riscante nu doar prin natura lor, dar şi prin riscul contaminării cu substanţe toxice sau infecţii, precum şi riscurile consecinţelor sociale şi legale grave.

Folosirea sau abuzul de droguri trec linia către dependenţă atunci când simţiţi nevoia drogului pentru a vă desfăşura activitatea şi veţi creşte cantitatea pe care o luaţi. Factorii diverşi, cum ar fi tipul de personalitate pe care îl aveţi, constituţia genetică şi presiunea semenilor, vă influenţează riscul de a deveni dependent de un drog.

Dependenţa pare să apară când utilizarea repetată a unui drog alterează căile cerebrale răspunzătoare de satisfacţie. Drogul modifică procesul prin care celulele

Tipuri de dependenţă de o substanţă chimică

Există trei forme de dependenţă de substanţele chimice:

Creşterea toleranţei

Pe măsură ce organismul dumneavoastră se obişnuieşte cu un drog, acesta îşi pierde eficienţa. Pentru a obţine acelaşi grad de îmbunătăţire a situaţiei, aveţi nevoie de o cantitate mai mare de drog.

Dependenţa fizică

Atunci când sunteţi dependent fizic de un drog, veţi prezenta semne şi simptome de retractare fizică atunci când întrerupeţi brusc un drog sau când îi scădeţi semnificativ doza. Pentru a vă controla durerea, vă bazaţi pe medicamentul dumneavoastră luat la intervale regulate.

Dependenţa

Dependenţa presupune atât o componentă fizică, cât şi una psihologică. Acest fenomen este posibil în cazul utilizării unor medicamente prescrise, precum şi în cazul alcoolului şi drogurilor ilegale: veţi face o fixaţie sau o obsesie pentru un drog şi vă veţi pierde controlul asupra utilizării lui.



nervoase (neuronii) din creier folosesc substanţele chimice (neurotransmiţătorii) pentru a comunica. Modificările depind de tipul drogului utilizat.

Pentru mai multe informaţii legate de abuzul de droguri şi tratament, vezi cap. 6 „Abordarea comportamentelor de risc".

Dependenţa de nicotină

Nicotina, una dintre componentele cheie ale tutunului, poate duce la dependenţă ca şi cocaina. Nicotina creşte cantitatea de dopamină din creier, fenomen care vă face să vă simţiţi mai bine. Obţinerea acestei creşteri a dopaminei este o parte a procesului de dependenţă.

Dependenţa de nicotină vă altereazā starea de dispoziţie. Atunci când încercaţi să vă lăsaţi de fumat puteţi prezenta simptomele de sevraj şi iritabilitate, dispoziţie depresivă şi insomnie, agitaţie, anxietate sau scăderea capacităţii de concentrare. Factorii care indică o dependenţă de nicotină includ:

- O incapacitate de întrerupere a fumatului în ciuda dorinţei de oprire
- Simptomele de sevraj dacă încercaţi să întrerupeţi fumatul
- Continuarea fumatului pentru a evita simptomele de sevraj
- Creşterea cantităţii de ţigări sau de produse care conţin nicotină mai repede decât vă aşteptaţi
- Renunţarea la o activitate deoarece aceasta se desfăşoară într-un loc în care fumatul este interzis
- Continuarea fumatului sau a folosirii oricărui alt produs care conţine nicotină în ciuda unor probleme medicale legate de tutun



Dependenţa de droguri şi alte boli psihice

Dependenţa de droguri poate fi asociată cu simptomele unei alte suferinţe psihice, cum ar fi depresia sau schizofrenia. Pentru a recupera cu succes, este esenţial să vi se pună un diagnostic corect şi să primiţi un tratament pentru toate tulburările evidente.

Poate fi dificil de stabilit în ce măsură abuzul de drog produce simptomele suferinţei psihice sau dacă tulburarea psihică este cea care duce la abuz. În orice situaţie, abuzul de drog poate agrava simptomele unei alte suferinţe psihice şi complică tratamentul.

Dacă simptomele suferinţei psihice sunt produse de abuzul unei substanţe, acestea diminuă de obicei în câteva săptămâni după ce persoana a întrerupt administrarea substanţei. Pot trece însă 4-6 luni până la rezolvarea efectelor unui drog. Uneori, efectele nu dispar niciodată complet. Oamenii care au luat LSD, de exemplu, pot avea străfulgerări în memorie pentru tot restul vieţii. Ecstasy este un alt drog care poate produce efecte psihice pe termen lung

Este util să consultaţi un profesionist care are experienţă în tratamentul atât al dependenţei de substanţe chimice cât şi al bolilor psihice.

Deşi peste 80% dintre cei care fumează spun că vor să se lase – şi 35% încearcă în fiecare an – mai puţin de 5% reuşesc fără ajutor.

Pentru mai multe informaţii despre dependenţa de nicotină şi tratament, vezi cap. 6 „Abordarea comportamentelor de risc".

Viciul jocurilor de noroc

Majoritatea oamenilor care practică jocuri de noroc nu au probleme de sănătate mentală. Există însă o minoritate - aproximativ 1-2% din populaţia generală - care devin dependenţi de jocurile de noroc. Oamenii din acest grup pierd controlul mizei jucate, deseori cu consecinţe grave. Dependenţa de jocuri de noroc merge deseori mână în mână cu consumul exagerat de alcool

Semne şi simptome

Indiciile că dumneavoastră sau cineva cunoscut sunteţi un jucător înrăit includ:

- Preocuparea pentru joc – retrăirea experienţelor de la jocurile din trecut, plănuirea următoarei aventuri sau gândirea la modurile posibile de a face rost de bani pentru a juca.
- Participarea în mod obişnuit la jocuri de noroc, deseori cu creşterea sumei de bani pentru a atinge plăcerea dorită.
- Încercarea repetată, dar fără succes, de a retrage sau de a înceta jocurile de noroc.
- Senzaţii de agitaţie sau iritabilitate atunci când se încearcă retragerea sau întreruperea jocurilor de noroc.
- Neglijarea altor interese, cum ar fi familia sau serviciul.
- Păstrarea secretului asupra pierderilor.
- Minţirea altor persoane asupra gradului de implicare în jocurile de noroc.
- Continuarea jocurilor până la ora închiderii sau până la terminarea banilor.
- Urmărirea pierderilor – după pierderea banilor, întoarcerea în ziua următoare pentru a face la fel.
- Bizuirea pe alţii pentru a face rost de bani pentru a îmbunătăţi o situaţie financiară disperată.
- Punerea în primejdie sau pierderea unei relaţii importante, a slujbei, carierei datorită jocurilor de noroc.
- Recurgerea la activităţi ilegale pentru a face rost de bani pentru jocuri.

Tratament

Tratamentul viciului jocurilor de noroc este similar cu al celorlalte forme de dependenţă. El implică educaţie, psihoterapie şi terapie de grup, cum ar fi "Jucătorii de Noroc Anonimi", un program ce are 12 paşi, elaborat după modelul "Alcolicii Anonimi".

La ora actuală sunt cercetate medicamente care să ajute la procesul de recuperare. Unele dintre medicamentele luate în considerare sunt cele care s-au dovedit eficiente în tratarea unor afecţiuni ca alcoolismul, tulburarea obsesiv-compulsivă şi depresia.

Tulburări ale comportamentului alimentar

Tulburările comportamentului alimentar sunt caracterizate printr-o preocupare excesivă faţă de greutate, care duce la modificări grave ale modului de a se alimenta. În general, tulburările alimentare, ca şi alte forme de suferinţe psihice, implică deseori o legătură complexă între factorii medicali, psihologici şi sociali.

Nu este uşor să faceţi distincţie între o tulburare psihică de comportament alimentar şi capriciile şi poftele adolescenţei. Majoritatea adolescentelor şi unii băieţi ţin cure de slăbire şi apoi la întrerup după 2 sau 3 săptămâni. Pofta de mâncare şi curele de slăbire nu sunt neobişnuite printre fetele de această vîrstă. Aceste comportamente apar, de asemenea, şi printre băieţii aflaţi la adolescenţă, dar nu la fel de frecvent.

Indiciile generale ale unei tulburări a comportamentului alimentar includ:

- Refuzul de a lua mesele cu familia
- Vizite frecvente şi lungi la baie în timpul sau după masă – mai ales dacă apa care curge continuu acoperă zgomotul făcut de provocarea vărsăturii
- Săritul peste mese
- Exerciţii fizice în exces sau preocupare faţă de greutatea, forma sau aspectul corpului.
- Dorinţa de a fi singur
- Scădere ponderală

Tipuri

Cele trei tulburări principale ale comportamentului alimentar sunt anorexia nervoasă, bulimia nervoasă şi alimentarea excesivă psihogenă.

Anorexia nervoasă

Cei care prezintă anorexie nervoasă au o imagine distorsionată asupra aspectului corpului şi se văd graşi chiar atunci când sunt subponderali. Aceştia parcurg etape lungi pentru a-şi menţine o greutate scăzută. Ei mănâncă foarte puţin, deseori până la înfometare şi pot exagera cu exerciţiile fizice. Cei care au anorexie nervoasă sunt deseori perfecţionişti.

Adolescentele şi femeile tinere reprezintă circa 90% dintre cazurile de anorexie nervoasă. Afecţiunea apare rar la femeile de vârstă adultă şi la bărbaţi.

Netratată, anorexia nervoasă poate duce la complicaţii medicale grave şi la deces. Semnele şi simptomele anorexiei nervoase cuprind următoarele:

- Rezistenţa la menţinerea unei greutăţi corporale sănătoase
- Teama iraţională de creştere ponderală
- O viziune nerealistă a formelor şi dimensiunilor corpului
- La femei, ciclu menstrual neregulat sau oprirea menstruaţiei.

Bulimia nervoasă

Bulimia nervoasă presupune consumarea unor cantităţi mari de alimente într-o perioadă scurtă de timp (compulsii) şi apoi eliminarea acestora prin vărsături sau prin utilizarea clismelor, laxativelor sau diureticelor. Mulţi dintre cei care au această afecţiune fac şi exerciţii fizice în exces. În intervalul dintre episoadele de poftă exagerată şi eliminare a alimentelor, pacienţii cu bulimie nervoasă îşi restricţionează de obicei cât mănâncă.

Adolescentele şi femeile tinere reprezintă aproximativ 90% din cazurile de bulimie nervoasă. Cei care au această boală prezintă, de regulă, un comportament compulsiv

Prezentaţi un risc crescut?

Următorii factori vă cresc riscul de a dezvolta o tulburare de comportament alimentar:

- *Sexul.* Adolescentele şi femeile tinere au un risc mai mare de a dezvolta o tulburare de comportament alimentar decât au adolescenţii şi bărbaţii tineri.
- *Vârsta.* Cu toate că tulburările de comportament alimentar pot apărea la vârste medii, ele sunt mai frecvente în adolescenţă şi la 20 de ani.
- *Influenţele familiale.* Cei care se simt mai nesiguri în familiile lor – ai căror părinţi sau rude pot fi prea critici – au un risc crescut.
- *Ereditatea.* Tulburările de comportament alimentar sunt mai frecvente printre cei care au membrii apropiaţi din familie cu aceste afecţiuni.
- *Tulburări afective.* Oamenii care au depresie, tulburări anxioase şi tulburare obsesiv-compulsivă sunt mai expuşi tulburărilor de comportament alimentar.
- *Sportivii.* Cei care participă la unele activităţi sportive pot avea un risc mai mare de dezvoltare a unei tulburări de comportament alimentar. Femeile tinere care practică sporturi ca gimnastica, baletul şi patinajul artistic au un risc particular de apariţie a anorexiei nervoase.



şi, ca în cazul celor cu anorexie nervoasă, au tendinţa să fie preocupaţi de greutatea şi de imaginea corpului. Sentimentele de dezgust sau de ruşine legate de boală pot declanşa episoadele bulimice ulterioare, ducând la apariţia unui ciclu vicios. Eliminarea excesivă produce modificări ale substanţelor chimice din organism şi pot duce la complicaţii medicale grave sau la deces.

Alimentarea excesivă psihogenă

Alimentarea excesivă presupune o pierdere a controlului asupra comportamentului alimentar şi ingestia unor cantităţi excesive de alimente într-un interval scurt de timp. Boala se defineşte prin apariţia episoadelor de alimentare excesivă cel puţin 2 zile pe săptămână, timp de cel puţin 6 luni. Spre deosebire de episoadele de hiperfagie din cadrul bulimiei nervoase, episoadele de ingestie exagerată în cazul alimentării excesive psihogene nu sunt urmate de eliminarea alimentelor sau de exerciţii fizice în exces.

Ca şi în cazul celorlalte tulburări ale comportamentului alimentar, cei care prezintă alimentare excesivă psihogenă sunt de obicei preocupaţi de greutate şi de mâncare. Ei au deseori standarde personale ridicate. Afecţiunea este mai frecventă la femeile supraponderale de vârstă adultă.

Cauze

Medicii nu ştiu exact care sunt cauzele tulburărilor comportamentului alimentar. Se pare că sunt implicaţi o serie de factori, incluzând genetica, familia şi cultura. În unele cazuri, sistemele biologice anormale de la nivelul creierului care guvernează starea de dispoziţie şi apetitul pot contribui la apariţia unei tulburări de comportament alimentar.

O parte din explicaţie este reprezentată de mesajele publicitare care promovează excesiv ceea ce este slab ca fiind atractiv. În efortul de a fi la fel de slabi ca anumiţi actori sau modele, mulţi oameni încearcă să atingă şi să-şi menţină o greutate care nu este sănătoasă pentru ei.

Pentru unii tineri mesajul din media pentru formele slabe contribuie la distorsionarea imaginilor propriului corp. O tânără inteligentă de 14 ani care este raţională în tot ceea ce face poate începe să sară peste mese, negându-şi necesităţile energetice pe care le are corpul său pentru a se dezvolta normal. Ea ve deveni mai slabă, dar va continua să creadă că este grasă. Poate ajunge atât de subnutrită încât poate avea nevoie de îngrijire în spital.

Complicaţii

Persoanele cu anorexie nervoasă prezintă o varietate mai mare de complicaţii medicale şi un risc mai mare de deces decât cei care au alte tulburări ale instinctului alimentar. Totuşi, oricare dintre tulburările instinctului alimentar poate duce la apariţia unor probleme medicale grave. Complicaţiile posibile includ:

- *Afectare cardiacă.* Anorexia nervoasă şi bulimia nervoasă pot produce aritmii cardiace. Complicaţiile cardiace sunt o cauză frecventă de deces la cei cu anorexie.
- *Modificări hormonale.* Modificările hormonilor sexuali şi ale celor tiroidieni pot duce la lipsa menstruaţiei (amenoree), infertilitate, scăderea densităţii osoase şi întârzierea creşterii.
- *Dezechilibre ale electroliţilor şi mineralelor.* Organismul are nevoie de niveluri adecvate de minerale, în mod particular de calciu şi potasiu, pentru funcţionarea normală a organelor. Dereglarea conţinutului în fluide şi minerale al organismului dumneavoastră poate crea un dezechilibru electrolitic ce poate ameninţa viaţa.
- *Afectare nervoasă.* Anorexia nervoasă poate produce distrugeri la nivelul creierului şi nervilor, convulsii şi pierderea sensibilităţii la nivelul mâinilor şi picioarelor.
- *Tulburări sangvine.* Lipsa nutriţiei poate produce depleţie de vitamina B_{12}, ducând la anemie.
- *Probleme digestive.* Anorexia nervoasă pote produce constipaţie şi meteorism. Vărsăturile şi metodele de epurare pot produce iritaţie la nivelul esofagului şi rectului.
- *Afectarea dinţilor şi a gingiilor.* Acidul gastric din gură provenit din inducerea vărsăturii vă poate distruge dinţii şi gingiile.

- *Dependența de medicamente.* Medicamentele eliberate fără prescripție utilizate în timpul perioadelor de eliminare a alimentelor pot duce la dependență. Acestea includ laxativele, diureticele, medicamentele care suprimă apetitul și siropul de ipeca, ce induce vărsătura.
- *Creșterea ponderală.* Oamenii cu alimentare excesivă psihogenă sunt deseori supraponderali, lucru care le crește riscul de diabet, afectare cardiacă și alte boli.
- *Scăderea auto-aprecierii.* Cei care se alimentează excesiv pot simți detest față de propria persoană, rușine sau dezgust pentru practicile alimentare, ducând la scăderea aprecierii de sine.

Tratament

Tratamentul tulburărilor instinctului alimentar poate cuprinde educație alimentară, psihoterapie și medicație. În cazurile severe de anorexie poate fi necesară spitalizarea pentru rehidratarea organismului și pentru restabilirea echilibrului electrolitic.

Educația alimentară

Medicul dumneavoastră sau un nutriționist pot discuta cu dumneavoastră importanța unei diete sănătoase și vă pot ajuta în stabilirea unui program de rutină pentru mese.

Psihoterapia

Consultarea individuală cu un specialist în probleme psihice vă poate ajuta la identificarea problemelor emoționale sau evenimentelor stresante din viață care contribuie la tulburările de comportament alimentar. Consultarea familială se adresează sentimentelor de vinovăție și anxietate din cadrul unei familii, care au putut duce la apariția unei tulburări de comportament alimentar la un copil. Pentru mai multe informații despre psihoterapie,vezi pag. 243.

Tratamentul medicamentos

Medicii tratează uneori bulimia cu medicamente antidepresive, în plus față de psihoterapie. Antidepresivele nu sunt în general eficiente la cei cu anorexie nervoasă. Dacă o tulburare de comportament alimentar este însoțită de depresie și anxietate – și multe sunt – medicația antidepresivă va fi benefică și pentru aceste probleme. Mai multe informații detaliate despre antidepresive sunt date la pag. 1241.

Tulburările de personalitate

Tulburările de personalitate își au originea în modurile inflexibile și problematice de a percepe, de a relaționa cu și de a gândi despre dumneavoastră și despre lume. Dacă aveți o tulburare de personalitate, trăirile dumneavoastră interne și comportamentul sunt semnificativ diferite față de ceea ce este normal sau așteptat conform culturii din care faceți parte. Tulburarea interferă cu modul dumneavoastră de interacționare cu familia sau cu alți oameni la serviciu sau la joacă.

Puteți avea probleme pe termen lung în căsnicie, la serviciu și în legăturile cu prietenii. Alte persoane din viața dumneavoastră pot fi mai supărate de gândurile și comportamentele pe care le aveți decât sunteți dumneavoastră.

Dintre numeroasele tipuri de tulburări de personalitate, cea mai frecventă este tulburarea personalității de tip borderline, care poate afecta până la 3% din populația SUA. Această tulburare se caracterizează prin relații interpersonale dezamăgitoare și instabile, teama de abandon, furie puternică și sentimentul de vid interior.

Tulburările personalității încep tipic în adolescență sau la adulții tineri. Tulburarea personalității de tip borderline și tulburarea personalității de tip dissocial pot deveni mai puțin evidente sau diminua cu vârsta.

Înainte de a pune diagnosticul unei tulburări de personalitate, medicul dumneavoastră trebuie să excludă alte probleme care pot mima o tulburare de personalitate.

Tipuri

Tulburările de personalitate sunt în general clasificate în trei grupuri, pe baza caracteristicilor lor majore:

- Tulburările de tip dissocial, borderline, histrionic și narcisic.
- Tulburările de tip paranoid, schizoid și de tip schizofrenic.
- Tulburările de tip evitant, dependent și obsesiv-compulsivă.

Tulburările de personalitate de tip dissocial, borderline, histrionic și narcisic

Persoanele care au aceste tulburări de personalitate sunt deseori dramatice, afective sau ciudate. Tulburarea de personalitate de tip dissocial se diagnostichează mai frecvent la bărbați, iar tulburările de personalitate de tip borderline și histrionic sunt mai frecvente la femei.

Tulburarea de personalitate de tip dissocial

Cei care au tulburarea personalității de tip dissocial – uneori numiți sociopați – au o lipsă de preocupare pentru regulile și obligațiile sociale și violează în mod repetat drepturile altora. Înainte de vârsta de 15 ani, aceste persoane arată deseori o conduită mincinoasă, probleme cu legea, chiul, delicvență și abuz de anumite substanțe. La vârsta adultă, cei care au acest tip de personalitate comit crime, eșuează în efectuarea responsabilităților de serviciu, financiare sau de părinte și ignoră comportamentul personal. Aceștia sunt în general incapabili să păstreze relații pe termen lung, fac frecvent abuz de alcool sau de droguri și sunt agresivi și iritabili.

Tulburarea de personalitate de tip borderline

Oamenii care au o tulburare a personalității de tip borderline au o gândire perturbantă și au frecvent o stare emoțională agitată. Pot fi calmi și raționali într-un moment dat, dar pot exploda într-o furie nepotrivită sau violentă atunci când simt respingere sau critică. Persoanele care au această tulburare sunt deseori înspăimântați să fie singuri, deși îi resping pe alții prin comportamentul lor ciudat. Aceste persoane tind să aibă pretenții extreme și îi văd pe ceilalți doar în termeni de alb și negru, fie totul este bun, fie totul este rău. Ei pot avea viciul jocurilor de noroc, cheltuiesc bani fără responsabilitate, se alimentează excesiv și fac abuz de substanțe care dau dependență.

Tulburarea de personalitate de tip histrionic

Tulburarea personalității de tip histrionic este o entitate caracterizată prin afectivitate excesivă

şi căutarea atenţiei. Deseori vioi şi cu tendinţa de a dramatiza, persoanele cu această tulburare cer continuu să fie în centrul atenţiei şi să fie sufletul unei petreceri. Tulburarea duce de obicei la stabilirea de relaţii interpersonale furtunoase şi nesatisfăcătoare.

Tulburarea de personalitate de tip narcisic

Persoanele narcisiste au o părere exagerată asupra unicităţii, importanţei şi înzestrării lor. Atunci când sunt respinşi, manifestă o furie excesivă sau ruşine şi au probleme în a-i evalua pe alţii realist, caracterizându-i ca perfecţi sau inutili.

Tulburarea de personalitate de tip paranoid, schizoid sau de tip schizofrenic

Persoanele care au aceste tulburări sunt ciudate sau excentrice.

Tulburarea de personalitate de tip paranoid

Tulburarea personalităţii de tip paranoid se caracterizează prin neîncredere şi suspiciozitate – o senzaţie continuă că ceilalţi sunt „porniţi să vă prindă". Persoanele care au această tulburare îşi consumă o mare cantitate de energie să se ascundă, privesc alte comportamente ca ameninţătoare şi se simt repede ofensaţi. Aceştia prezintă un grad limitat de emoţii şi pot părea reci şi lipsiţi de umor

Tulburarea de personalitate de tip schizoid

Oamenii care au o tulburare a personalităţii de tip schizoid par să aibă puţină nevoie de alţii şi sunt de obicei singuratici. Aceste persoane îşi pierd în general prietenii apropiaţi şi rămân distanţi de oricine întâlnesc.

Tulburarea de personalitate de tip schizofrenic

Tulburarea personalităţii de tip schizofrenic este similară în multe feluri cu schizofrenia, dar simptomele - incluzând modurile ciudate de a gândi, de a percepe lumea şi de a vorbi – nu sunt complete sau suficient de puternice pentru a justifica un diagnostic de schizofrenie.

Tulburarea de personalitate de tip evitant, dependent şi obsesiv-compulsiv

Oamenii cu aceste tulburări sunt deseori anxioşi sau temători.

Tulburarea de personalitate de tip evitant

Cei care au tulburare a personalităţii de tip evitant sunt preocupaţi de propriile deficienţe de înţelegere şi se tem în permanenţă de respingere. Aceste lucruri duc la izolarea de ceilalţi. În ciuda lipsei relaţiilor strânse, aceste persoane doresc deseori intimitate.

Tulburarea de personalitate de tip dependent

Cei care au tulburare de personalitate de tip dependent preferă să-i lase pe alţii să ia decizii în locul lor – atât simple alegeri dintr-o zi normală, cât şi deciziile majore ale vieţii. Aceste persoane se subestimează şi evită, în general, să-şi asume responsabilităţi. Ei îşi subordonează cu plăcere propriile destine şi nevoi celor ale altor persoane. Această tulburare este diagnosticată mai frecvent la femei decât la bărbaţi.

Tulburarea de personalitate de tip obsesiv - compulsiv

Tulburarea personalităţii de tip obsesiv-compulsiv nu este acelaşi lucru cu tulburarea obsesiv – compulsivă (vezi pag. 1229). Cei cu tulburare a personalităţii de tip obsesiv – compulsiv au tendinţa să fie preocupaţi cu detaliile, regulile şi procedurile. Ei insistă deseori ca lucrurile să fie făcute într-un mod specific. Aceste persoane acordă o valoare mai înaltă muncii şi posesiei decât relaţiilor interpersonale. Au deseori dificultăţi în exprimarea sentimentelor călduroase faţă de alţii şi sunt uneori percepuţi ca fiind distanţi sau indiferenţi.

Tratament

Tratamentul tulburărilor de personalitate poate fi eficient în reducerea sau eliminarea multora dintre simptomele supărătoare, dar necesită o bună cunoaştere a dificultăţilor personale şi angajarea la această muncă grea necesară pentru a trece peste aceste probleme. Cu ajutorul tratamentului, cei care au tulburări ale personalităţii se pot simţi bine în ceea ce priveşte propria persoană, pot păstra relaţii de dragoste şi se bucură de o carieră prosperă. Totuşi, tratamentul poate fi dificil şi poate fi necesar ani de zile.

Tratamentul constă, în general, în psihoterapie. Medicamentele pot avea şi ele un rol, aici fiind incluse antidepresivele, antipsihoticele sau antianxioasele. Acestea sunt discutate la pag. 1241.

Persoanele care au cea mai mare şansă de recuperare sunt în general cele care caută să se trateze şi care găsesc un terapeut experimentat în tulburările personalităţii. Succesul depinde de adaptarea tratamentului şi de asumarea responsabilităţii pentru propriile gânduri şi acţiuni.

Tulburările psihotice

De-a lungul timpului, cuvântul psihotic a fost utilizat în diferite moduri şi încă nu are o definiţie universal acceptată. Oamenii folosesc uneori termenul în limbajul de zi cu zi pentru nebunie sau pentru periculos. Asociaţia Americană de Psihiatrie defineşte psihoza referindu-se la prezenţa anumitor semne şi simptome – halucinaţii, iluzii şi, într-o mai mică măsură, vorbire sau comportament bizare.

Psihoza se referă la o alterare a gândirii, interpretarea dumneavoastră dată realităţii fiind anormală. Cu toate că psihoza se asociază deseori cu alte tulburări mentale, simptomele psihotice pot proveni din suferinţe fizice, incluzând unele infecţii, cancer, afecţiuni ale sistemului nervos, boli tiroidiene şi tulburări ale sistemului imun. Semnele şi simptomele psihotice pot fi, de asemenea, o complicaţie a bolii Parkinson, a bolii Alzheimer şi a altor demenţe. Psihoza poate reprezenta şi un tip distinct de suferinţă mentală care poate apărea singură.

Semne şi simptome

Cele două simptome marker ale psihozelor sunt halucinaţiile şi iluziile.

Halucinaţiile

Halucinaţiile apar atunci când percepeţi lucruri care nu există. O halucinaţie frecventă este auzirea vocilor. O persoană care are halucinaţii poate purta o conversaţie cu voci pe care nimeni altcineva nu le poate auzi. Persoana respectivă poate face ceea ce îi ordonă vocile.

Iluziile

Iluziile sunt convingeri personale puternice care nu au susţinere în realitate. De exemplu, persoanele cu schizofrenie paranoidă susţin iraţional că alţii îi persecută sau conspiră împotriva lor. Astfel, o persoană care are iluzii crede că televizorul îi ghidează comportamentul sau că marţienii îi controlează gândurile.

Tipuri

Există trei tipuri de tulburări psihotice: schizofrenia, tulburarea psihotică tranzitorie şi tulburarea psihotică indusă de anumite substanţe.

Schizofrenia

Schizofrenia este cea mai frecventă formă de psihoză. Ea afectează aproximativ 1% din populaţia globului, incluzând şi peste două milioane de americani. Această afecţiune este deseori de lungă durată (cronică) şi invalidantă. Ea produce iluzii şi halucinaţii care duc la un comportament neobişnuit şi la relaţii interpersonale nefireşti.

O persoană cu schizofrenie se poate izola de oameni şi de activităţi. Schizofrenia produce în general deteriorare progresivă a capacităţii unei persoane de a-şi desfăşura activitatea pe mai multe planuri, mai ales la serviciu şi în relaţiile interpersonale.

Schizofrenia este rară la copii. La bărbaţi, afecţiunea debutează tipic în adolescenţă sau către douăzeci de ani. La femei debutul este tipic în al doilea deceniu de viaţă sau la începutul celui de al treilea deceniu. Schizofrenia poate fi singură sau asociată cu alte probleme psihice.

Semne şi simptome

Schizofrenia poate fi diagnosticată dacă o persoană arată sau trăieşte două sau mai multe dintre următoarele simptome:

- Iluzii
- Halucinaţii importante în mare parte din zi
- Incoerenţă
- Lipsa emoţiilor sau un mod necorespunzător de a arăta emoţiile
- Probleme în desfăşurarea activităţii la serviciu, în stabilirea comunicării în societate şi în menţinerea igienei personale
- Semne şi simptome permanente şi progresive care durează de cel puţin 6 luni.

Semnele şi simptomele schizofreniei pot varia mult. Cei care au această boală se pot purta diferit în momente de timp diferite. Ei pot deveni extrem de agitaţi şi tulburaţi. Se poate întâmpla ca ei să cadă într-o stare de transă, imobili, neresponsivi (catatonici). În alte momente, se pot comporta normal.

În fazele iniţiale ale bolii, persoana respectivă şi familia sa pot să nu vadă necesitatea unui tratament. O persoană cu schizofrenie poate prezenta o deteriorare gradată a funcţionalităţii şi devine mai puţin sociabilă.

Semnele şi simptomele pot cuprinde o lipsă a expresivităţii, o exprimare necorespunzătoare a emoţiilor, cum ar fi râsul în timpul prezentării unor imagini înspăimântătoare, şi o modificare a vorbirii, cum ar fi vorbirea monotonă. În plus, în conversaţie poate sări de la o idee la alta fără nici o legătură, sau persoana poate trăncăni cu toate că nu aduce nici o informaţie. Se poate juca cu limbajul, dând naştere unor cuvinte noi.

Tratament

Prin natura sa, schizofrenia nu este o boală în care oamenii implicaţi să încerce să apeleze la tratament de la sine. Pentru cineva cu schizofrenie, iluziile şi halucinaţiile sunt reale, de aceea persoana respectivă nu vede necesitatea ajutorului medical. În cazul în care aveţi pe cineva în familie sau un prieten care prezintă semne posibile de schizofrenie, trebuie să aranjaţi o evaluare medicală pentru acea persoană.

Deseori, nu există vindecare pentru schizofrenici, dar prin colaborarea strânsă cu un specialist în bolile psihice, mulţi

Schizofrenia: ce este schizofrenie şi ce nu?

Oamenii au multe păreri greşite despre schizofrenie şi relaţiile acesteia cu alte boli psihice.

- Schizofrenia nu este acelaşi lucru cu a avea o personalitate scindată sau multiplă. Tulburarea personalităţii de tip multiplu este o problemă rară, separată.
- Deşi unele persoane cu schizofrenie devin violente, majoritatea nu o fac. Mulţi se retrag în sine mai mult decât să interacţioneze cu alţii.
- Nu oricine este paranoid sau neîncrezător are schizofrenie. Cei care au o tulburare de personaliate de tip paranoid sunt suspicioşi sau neîncrezători în alţii, dar această problemă nu include şi alte caracteristici ale schizofreniei.
- Nu oricine aude voci este schizofrenic. Unii oameni cu depresie severă pot auzi voci. Auzirea vocilor poate apărea şi ca rezultat al unei suferinţe medicale importante sau ca reacţie adversă la medicaţie.



oameni reușesc să controleze suferința – mai ales când sunt diagnosticați precoce. Medicamentele noi sunt de mare ajutor, făcând această boală devastatoare uneori mai controlabilă decât a fost vreodată.

- *Medicația antipsihotică*. Medicația antipsihotică este piatra de temelie a tratamentului. Antipsihoticele noi asigură un control mai bun al unei game mai largi de simptome, ducând la o mai mare independență și o calitate crescută a vieții pentru multe persoane cu schizofrenie. Acestea includ clozapin (Clozaril), risperidon (Risperdal), olanzapine (Zyprexal), quetiapine (Seroquel) și ziprasidon (Geodon).
  În plus, aceste medicamente au puține reacții adverse în comparație cu vechile medicamente antipsihotice. De exemplu, există o incidență mai mică pentru diskinezia tardivă, o problemă care produce mișcări involuntare ale gurii, buzelor, limbii și ale altor părți ale organismului. În general, scopul tratamentului cu antipsihotice este controlarea semnelor și simptomelor cu cele mai mici doze eficiente posibile. Medicația corespunzătoare și dozele variază mult de la o persoană la alta. Chiar și în cazul celei mai bune îngrijiri, o persoană poate avea recăderi, dar medicația poate reduce frecvența acestora. Lipsa de complianță față de regulile de administrare ale medicației rămâne o problemă dificilă. Unele persoane cu schizofrenie ignoră sau uită să urmeze recomandările terapeutice sau neagă că este ceva în neregulă cu ei. Pentru mai multe informații legate de medicația antipsihotică, vezi pag. 1243.
- *Psihoterapia*. O persoană cu schizofrenie poate beneficia de psihoterapie prin învățarea modalităților de a face față gândurilor și situațiilor stresante. Psihoterapia poate reduce, de asemenea riscul de recădere. În plus, psihoterapeutul poate ajuta o persoană schizofrenică să-și urmeze schema medicamentoasă recomandată. Membrii familiei pot beneficia de o terapie care asigură sprijin și educație. Studiile arată că persoanele cu schizofrenie au o șansă mai mare de îmbunătățire a stării, dacă membrii familiei înțeleg boala, recunosc situațiile stresante care pot declanșa o recădere și îi ajută să urmeze tratamentul recomandat. Pentru mai multe informații despre psihoterapie, vezi pag. 1243.



Navigând prin sistemul specializat în Sănătatea Mintală

În conformitate cu U.S. Surgeon General, în fiecare an, aproximativ 15% dintre adulți și 20% dintre copii și adolescenții din SUA apelează la serviciile specializate în sănătatea mentală.

Datorită faptului ca aceste servicii sunt răspândite în multe profesii și societăți, alegerea locului sau a modului pentru primirea ajutorului poate fi o provocare. Următoarea examinare a resurselor existente vă poate orienta în alegerea celui mai bun ajutor în cazul dumneavoastră.

Medicul de familie

Medicul dumneavoastră de familie poate fi capabil să ajute la identificarea naturii problemei dumneavoastră și a tipului de ajutor de dorit în situația dumneavoastră. Dacă simptomele dumneavoastră sunt ușoare, medicul de familie poate asigura tratamentul. Se poate ca medicul dumneavoastră de familie să vă recomande unui psihiatru, psiholog sau alt specialist în sănătate mentală.

Spitalele și școlile medicale

Un spital din zona domiciliului dumneavoastră poate avea o secție cu specialiști în sănătatea psihică. Departamentul de psihiatrie al școlilor de medicină din zona dumneavoastră poate asigura tratamentul sau poate da trimiteri.

Grupuri de spijin

Ramuri locale ale organizațiilor ca Alianța Națională pentru Bolnavii Mintali (NAMI) din SUA oferă deseori informații. NAMI distribuie broșuri, cărți și materiale video despre bolile psihice și vă sfătuiesc să stați de vorbă cu un specialist în problemele mentale.

Societăți profesionale

Ramurile locale sau statale ale organizațiilor profesioniste ca Asociația Americană de Psihiatrie sau Asociația Americană de Psihologie vă pot ajuta să găsiți personalul care se ocupă cu sănătatea psihică.

- *Reabilitarea.* Educaţia care priveşte comportamentele sociale şi vocaţiile necesare pentru o viaţă independentă este o parte importantă a recuperării.

  Cu ajutorul unui psihoterapeut, o persoană poate învăţa comportamentele sociale, cum ar fi o bună igienă şi tehnicile corespunzătoare pentru comunicare. Persoanele cu schizofrenie care participă la programul de educare a aptitudinilor şi plasare într-un serviciu prezintă o ameliorare mai importantă decât cei care nu fac acest lucru.



Centrele comunitare pentru sănătatea mentală

Centrele comunitare pentru sănătatea mentală au luat fiinţă la scară naţională în SUA în anii 1960 în efortul de a permite persoanelor cu boli psihice severe să se mute din spitalele de psihiatrie în propriile cartiere. Aceste servicii includ şi psihoterapie, controlul medicaţiei, intervenţii în crize şi tratamentul abuzului de substanţe.

Companiile de asigurări

De multe ori, terţul plătitor are liste de angajaţi ai sistemului sanitar, dar acestea pot include doar – şi plătesc doar pentru serviciile făcute de specialişti în sănătatea mentală din cadrul propriei reţele.

Programul de asistenţă pentru salariaţi

Mulţi angajatori asigură trimiterea către specialişti a muncitorilor pentru probleme care pot afecta performanţele de la serviciu, cum ar fi abuzul de substanţe, probleme din familie şi din relaţiile interpersonale şi dificultăţile emoţionale şi psihice.

Linii de urgenţă şi linii pentru ajutor

Multe comunităţi au linii telefonice care oferă informaţii pentru problemele de sănătate mentală. Verificaţi cartea de telefon.

Organizaţii pentru servicii sociale

Agenţii de genul United Way din SUA pot oferi informaţii legate de posibilităţile comunităţii, inclusiv despre cei care se ocupă cu sănătatea psihică.

Clerul

Liderii religioşi sunt deseori o sursă de linişte şi de sfaturi. Un membru al clerului din biserica dumneavoastră poate fi capabil să asigure asistenţă.

Şcolile din zonă

Profesorii copiilor dumneavoastră, directorul şcolii, consilierul sau asistenta medicală din şcoală pot fi de ajutor.

Tulburarea psihotică tranzitorie

Tulburarea psihotică tranzitorie implică debutul brusc a cel puţin unui semn sau simptom de psihoză – iluzii, halucinaţii, discursuri care nu au nici un sens şi nu exprimă nici o dorinţă sau tratament tulburat sau catatonic. Tulburarea durează cel puţin o zi, dar mai puţin de o lună, iar persoana poate eventual reveni la starea sa precedentă de funcţionare.

Semnele şi simptomele apar deseori după un eveniment extrem de stresant, cum ar fi un război sau pierderea unei persoane iubite. O persoană care are această afecţiune poate prezenta o confuzie copleşitoare sau o fluctuaţie rapidă a emoţiilor.

Comportamentul şi îmbrăcămintea pot fi ciudate, iar persoana poate adopta posturi particulare, poate ţipa sau poate înceta să vorbească. Discursurile pot părea prosteşti, deseori presupunând repetarea unor fraze fără sens. După ce simptomele cedează, persoana poate continua să simtă o pierdere a aprecierii de sine sau să fie uşor deprimată pentru o perioadă.

Tratamentul poate cuprinde medicaţie antipsihotică (vezi pag. 1243)

Tulburarea psihotică indusă de anumite substanţe

Tulburarea psihotică indusă de anumite substanţe este o psihoză produsă de utilizarea anumitor droguri, în mod particular halucinogene sau amfetamine, de o supradoză de droguri sau de sevrajul de droguri sau de alcool.

Supradozele de cocaină, amfetamine, medicamentele pentru somn, antihistaminice, antidepresive şi medicamentele utilizate pentru boala Parkinson pot produce simptome psihotice. O reacţie psihotică ce urmează utilizării drogurilor halucinogene, ca LSD sau fenciclidina (PCP sau praful îngerilor) şi, uneori, a marijuanei sau haşişului, este deseori asemănată cu o călătorie proastă. Semnele şi simptomele pot include anxietate sau panică, precum şi iluzii şi halucinaţii.

Tratamentul se adresează în general dependenţei de droguri şi poate cuprinde medicamente antipsihotice şi psihoterapie.

Afecţiuni inexplicabile medical

Trăsăturile frecvente ale unora dintre aceste boli includ semne şi simptome fizice care pot să indice o problemă medicală, dar care nu pot fi explicate complet printr-o suferinţă medicală.

Semnele şi simptomele asociate cu boli inexplicabile medical (tulburări somatoforme) pot începe într-un moment de criză al vieţii dumneavoastră şi trec atunci când situaţia se ameliorează sau atunci când învăţaţi să vă adaptaţi mai bine. Semnele şi simptomele seamănă deseori cu cele care însoţesc de obicei tulburările emoţionale şi de stres, dar în cazul suferinţelor sematoforme acestea sunt mai puternice şi durează pentru o perioadă mai lungă.

Tipuri

Tulburările care pot produce semne şi simptome inexplicabile medical includ:

Tulburarea de somatizare

Somatizarea se referă la conversia unor experienţe sau stări psihice în simptome organice. Cei care au această tulburare pot prezenta multe suferinţe fizice pe o perioadă de câţiva ani. Atunci când sunt investigate de un doctor, aceste suferinţe nu au nici un substrat fizic evident.

Semne şi simptome

- Durere, cum ar fi durerea de spate, de cap, articulară şi de piept
- Probleme gastrointestinale, cum ar fi greaţa, vărsăturile, diareea
- Probleme sexuale, cum ar fi pierderea interesului pentru sex şi disfuncţie erectilă
- Probleme neurologice, cum ar fi amorţelile şi furnicăturile

Semnele şi simptomele încep de obicei în adolescenţă, iar tulburarea este mai frecventă la femei.

Tulburarea somatoformă dureroasă

Tulburarea somatoformă dureroasă presupune evidenţa durerii pe termen lung (cronică) fără evidenţe fizice care să explice cauza sau intensitatea acesteia. Această tulburare nu este acelaşi lucru cu durerea cronică, ce are o bază fizică, cum ar fi cea asociată cu artrita.

Tulburarea somatoforma dureroasă începe de obicei între 30 şi 50 de ani. Ea apare brusc şi se agravează pe o perioadă de câteva săptămâni sau luni de zile. Suferinţa este diagnosticată de aproape două ori mai frecvent la femei decât la bărbaţi.

Persoanele ce au această tulburare îşi pot părăsi serviciul, merg de la un doctor la altul, fac abuz de analgetice şi îşi asumă un rol de invalizi. Tulburarea poate duce la depresie.

Tulburarea somatoformă de conversie

Semnele şi simptomele acestei tulburări sunt legate de percepţiile senzoriale şi implică funcţionarea motorie. Simptomele senzoriale pot cuprinde pierderea sensibilităţii dureroase sau tactile, vedere dublă, orbire şi surditate. Semnele şi simptomele legate de funcţia motorie pot cuprinde coordonarea sau echilibrul, paralizie, dificultăţi de deglutiţie sau pierderea vocii. De asemenea, puteţi prezenta agitaţie sau convulsii

Rezultatele investigaţiilor neurologice şi ale altor teste nu evidenţiază nici o anomalie. Totuşi, se crede că factorii psihologici, cum ar fi stresul, declanşează sau agravează în general semnele şi simptomele acestei tulburări. Aceasta apare de regulă în adolescenţă sau la adulţii tineri.

Tulburarea hipocondrică

Hipocondria presupune o teamă de a nu dezvolta o boală serioasă – sau convingerea că aveţi una. Dumneavoastră interpretaţi semnele sau senzaţiile fizice ca acuze ale unei boli fizice grave. O teamă nejustificată de prezenţă a unei boli continuă şi după ce medicul a descoperit că nu există o suferinţă fizică după o examinare completă.

Puteţi interpreta o modificare a frecvenţei cardiace, a transpiraţiei sau durerea gastrointestinală ca simptome ale unei boli grave. Puteţi deveni preocupat de un anumit organ – de exemplu, o îngrijorare că aveţi o boală cardiacă.

Deseori, cineva care are hipocondrie abuzează de mersul la doctori şi nu apreciază încercarea acestora de a fi de ajutor. Spre deosebire de sindromul Munchausen (tulburare factică) în care o persoană îşi creează o suferinţă fizică sau îşi produce o leziune pentru a beneficia de atenţie – cei care au hipocondrie cred cu sinceritate că sunt bolnavi fizic.

Tratament

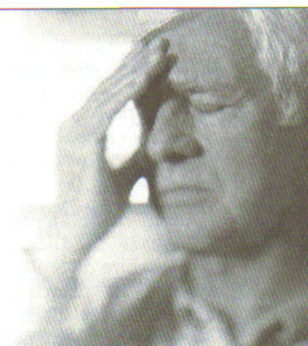
Medicul dumneavoastră vă poate face o examinare completă pentru a descoperi posibilele cauze fizice ale simptomelor dumneavoastră. Atunci când nu se poate găsi o cauză – şi nu se presupune că există o altă suferinţă fizică, cum ar fi depresia sau anxietatea – tratamentul este orientat în general spre a vă ajuta să trăiţi cu problema astfel încât să nu fiţi afectat sau limitat în activitate în mod nejustificat. Aceasta poate cuprinde psihoterapie şi, posibil, medicaţie antidepresivă. Antidepresivele sunt utile în tratamentul depresiei ce poate însoţi o suferinţă inexplicabilă medical. Ele pot fi de ajutor şi în controlul durerii şi în îmbunătăţirea somnului.

Tratamentele uzuale

Suferinţele mentale pot părea o povară insuportabilă, dar în realitate, majoritatea formelor sunt tratabile. Cele trei modalităţi generale de tratare a bolilor psihice sunt medicaţia, psihoterapia şi alte tratamente medicale, care includ terapia electroconvulsivantă (ECT). De multe ori, cea mai eficientă este o combinaţie de metode terapeutice.

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Un efect advers rar, dar cu potențial periculos pentru viață al inhibitorilor selectivi de receptare a serotoninei (SSRI) este sindromul serotoninic. Semnele și simptomele acestuia includ confuzie, halucinații, variații ale tensiunii arteriale și ritmului cardiac, febră, convulsii și posibil comă. Sindromul serotoninic apare mai frecvent când un SSRI interacționează cu un alt antidepresiv, de regulă un ihibitor de monoaminoxidază. Aceasta poate apărea însă și când SSRI se administrează cu alte medicamente ce interferă cu serotonina. Din acest motiv, nu trebuie să luați un SSRI în asociere cu sunătoarea, care este un supliment din plante eliberat fără rețetă și care afectează activitatea serotoninei. De asemenea, este important să vă informați întotdeauna medicul asupra tuturor medicamentelor – prescrise sau neprescrise – pe care le luați.



Tratamentul oricărei suferințe mentale trebuie adaptat fiecărei persoane în parte. Nu există un regim terapeutic unic eficient pentru toată lumea. Cu toate că majoritatea tratamentelor se fac în ambulator, unii pacienți primesc îngrijiri în spital sau în anumite centre, cum ar fi cele cu durată limitată.

Medicație

Evoluția îngrijirii sănătății mentale în ultimii 50 de ani a fost alimentată de descoperirea a noi medicamente și de noile utilizări ale medicamentelor disponibile de timp îndelungat. În anul 1949, medicii au descoperit că o componentă a litiului poate îndepărta simptomele entuziasmului exagerat (mania).

În anul următor s-a descoperit că medicamentul clorpromazină (Thorazine) ameliorează halucinațiile și alte manifestări ale psihozei. Medicamente similare au apărut ulterior și au permis pacienților să fie mutați din centrele mari de psihiatrie în instituțiile comunitare.

În ultimii 20 de ani, dezvoltarea noilor antidepresive și medicamente de stabilizare a stării de dispoziție a revoluționat tratamentul bolilor ca depresia și anxietatea.

Antidepresivele

Oamenii de știință nu știu exact cum ameliorează aceste medicamente simptomele, iar mecanismul poate fi diferit de la o persoană la alta. Este știut totuși că antidepresivele influențează activitatea anumitor substanțe chimice de la nivel cerebral (neurotransmițători) care ajută la transmiterea și recepționarea mesajelor la nivelul celulelor nervoase (neuronii) cerebrale.

Toate antidepresivele sunt aproape la fel de eficiente, cu o rată de ameliorare a simptomatologiei de 60-80%. Medicii nu pot prevedea care medicament va fi eficient și care nu pentru o anumită persoană. Poate fi necesar să încercați mai multe medicamente pentru a-l găsi pe cel care merge mai bine pentru dumneavoastră.

Un punct important care trebuie ținut minte despre antidepresive este că acestea nu acționează imediat. Medicamentul poate începe să acționeze în timp de 2 săptămâni, dar pot trece până la 8 săptămâni înaintea apariției efectului complet.

Tipurile de antidepresive includ:

Inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei

Acest grup de antidepresive influențează activitatea neurotransmițătorului serotonină. Se crede că serotonina joacă un rol crucial în depresie și în alte tulburări de afectivitate.

Inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (SSRIs) includ citalopram (Celexa), escitalopram (Lexapro), fluvoxamină (Luvox), fluoxetin (Prozac), paroxetin (Paxil) și sertralin (Zoloft). Aceste medicamente noi nu sunt neapărat mai eficiente decât antidepresivele dinainte, dar sunt mai sigure și produc reacții adverse mai ușoare și mai tolerabile.

Dacă luați un SSRI pentru depresie, acesta este deseori eficient în îmbunătățirea stării dumneavoastră de dispoziție și îndepărtează alte semne și simptome de depresie. Dacă luați SSRI pentru o tulburare anxioasă, medicamentul vă poate ajuta să fiți mai puțin tensionat și anxios.

Reacțiile adverse ale SSRIs cuprind probleme gastrointestinale, care diminuă sau dispar în timp. SSRIs pot reduce dorința sexuală sau împiedică orgasmul. La bărbați, pot produce o incapacitate de erecție.

Antidepresivele triciclice

Aceste antidepresive mai vechi au fost utilizate încă din 1950. Antidepresivele triciclice includ amitriptilina (Elavil), clomipramina (Anafranil), desipramina (Norpramin), imipramina (Tofranil), nortriptilina (Aventyl, Pamelor), protriptilina (Vivactil) și trimipramina (Surmontil).

Antidepresivele triciclice pot produce mai multe reacții adverse decât antidepresivele noi, dar multe persoane le tolerează bine. Reacțiile adverse pot cuprinde gura uscată, tulburări vizuale, amețeală, somnolență, creștere ponderală, constipație și dificultăți la urinat. Antidepresivele triciclice pot declanșa sau agrava anumite probleme medicale, cum ar fi o mărire a prostatei, unele forme de glaucom și unele tipuri de boli cardiace.

Inhibitorii de monoaminoxidază

Datorită faptului că pot produce reacții adverse importante și că există atât de multe medicamente

ca alternativă, inhibitorii de monoaminoxidază (IMAO) sunt folosiţi inconstant astăzi.

IMAO includ fenelzina (Nardil) şi tranilcipromina (Parnate). Interacţiunile cu alimentele şi cu medicamentele sunt o mare problemă pentru IMAO.

Altele

Există şi alte tipuri de antidepresive care acţionează în diferite moduri. Spre deosebire de SSRI – care influenţează în principal substanţa chimică cerebrală, serotonina – aceste medicamente afectează şi alte substanţe cerebrale, cum ar fi norepinefrina şi dopamina. O parte din medicamente afectează câţiva neurotransmiţători.

Acest grup de antidepresive cuprinde trazodona (Desyrel), nefazodona(Serzone), venlafaxin (Efflexor), bupropion (Wellbutrin), maprotilina (Ludiomil) şi mirtapazin (Remeron).

Unele persoane care iau venlafaxin prezintă o creştere a tensiunii arteriale. Bupropiona este mai puţin probabil să producă o creştere a tensiunii arteriale sau alte reacţii adverse asociate cu antidepresivele, cum ar fi problemele sexuale sau creşterea ponderală. Totuşi, medicaţia vă poate creşte riscul de convulsii şi, de aceea, nu este recomandată celor cu istoric de convulsii.

Trazodona produce mai frecvent decât alte depresive somnolenţă. Este utilizată deseori în doze mici pentru tratarea tulburărilor de somn.

Medicaţia de stabilizare a dispoziţiei

Această categorie se utilizează pentru tratamentul tulburării bipolare. Cele două categorii principale de stabilizatoare ale dispoziţiei sunt litiul şi anticonvulsivantele. Litiul controlează mania, ajută la prevenirea schimbărilor majore ale stării de dispoziţie şi în unele cazuri pot ameliora tristeţea. Litiul este vândut sub numele de marcă Eskalith şi Lithobid şi ca generic carbonat de litiu.

Dacă luaţi litiu, medicul dumneavoastră vă va măsura nivelul de litiu din sânge în scopul ajustării dozei. Medicul va dori să ştie şi ce alte medicamente luaţi, inclusiv medicamentele eliberate fără reţetă, pentru a preveni interacţiunile medicamentoase. Cele mai frecvente reacţii adverse ale litiului sunt greaţa, diareea, oboseala, confuzia şi tremurături ale mâinilor.

Divalproex (Depakote) şi carbamazepina (Carbatrol, Tegretol) sunt prescrise în principal pentru tulburările convulsivante, dar sunt utilizate şi pentru tratamentul tulburărilor bipolare. Nu este sigur cum pot aceste medicamente anticonvulsivante să ajute la tratarea afecţiunii. Anticonvulsivantul se poate lua în combinaţie cu litiul.

Reacţiile adverse ale acidului valproic includ somnolenţa, creşterea apetitului, creştere ponderală şi probleme digestive. Carbamazepina poate produce somnolenţă, ameţeală, confuzie, cefalee, greaţă, rash cutanat şi o scădere a numărului de celule albe sangvine. Ambele medicamente pot produce probleme hepatice la unele persoane.

Medicaţia antianxioasă

Medicaţia antianxioasă este utilizată pentru tratarea unor afecţiuni diverse, cuprinzând tulburările anxioase şi fobiile. Sedativele numite benzodiazepine ameliorează anxietatea - deseori în interval de 30 până la 90 de minute. Aceste medicamente pot deveni însă o obişnuinţă dacă sunt luate mai mult de câteva săptămâni. Din acest motiv, medicii le prescriu de obicei doar pentru o perioadă scurtă de timp pentru a vă ajuta să treceţi de o perioadă specială de anxietate.

Sedativele cele mai frecvent folosite pentru controlul anxietăţii includ alprazolam (Xanax), clordiazepoxid (Librium), clonazepam (Klonopin), diazepam (Valium) şi lorazepam (Ativan). Aceste medicamente pot produce ameţeală, somnolenţă, dezechilibru şi scăderea coordonării musculare. Utilizarea dozelor mari pe termen lung poate produce tulburări de memorie. Nu trebuie să conduceţi, să beţi alcool sau să manevraţi aparate mari atunci când le luaţi.

Atunci când întrerupeţi utilizarea sedativelor este importantă reducerea gradată a dozei în câteva zile sau săptămâni, la sfatul medicului dumneavoastră. Acest lucru poate preveni apariţia simptomelor de sevraj, cum ar fi greaţa, scăderea apetitului, iritabilitatea, insomnia, cefaleea, ameţeala şi tremorul.

Un alt medicament prescris pentru anxietate este buspirona (BuSpar). Aceasta influenţează activitatea serotoninei, dar în mod diferit faţă de antidepresivele SSRI. Adesea, buspirona poate să nu acţioneze la fel de bine dacă aţi luat benzodiazepine în trecut. O reacţie adversă rară a buspironei este senzaţia tranzitorie de „zăpăceală" la scurt timp după administrare. Reacţii adverse mai rare sunt cefalea, greaţa, nervozitatea şi insomnia.

? **Întrebare şi răspuns**

De când am început să iau un antidepresiv am probleme sexuale. Ce pot face?

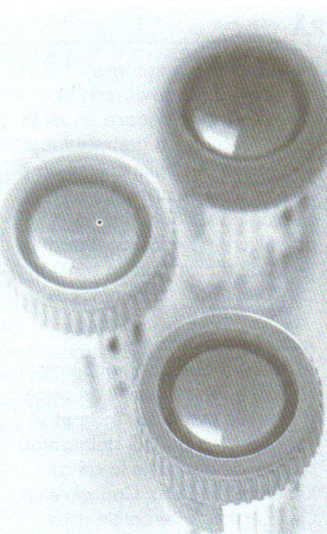
Inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (SSRI) sunt printre medicamentele cele mai frecvent prescrise pentru tratarea depresiei şi anxietăţii, dar aceste produse pot avea efecte adverse sexuale, cum ar fi întârzierea ejaculării, incapacitatea de a atinge orgasmul şi pierderea interesului sexual. Femeile şi bărbaţii prezintă reacţii adverse sexuale în mod egal. Persoanele afectate au de obicei probleme la câteva săptămâni după începerea tratamentului sau după creşterea dozelor.

Uneori, problema se ameliorează în timp sau dacă medicul dumneavoastră reduce dozele. Poate fi de ajutor schimbarea medicaţiei cu o clasă diferită de antidepresive, cum ar fi bupropion (Wellbutrin), mirtazapin (Remeron) sau nefazodon (Serzone). În plus, anumite medicamente pot combate efectele adverse ale SSRI.

Discutaţi cu medicul dumneavoastră despre modalităţi posibile de a trece peste dificultăţile sexuale asociate medicaţiei dumneavoastră.

Utilizarea stimulentelor

Atunci când o persoană este deprimată sever, medicul poate prescrie atât un stimulent cât şi un antidepresiv. Stimulentele includ metilfenidat (Ritalin, Concerta) şi dextroamfetamină şi amfetamină (Adderall). Acestea ajută la creşterea dispoziţiei şi a nivelului de energie în perioada scursă până când antidepresivul devine complet eficient. În mod tipic, după câteva săptămâni veţi întrerupe stimulentul şi veţi rămâne doar pe tratamentul antidepresiv.



Medicaţia antipsihotică

Disponibilă încă din 1950, medicaţia antipsihotică este prescrisă pentru tratarea simptomelor de psihoză, incluzând halucinaţiile şi iluziile. Câteva dintre cele mai utilizate medicamente includ haloperidolul (Haldol), olanzapina (Zyprexa), quetiapin (Seroquel), risperidona (Risperdal), tioridazina (Mellaril), trifluoperazina (Stelozine) şi ziprasidona (Geodon).

Antipsihoticele blochează efectele neurotransmiţătorului dopamină, care este asociată cu psihoza. Medicaţia este deseori eficientă, dar poate produce reacţii adverse, cuprinzând creştere ponderală, uscăciunea gurii, tulburări de vedere, constipaţie, somnolenţă şi creşterea tendinţei de arsuri solare (fotosensibilitate).

Psihoterapia

Cu mult timp înainte de dezvoltarea tratamentelor pentru bolile mentale, unele persoane au găsit un confort în cazul tulburărilor emoţionale prin „despovărarea sufletului" - discutând problemele şi temerile lor. În momentele dificile este normal să vă adresaţi unui prieten, unui membru al familiei, medic sau preot. Discuţiile cu cineva în care aveţi încredere în scopul ameliorării supărării şi primirii unui sfat rămân încă o parte integrală în tratamentul bolilor mentale. În zilele noastre, aceste discuţii se poartă cu o persoană licenţiată în problemele psihice.

Termenul de psihoterapie este cel mai frecvent utilizat pentru a descrie această componentă a tratamentului. Se referă la ajutorul primit de la un specialist în bolile psihice prin discuţii şi ascultare. Terapia prin vorbire este un alt termen frecvent utilizat pentru această metodă.

În funcţie de cât de gravă este boala dumneavoastră şi de tipul de psihoterapie pe care-l primiţi, tratamentul dumneavoastră poate dura doar câteva şedinţe sau poate continua câteva luni sau mai mult. În general, cu cât boala este mai gravă şi mai complicată, cu atât timpul necesar pentru tratament este mai lung.

Trecând peste durata lungă, psihoterapia poate aduce multe beneficii. Vă poate ajuta să vă înţelegeţi singur mai bine, vă oferă metode de rezolvare a problemelor, vă asigură posibilităţi mai eficiente să treceţi peste evenimentul din viaţă şi vă ajută să faceţi faţă emoţiilor puternice.

Totuşi, terapia poate avea succes doar dacă dumneavoastră şi medicul dumneavoastră sunteţi hotărâţi să obţineţi rezultate bune. Este important ca în timpul şedinţelor de terapie să fiţi cinstit, să faceţi faţă unor adevăruri, posibil dureroase, să vă împăcaţi cu sentimente neconfortabile şi să fiţi deschis unor noi preocupări şi moduri de abordare.

În replică, terapeutul vă va asculta cu atenţie şi vă va ghida către adoptarea unor comportamente mai sănătoase. Procesul necesită încredere tacită, respect şi confidenţialitate.

Aşa cum se utilizează o mulţime de medicamente pentru tratamentul bolilor psihice, la fel de multe sunt diversele forme de psihoterapie.

Terapia cognitiv-comportamentală

Terapia cognitiv-comportamentală, numită şi terapia cognitivă, examinează tulburările din gândire care provoacă probleme psihologice. Este terapia cel mai mult studiată şi este foarte eficientă în tratarea suferinţelor psihice. Studiile funcţiilor cerebrale arată că terapia cognitivă poate produce modificări ale activităţii cerebrale în regiunile asociate cu depresia.

Acest tip de terapie se bazează pe ideea că dumneavoastră sunteţi ceea ce gândiţi. Puteţi identifica cu ajutorul psihoterapeutului – gânduri deformate şi să credeţi că acestea declanşează stresul psihologic, temerile sau depresia. Veţi învăţa să înlocuiţi gândurile negative cu percepţii mai realiste, pozitive, şi veţi învăţa moduri de a privi şi de a trece peste evenimentele vieţii.

Tratamentul pune accentul pe învăţarea dezvoltării unei capacităţi de stăpânire şi control al gândurilor şi sentimentelor dumneavoastră. Terapia cognitivă este în general un tratament de scurtă durată.

Terapia interpersonală

Terapia interpersonală este orientată pe relaţiile dintre oameni, acestea fiind cheia înţelegerii şi trecerii peste semnele şi simptomele suferinţei mentale. Scopul terapiei este de îmbunătăţire a relaţiilor dumneavoastră, a tehnicilor de comunicare şi de creştere a propriei aprecieri. Terapia interpersonală explorează în mod tipic patru zone majore: supărarea nerezolvată, conflictele cu alţii, trecerea de la o categorie socială sau ocupaţională la alta şi dificultăţile de comunicare.

Ca şi terapia cognitiv-comportamentală, terapia interpersonală este de obicei de scurtă durată.

MEDICINĂ COMPLEMENTARĂ

Conform unui studiu, mai mult de 1 din 3 persoane cu depresie severă sau anxietate folosește o formă de îngrijire alternativă sau complementară pentru a trata boala, acestea incluzând plante medicinale sau suplimente dietetice eliberate fără prescripție. Unele dintre cele mai populare astfel de suplimente utilizate pentru tratamentul depresiei sunt:

Sunătoarea

Sunătoarea (*Hypericum perforatum*) este folosită de mult timp în medicina populară, iar în Europa este frecvent utilizată în tratarea tulburărilor de anxietate, de somn și a depresiei. În SUA se găsește sub formă de tablete sau ceai. Unele studii au arătat că sunătoarea acționează la fel de bine ca antidepresivele în depresia ușoară până la moderată. Dar multe trialuri clinice au găsit-o ineficace în tratarea depresiei severe. Reacțiile severe ale acestei plante includ: gură uscată, amețeli, tulburări digestive, stare de oboseală, de confuzie și sensibilitate la lumina solară. Sunătoarea poate interfera cu unele medicamente eliberate cu rețetă, cum ar fi antidepresivele și medicamentele utilizate în tratarea infecției cu HIV și SIDA.

SAM

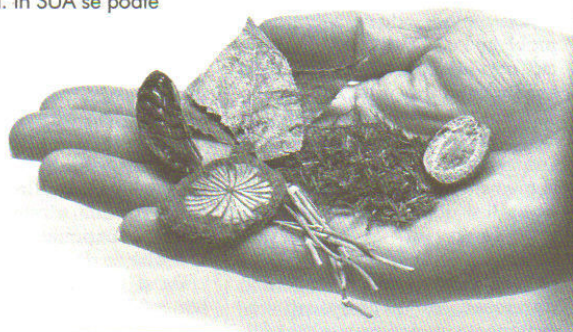
S-adenozil-metionina este un compus chimic disponibil în Europa pentru tratarea depresiei. În SUA se poate cumpăra fără prescripție medicală. SAM se găsește în celulele umane și joacă un rol în multe funcții ale organismului. Sub formă de supliment, se pare că poate crește nivelurile de serotonină și dopamină, deși acest lucru nu a fost confirmat de studii clinice. Luat în cantități crescute, poate fi dăunător.

Acizi grași omega-3

Acizii grași omega-3, nutrienți care se găsesc în uleiul de pește și în unele plante, au început să fie studiați ca posibili stabilizatori ai stării de dispoziție la cei cu tulburare bipolară. Capsulele cu ulei de pește care conțin acizi grași omega-3 pot fi cumpărate din multe magazine. Dar cel mai eficient mod de a obține acești acizi este consumul de pești de ape reci, cum sunt somonul, macroul și heringul.

5-HTP

Unul dintre compușii de care organismul are nevoie pentru a produce neurotransmițătorul serotonină este 5-hidroxitriptofanul (5-HTP). Este prescris în Europa în tratamentul depresiei, iar în SUA este disponibil fără prescripție medicală. Deși este posibil ca 5-HTP să fie de ajutor unor persoane suferinde de depresie, sunt necesare încă multe cercetări înainte de a fi recomandat.



Ea vă poate ajuta la îmbunătățirea capacității dumneavoastră de a stabili relații interpersonale și să vă descurcați în mediul social.

Terapia de desensibilizare și de expunere

Terapia de desensibilizare și de expunere este o terapie comportamentală care este utilă mai ales pentru tratarea fobiilor, a tulburării de stres posttraumatic și a tulburării obsesiv compulsive.

Tratamentul este orientat pe modificarea răspunsului dumneavoastră la un anumit obiect sau situație. De exemplu, expunerea repetată la un obiect care produce teamă sau obsesie vă poate ajuta să vă învingeți frica. Expunerea dumneavoastră la mai multe gânduri și situații ce provoacă anxietate va crește gradat, iar în acest timp veți învăța să rămâneți calm. Teama și anxietatea dumneavoastră pot eventual să diminueze, astfel încât nu va mai fi nevoie să evitați anumite situații și gânduri.

Psihoterapia psihodinamică

Tehnicile de psihoterapie psihodinamică intenționează să ajute oamenii să înțeleagă și să-și schimbe comportamentele sau interacțiunile care au devenit învechite, ineficiente sau distructive. Utilizând concepte legate de procesele psihice inconștiente, aceste terapii își au originea în principiile dezvoltate de Sigmund Freud.

Tehnicile de psihoterapie psihodinamică durează în general peste 6 luni și pot continua câțiva ani de zile. Persoanele care pot beneficia cel mai bine de terapia pe termen lung sunt cele care au mai mult de o singură tulburare psihică sau care au durere persistentă sau modalități de comportament ce costă, cum ar fi teama de obligații sau dificultăți în menținerea relațiilor cu ceilalți.

Terapia de grup

Terapia de grup implică un grup de persoane fără legătură între ele și unul sau mai mulți specialiști în problemele psihice care ajută la desfășurarea ședințelor terapeutice. Nu este același lucru cu grupurile de susținere, care pot fi susținute de perechi sau de un lider mai degrabă decât de un specialist.

Specialiştii în sănătatea mintală(din SUA)

Specialiştii care asigură îngrijirea sănătăţii mintale cuprind:

Psihiatrii

Psihiatrul este un medic care a trecut prin cel puţin 4 ani de specializare înainte de a dobândi titlul de doctor în medicină (MD). Psihiatrii trebuie să aibă licenţă de practică medicală în statul în care îşi desfăşoară activitatea şi majoritatea sunt acreditaţi de Consiliul American de Psihiatrie şi Neurologie. Psihiatrii au calificarea să se ocupe de multe aspecte ale tratamentului, inclusiv de prescrierea medicaţiei.

Psihologii

Un psiholog are de obicei gradul de doctor (Ph.D, Ed.D sau Psy.D) în psihologie sau consultanţă, cu toate că unele state americane permit şi masteranzilor (M.A. sau M:S.) să practice sub supervizarea unui practician cu doctorat. Este necesară o perioadă de supervizare după terminarea doctoratului. Toate statele americane licenţiază psihologi care pot fi acreditaţi şi de Consiliul American al Psihologilor.

Psihologii utilizează testarea şi alte metode care ajută la evaluarea şi tratarea persoanelor cu probleme psihologice. Aceştia utilizează diverse forme de psihoterapie, dar în majoritatea statelor nu pot prescrie medicamente.

Asistenţii sociali

Asistenţii sociali trebuie să aibă gradul de specialişti în asistenţă socială şi să aibă acreditare dată de statul în care practică. Multe state cer, de asemenea, educaţie continuă.

Pentru a primi gradul de asistent social licenţiat (L.C.S.W.) sau asistent social licenţiat independent (L.I.C.S.W.), candidaţii trebuie de regulă să fie instruiţi de specialişti în psihoterapie. Asistentul social poate lucra pentru o agenţie de servicii sociale, în practica privată sau ca membru al unei echipe terapeutice multidisciplinare dintr-un spital sau o clinică, ce cuprinde un psihiatru, un psiholog, asistente şi terapeuţi specializaţi în relaxare şi în încurajarea aptitudinilor. Asistenţii sociali nu pot prescrie medicamente.

Asistenţii de psihiatrie

Un asistent de psihiatrie are o şcoală de asistenţi, este licenţiat şi acreditat ca asistent (R.N.) şi are în plus experienţă în psihiatrie. Un asistent medical specialist (C.N.S.) are licenţă de asistent, este acreditat şi deţine o licenţă de îngrijire în psihiatrie şi sănătate mentală sau într-un domeniu corelat. Asistentul medical specialist poate asigura psihoterapie şi în anumite state poate prescrie medicaţie psihotropă. Asistenţii practicieni (N.Ps.) lucrează de asemenea în psihiatrie. Ei au instruire avansată în evaluarea fizică, fiziologie, farmacologie şi diagnostic clinic şi pot prescrie medicamente.

Alţii

Alţi specialişti în sănătate mentală sunt cei care se ocupă cu terapia cuplurilor şi a familiei, şi consilierii pastorali. Cei care se ocupă cu terapia cuplurilor şi a familiei pot fi psihiatrii, psihologi, asistenţi sociali, asistenţi medicali sau pot avea o altă instruire. Aceştia diagnostichează şi tratează suferinţele mentale în contextul relaţiilor cu alte persoane. Cei care sunt membrii ai American Asociation for Marriage and Family Therapy au cel puţin licenţă de doi ani de practică supervizată cu cupluri şi familii.

Consilierul pastoral este un membru al bisericii, care corelează conceptele religioase cu educaţia comportamentală, în conformitate cu American Association of Pastoral Counselors (AAPC). Nu este necesară o licenţă, certificarea putându-se face de către AAPC.



Grupul se poate forma pe baza diagnosticului, genului, vârstei sau altor caracteristici.

Terapia de grup se adresează multor ţinte comune cu cele ale terapiei individuale, dar este legată în parte de sfaturile, feedback-ul şi susţinerea membrilor grupului. Acest tip de terapie poate fi utilă în tratarea terapiilor sociale, tulburărilor instinctului alimentar şi dependenţei de droguri, alcool şi de jocuri de noroc.

Terapia de cuplu şi familială

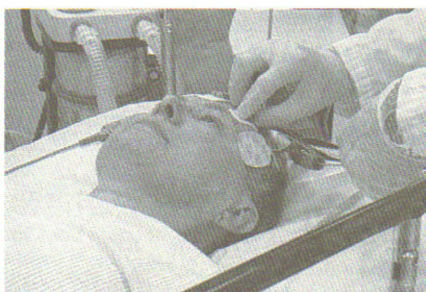
Terapia de cuplu şi cea familială poate fi utilă pentru ajutarea rudelor, partenerilor şi familiilor să colaboreze pentru depăşirea tulburărilor emoţionale şi a stresului pe care le pot produce suferinţele psihice. Terapia cuplurilor şi familială este centrată pe interacţiunea dintre membrii cuplurilor şi familiilor şi nu pe un singur individ.

Terapia electroconvulsivantă

Uneori, medicaţia şi psihoterapia nu sunt eficiente în tratamentul suferinţelor psihice. Se poate ca aceste metode terapeutice să nu fie recomandabile anumitor persoane, pe baza stării lor generale de sănătate. Pentru unele afecţiuni, cum ar fi depresia, o altă alternativă este terapia electroconvulsivantă (ECT). Studii peste studii arată că ECT este un tratament sigur şi eficient.

Cum se face

În timpul acestei proceduri, medicul vă plasează pe cap electrozi mici, fiecare cam de dimensiunea unui dolar de argint. O dată ce electrozii sunt poziţionaţi, veţi primi o injecţie intravenoasă (iv) cu un anestezic cu durată scurtă de acţiune pentru a adormi şi un relaxant muscular pentru a preveni contracţiile musculare ce pot apărea în timpul procedurii. Apoi, medicul apasă un buton al aparatului de ECT care va produce un mic curent electric ce va trece prin creierul dumneavoastră, producând o convulsie ce durează de regulă 30-60 de secunde. După aceea, veţi fi dus într-un salon de recuperare unde o asistentă vă va monitoriza până la trecerea efectelor anesteziei şi a relaxantelor musculare. Durata totală a anesteziei este de circa 10 minute, urmată de 30-45 de minute în salonul de recuperare.



În timpul terapiei electroconvulsivante (ECT), medicul vă plasează pe scalp mici electrozi legaţi la aparatul ECT. De asemenea, se pun şi electrozi care măsoară activitatea electrică a creierului.

Nu se ştie sigur cum ajută ECT o suferinţă psihică. Totuşi, se ştie că multe aspecte chimice ale funcţionalităţii cerebrale sunt modificate în timpul şi după activitatea convulsivantă.

Medicii consideră că ECT este una din cele mai eficiente metode terapeutice în cazul depresiei majore şi a altor suferinţe psihice. Spre deosebire de medicamentele antidepresive sau de psihoterapie, care pot necesita câteva săptămâni până la apariţia unui efect, ECT începe să devină eficientă în câteva zile, cu toate că este necesară deseori o serie de tratamente. În cazul celor care urmează tot tratamentul, ECT este eficientă în aproximativ 80% din cazuri.

După un tratament ECT eficient, este importantă continuarea unor forme de terapie de întreţinere pentru prevenirea recăderilor. Tratamentul de întreţinere poate cuprinde medicaţie sau ECT.

Reacţii adverse

O reacţie adversă la ECT este alterarea memoriei. Imediat după o şedinţă de ECT este posibil să prezentaţi o perioadă de confuzie. Se poate să nu ştiţi unde vă aflaţi sau de ce sunteţi acolo. Această perioadă durează în general de la câteva minute la câteva ore şi poate dura mai mult cu fiecare şedinţă ulterioară. Uneori, confuzia poate dura câteva zile. După terminarea tratamentului, confuzia cedează treptat. Amintirile noi ce pot apărea pe parcursul tratamentului se pot şterge. Rareori, pacienţii au probleme în a-şi aminti evenimente din viaţă petrecute cu câţiva ani înainte. Uneori, această memorie de lungă durată revine după desăvârşirea ECT. Alteori, aceasta rămâne definitiv pierdută.

După ECT puteţi prezenta greaţă, cefalee, dureri musculare sau la nivelul fălcilor. Aceste reacţii adverse sunt minore şi se pot trata cu medicamente. Ele pot fi supărătoare, dar nu sunt grave.

Autoîngrijirea

După ce tratamentul de specialitate a reuşit să controleze problema psihică şi v-a ajutat să vă simţiţi mai bine, este încă nevoie să treceţi peste evenimentele de zi cu zi. Viaţa are în mod inevitabil provocări şi frustrări. Ca o completare a ajutorului pe care îl primiţi de la un specialist în sănătatea mentală, depinde de dumneavoastră să căutaţi posibilităţile de îmbunătăţire a stării de bine. Adoptarea unor obiceiuri sănătoase vă poate ajuta să vă recuperaţi după o boală psihică şi vă reduce riscul de recurenţe. Aceste strategii de viaţă sănătoasă au la bază importanţa îngrijirii corespunzătoare a propriei persoane.

Menţineţi-vă activ

Cercetările arată că exerciţiile fizice regulate vă pot ajuta la controlarea depresiei uşoare-moderate, a anxietăţii şi posibil a altor tulburări psihice. De exemplu, un studiu a arătat că persoanele cu depresie care fac exerciţii fizice 20-60 minute de trei ori pe săptămână prezintă o ameliorare semnificativă a statusului lor mental. Exerciţiile fizice stimulează producerea de endorfine,

Orientările viitoare

Cercetătorii continuă să studieze noi tratamente pentru suferinţele mentale care sunt mai eficiente şi au mai puţine reacţii adverse decât metodele actuale. Două dintre metodele investigate pentru tratarea depresiei sunt stimularea magnetică transcraniană şi stimularea nervului vag.

Stimularea magnetică transcraniană

Într-un fel, stimularea magnetică transcraniană (TMS) este similară terapiei electroconvulsivante (ECT). În cadrul TMS, curentul electric trece printr-o bobină din sârmă aflată în interiorul unui dispozitiv care se poate ţine în mână. Curentul electric creează un puternic impuls magnetic care trece prin scalp şi craniu pentru a stimula celulele nervoase din creier.

TMS nu necesită anestezie şi nu produce în mod voit activitate convulsivantă. Uneori însă pot apărea convulsii. Un alt avantaj al TMS este că nu produce tulburări de memorie ca în cazul ECT.



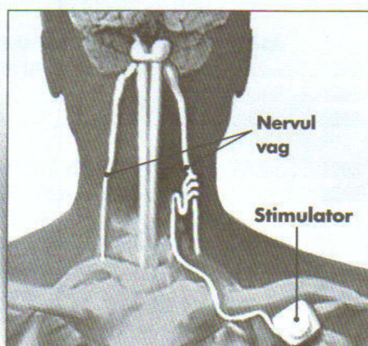
În timpul stimulării magnetice transcraniene, este plasat pe scalp un dispozitiv care emite un impuls magnetic puternic. Energia magnetică trece prin craniu, stimulând celulele nervoase din creier.

Stimularea nervului vag

Stimularea nervului vag (VNS) a fost dezvoltată iniţial pentru tratarea tulburărilor convulsivante care continuă în ciuda medicaţiei. Cercetătorii au început să studieze utilitatea acesteia în tratarea depresiei, după ce au observat că cei care au beneficiat de VNS pentru tratarea convulsiilor au prezentat o îmbunătăţire a stării de dispoziţie.

VNS necesită intervenţie chirurgicală, în timpul căreia se implantează în partea supero-laterală stângă a pieptului un generator de impulsuri electrice similar unui pacemaker cardiac. Fire subţiri sunt plasate sub piele, în sus, către gât, unde sunt răsucite în jurul nervului vag. Nervul vag conectează substanţa cerebrală cu organele trunchiului şi abdomenului. Generatorul este programat să furnizeze impulsuri electrice către nervul vag la fiecare câteva minute.

Ca şi în cazul multor alte tratamente, nimeni nu ştie exact cum ameliorează VNS depresia.



Stimulatorul nervului vag emite impulsuri electrice intermitente către nervul vag.

substanţe chimice care produc senzaţii de satisfacţie şi stare de bine. Exerciţiile fizice asigură şi alte beneficii sănătoase şi îmbunătăţesc în general, calitatea vieţii.

Mâncaţi bine

O dietă echilibrată vă poate îmbunătăţi modul cum vă simţiţi din multe puncte de vedere. Atât corpul dumneavoastră cât şi creierul au nevoie de o nutriţie bună pentru a funcţiona eficient.

Dormiţi cât trebuie

Somnul vă revigorează. El vă îmbunătăţeşte atitudinea şi vă dă putere pentru activitatea fizică şi pentru a face faţă stresului.

Controlaţi stresul şi practicaţi tehnicile de relaxare

Relaxarea vă ajută la instaurarea unui status mental şi fizic de calm care este opusul reacţiei de fugă sau luptă produsă de stres. Pauzele şi activităţile recreaţionale pot reduce de asemenea stresul.

Vezi cap. 5, „Controlul Stresului" pentru informaţii legate de tehnicile de relaxare şi controlul stresului.

Implicaţi-vă

O legătură socială puternică este o componentă importantă a stării de sănătate, incluzând sănătatea mentală.

Prietenii buni şi o familie care vă susţin pot oferi un sens hotărârilor sau semnificaţiilor, încurajare, feedback şi vă pot întinde o mână atunci când aveţi nevoie de ajutor.

Ocupaţi-vă de nevoile dumneavoastră spirituale

Practicile spirituale, fie că implică meditaţia, serviciile religioase, natura sau altceva – au un efect benefic asupra stării de sănătate. Spiritul vă poate ajuta să trăiţi mai bine în ciuda simptomelor dumneavoastră.

Luaţi în considerare suportul unui grup

Organizaţiile de auto-ajutorare pot fi aliaţi importanţi pentru mulţi oameni care se confruntă cu

suferinţe mentale sau care ţin la cineva care are o asemenea tulburare. Aceste grupuri includ Alcoolicii Anonimi şi alte grupuri similare pentru persoanele cu alte tipuri de dependenţă. În multe comunităţi, grupurilor de auto-ajutorare sunt făcute pentru cei cu depresie, anxietate, schizofrenie şi alte suferinţe mentale. ■

CAPITOLUL 38 PARTEA a V-a

Tulburările de somn

Somnul este o necesitate primară, la fel de importantă pentru sănătatea dumneavoastră şi starea de bine ca şi aerul proaspăt, apa curată şi alimentele. Oamenii îşi petrec aproape o treime din viaţa lor în stare de inconştienţă, cunoscută sub numele de somn. Somnul este însă mai mult decât o pauză din activitatea zilnică sau o retragere pasivă. El este o stare activă, care reînnoieşte sănătatea fizică şi mentală. După un somn bun noaptea, vă sculaţi revigorat, vioi, gata să îndepliniţi activităţile zilnice. Aşa cum a scris Shakespeare, somnul liniştit este ca „o baie după o muncă grea, un balsam pentru minţi rănite..., o masă îmbelşugată după o viaţă de post".

Atunci când nu dormiţi suficient, puteţi fi mai puţin vioi şi viguros, şi probabil mai confuz, iritabil şi obosit. Lipsa somnului vă afectează nu numai nivelul de energie, dar şi funcţionalitatea dumneavoastră mentală şi socială. Vă poate fi mai greu să vă concentraţi şi puteţi fi mai nerăbdător cu alţii, mai puţin activ în relaţiile dumneavoastră interpersonale şi mai puţin productiv la serviciu. Somnul insuficient poate fi de-a dreptul periculos. În conformitate cu Administraţia Naţională pentru Siguranţa Traficului Rutier (SUA), peste 100 000 de accidente pe an în SUA sunt datorate şoferilor care adorm la volan.

Deci, cât este necesar să dormim? Cantitatea de somn necesară în fiecare noapte variază de la o persoană la alta. Media este de 7½ până la 8 ore de somn pe noapte, dar unele persoane se simt bine doar cu 4-6 ore de somn, în timp ce alţii au nevoie de 8-9 ore. Mai important decât să socotiţi orele de somn este să apreciaţi cum vă simţiţi în timpul zilei. Dacă vă simţiţi vioi, puteţi efectua o bună activitate şi nu sunteţi obosit, chiar atunci când staţi jos şi vă relaxaţi pentru câteva minute, probabil că aţi dormit suficient.

Din nefericire, mulţi americani nu dorm cât trebuie pentru a avea o sănătate optimă, siguranţă şi performanţe. Peste 100 de milioane de americani de toate vârstele au uneori probleme cu somnul. Pentru mulţi oameni, un stil de viaţă agitat şi creşterea cerinţelor în muncă cresc nevoia de timp, iar somnul ocupă o poziţie secundară.

Diferite tulburări de somn pot, de asemenea, priva oamenii de odihnă. Insomnia, caracterizată prin dificultate de a adormi sau de a-şi menţine somnul, este cea mai frecventă problemă de somn. Insomnia şi alte tulburări de somn sunt discutate în acest capitol, împreună cu modelele normale de somn. Din fericire, majoritatea problemelor de somn sunt tratabile şi tratarea acestora duce deseori la un somn bun noaptea.

Stadiile şi modelele somnului

În timp ce dormiţi, multe lucruri se întâmplă în corpul dumneavoastră. Somnul este un proces dinamic şi nu este la fel pe toată durata. Prin măsurarea undelor cerebrale, cei care cercetează somnul au identificat câteva stadii ale acestuia care se repetă în cicluri destul de regulate de-a lungul nopţii.

Dormiţi suficient?

Mulţi oameni cred că dorm suficient, dar în realitate nu este aşa. Se poate să nu dormiţi suficient, iar calitatea somnului să nu fie corespunzătoare dacă:

- Ignoraţi în mod normal alarma ceasului sau smulgeţi câteva minute în plus pentru a aţipi înainte să vă ridicaţi
- Priviţi înainte la somnul pe care îl veţi prinde în weekend
- Trebuie să vă luptaţi să staţi treaz în timpul întâlnirilor lungi, în camerele supraîncălzite sau după o masă copioasă
- Sunteţi nervos cu colegii de serviciu, cu familia şi cu prietenii
- Aveţi dificultăţi de concentrare sau de memorie
- Vă ia mai mult de 30 de minute să adormiţi seara
- Vă treziţi de mai multe ori în timpul nopţii
- Vă sculaţi ameţit şi nerefăcut
- Rudele sau partenerul dumneavoastră se plâng că sforăiţi sau că aveţi un somn agitat



Tipurile şi stadiile somnului

Cele două tipuri de somn sunt faza fără mişcare rapidă a ochilor (NREM) şi faza de mişcare rapidă a ochilor (REM)

Somnul NREM

Noaptea începe cu trecerea în stadiul 1 al somnului NREM, un somn uşor. În timpul somnului NREM, activitatea creierului şi corpul dumneavoastră funcţionează lent. Acest tip de somn are alte 3 stadii: stadiul 2 este cel care ocupă cel mai mult timp. În timpul acestui stadiu, undele cerebrale devin mai largi, cu izbucniri de activitate electrică. Stadiile 3 şi 4, numite somn profund, sunt cele mai odihnitoare. În aceste stadii, undele cerebrale sunt largi şi lente şi este mai dificil să vă treziţi.

Somnul REM

Faza REM a somnului apare după 1½ – 2 ore după ce aţi adormit. În timpul somnului REM, ochii dumneavoastră se mişcă rapid în spatele pleoapelor închise, de aici provenind şi numele. Aceasta este o perioadă de creştere a activităţii, în timpul căreia visaţi, iar viteza de funcţionare a corpului dumneavoastră creşte.

Pe parcursul fazei REM a somnului, undele cerebrale arată o activitate electrică mai rapidă, cu o amplitudine mai mică decât în alte faze ale somnului, un model care este similar undelor cerebrale din perioada de nesomn. Acest lucru sugerează că gândiţi mai mult , sub forma viselor, în această fază decât în alte stadii. Persoanele trezite în timpul fazei REM îşi pot reaminti visele.

Creierul dumneavoastră necesită cantităţi crescute de oxigen, fluxul cerebral fiind crescut, în timpul somnului REM. Chiar dacă unele funcţii ale organismului sunt accelerate, majoritatea muşchilor dumneavoastră sunt paralizaţi – probabil pentru a vă împiedica să acţionaţi conform viselor pe care le aveţi.

Modelele somnului

Modelele şi necesităţile dumneavoastră de somn sunt reglate de un ceas biologic din creierul dumneavoastră. Modelul natural de a merge şi de a dormi ce se succedă în cursul unei zile de 24 de ore poartă numele de „ritm circadian". Cuvântul „circadian" vine din două cuvinte latine („circa" pentru „în jurul" şi „dia" pentru „zi"). Ritmul circadian ghidează nu numai ritmul somn-veghe, dar şi metabolismul şi temperatura corpului dumneavoastră.

Acest ceas intern vă face să dormiţi noaptea şi să vă treziţi dimineaţa. Ceasul majorităţii oamenilor are un ciclu de aproximativ 24 de ore, dar ceasurile individuale variază. Unele persoane sunt matinale şi descoperă că au mai multă energie şi sunt mai vioaie dimineaţa. Alţii, comparaţi frecvent cu păsările nocturne, sunt mai activi mai târziu, pe parcursul zilei. Totuşi, aproape toată lumea are nevoie să doarmă între miezul nopţii şi zori. Mulţi oameni sunt de asemenea adormiţi în mijlocul zilei, putând trage un pui de somn după-amiaza.

Atunci când ritmul dumneavoastră circadian natural este tulburat, somnul poate fi dificil. Acest lucru se poate întâmpla dacă petreceţi perioade lungi de timp în pat, dacă staţi timp îndelungat într-o zonă cu puţină lumină naturală, dacă mergeţi la culcare sau vă treziţi la întâmplare sau dacă treceţi prin câteva nopţi cu insomnie. Trecerea de la un fus orar la altul în timpul călătoriilor vă poate întrerupe ritmul circadian, producând un decalaj. Persoanele care fac schimbări dese de serviciu prezintă deseori probleme cu somnul. Temperatura, metabolismul şi starea dumneavoastră vă pot afecta de asemenea modelele somnului.

Schimbarea modelelor somnului cu vârsta

Modelele somnului variază cu vârsta. În primele săptămâni de viaţă, majoritatea copiilor petrec cel puţin jumătate din timp dormind. Atunci când se nasc sugarii par să nu facă diferenţa dintre zi şi noapte, dar îşi pot eventual stabili propriul ritm circadian, adaptându-şi obiceiurile pentru o zi completă de 24 de ore.

Copiii petrec aproximativ jumătate din somnul lor în faza de mişcare rapidă a ochilor, în comparaţie cu circa 20% la adulţi. Sugarii trec uneori imediat în faza de REM, dar adulţii trebuie să treacă înainte prin alte stadii ale somnului. Oamenii de ştiinţă cred că somnul REM activează zonele de învăţare din creier.

Pe măsură ce copiii cresc, obiceiurile lor de somn devin mai organizate. Frecvent, perioade neprevizibile de somn duc la petrecerea a aproximativ 11 ore de somn noaptea, deseori în plus faţă de un pui de somn în timpul zilei. Pe la vârsta de 5 ani, majoritatea copiilor încetează să mai doarmă în timpul zilei şi numărul de ore de somn necesar scade treptat. Cu toate că 8 ore de somn pe noapte sunt deseori suficiente pentru copiii mai mici, mulţi

Ciclurile somnului

De-a lungul nopţii, dumneavoastră treceţi dintr-o fază de somn în alta conform unor cicluri ce pot dura 70-90 de minute fiecare. Perioadele REM iniţiale sunt foarte scurte, de obicei 5-10 minute. Puteţi prezenta câteva perioade REM mai lungi, pe măsură ce avansează noaptea. Datorită faptului că somnul REM este mai activ, oamenii simt deseori că somnul din a doua parte a nopţii este mai puţin adânc decât cel din prima jumătate.



Somnul şi îmbătrânirea

Unii oameni au mai multe probleme cu somnul pe măsură ce îmbătrânesc. Într-un studiu efectuat pe 9 000 de oameni cu vârste de 65 de ani şi mai mult, peste jumătatre din aceştia au raportat cel puţin o problemă cu somnul pe termen lung. Vârstnicii au deseori dificultăţi să adoarmă seara sau se trezesc devreme dimineaţa şi pot să nu mai adoarmă.

Mai mulţi factori contribuie la dificultatea obţinerii unui somn bun noaptea pe măsura îmbătrânirii. Aceştia includ:

Modificări ale ritmului somn – veghe

În jurul vârstei de 60 – 70 de ani, ritmul dumneavoastră circadian se schimbă. Vârstnicii adorm deseori mai devreme seara şi se trezesc mai devreme dimineaţa.

Modificările stilului de viaţă

Puteţi fi mai puţin activ fizic sau pe plan social. Activitatea ajută la inducerea unui somn bun. Puteţi avea mai mult timp liber şi, ca urmare, să beţi mai multă cafea, alcool sau să trageţi un pui de somn ziua. Aceste lucruri pot interfera cu durata somnului nocturn.

Problemele medicale şi schimbările din viaţă

Durerea cronică datorată unor probleme ca artrita sau afecţiunile spatelui vă poate tulbura somnul. Alte boli care pot interfera cu somnul includ osteoporoza, pirozisul, boala Parkinson, demenţa, boala Alzheimer şi bolile pulmonare.

Bărbaţii vârstnici prezintă deseori mărirea de cauză necanceroasă a prostatei (hiperplazia benignă de prostată sau BPH). Aceasta poate produce urinări frecvente noaptea. La femei, bufeurile asociate menopauzei pot tulbura somnul.

Suferinţele mentale

Depresia, stresul şi necazurile mari sunt frecvente la vârstnici deoarece ei se confruntă cu modificările vieţii, cum ar fi scăderea capacităţii fizice, pierderea persoanei iubite şi părăsirea casei proprii. Aceste probleme produc deseori tulburări de somn.

Tratamentul medicamentos

Multe medicamente au efecte stimulante şi pot produce tulburări de somn. Medicamentele care pot interfera cu somnul includ unele antidepresive, decongestionante nazale, bronhodilatatoare, corticosteroizi şi medicaţie antihipertensivă.

Tulburările de somn

Câteva tulburări de somn devin mai frecvente cu vârsta. Acestea includ apneea în somn, sindromul picioarelor neliniştite, tulburarea de mişcare periodică a unui membru şi tulburarea comportamentului în timpul fazei de mişcare a ochilor (REM) a somnului.

În ciuda tuturor acestor modificări, totuşi somnul prost nu este inevitabil o dată ce îmbătrâniţi. Puteţi face multe lucruri pentru a vă îmbunătăţi calitatea somnului. De exemplu, exerciţiile fizice zilnice şi o expunere mai lungă la lumina soarelui vă pot revigora ciclul somn –veghe.

Femeile şi somnul

Menstruaţia, sarcina şi menopauza pot afecta procesul somnului la femei. Acest lucru apare deoarece schimbarea nivelurilor hormonilor sexuali feminini, estrogeni şi progesteron, afectează somnul.

În timpul ciclului dumneavoastră menstrual, hormonul progesteron creşte după ovulaţie şi vă poate face să fiţi mai adormită. Nivelul progesteronului atinge un vârf în jurul zilelor 19 – 21 ale ciclului şi apoi începe să scadă. Pe parcursul acestei perioade de scădere puteţi observa că este mai greu să adormiţi. În timpul săptămânii dinaintea menstruaţiei, unele femei care trec prin sindromul premenstrual (PMS) se plâng frecvent de insomnie şi de somnolenţă în timpul zilei.

Tulburările somnului din timpul sarcinii sunt, de asemenea, frecvente, mai ales o dată cu avansarea sarcinii. Pe parcursul primului trimestru poate apărea somnolenţă în timpul zilei, ca rezultat al creşterii nivelului de progesteron. În ultimul trimestru de sarcină, disconfortul fizic, crampele din picioare, arsurile de la stomac şi creşterea nevoii de a urina vă pot tulbura somnul. Unele femei gravide dezvoltă



sindromul picioarelor neliniştite, care dispare de regulă după naşterea copilului. Somnul continuă deseori să fie întrerupt după naştere datorită deservirii necesităţilor copilului noaptea.

Femeile raportează cele mai multe probleme cu somnul pe parcursul menopauzei. Modificarea şi scăderea nivelului de estrogeni pot produce simptome ce pot tulbura somnul, cum ar fi bufeurile. Sforăitul este mai frecvent şi mai sever la femeile din postmenopauză.

Apneea în somn este mai puţin frecventă la femei decât la bărbaţi, dar adesea apare şi trece nediagnosticată.

adolescenţi au nevoie de puţin mai mult: 8½ până la 9 ore în fiecare noapte. În adolescenţă, ceasul biologic se schimbă. Adolescenţii încep să stea treji până mai târziu şi au o zi mai grea dacă se trezesc mai devreme. Studiile sugerează că această schimbare se datorează unei schimbări a secreţiei de melatonină, un hormon care induce somnul şi ajută o persoană să-şi seteze ritmul circadian.

Nevoile de somn rămân în general constante pe perioada vârstei adulte. În ciuda părerii generale că aveţi nevoie de mai puţin somn pe măsură ce îmbătrâniţi, necesarul de somn de care au nevoie corpul şi creierul dumneavoastră se modifică puţin. Totuşi, modelele de somn se modifică cu vârsta.

Între 50 şi 60 de ani, somnul poate deveni mai puţin odihnitor. Puteţi petrece mai mult timp în faza de somn superficial – stadiile 1 şi 2 ale somnului NREM – şi mai puţin timp în faza de somn profund – stadiile 3 şi 4 ale somnului NREM. Nu numai că veţi fi mai puţin odihnit, dar dormiţi şi mai superficial şi vă treziţi mai uşor. Trezirile frecvente în timpul nopţii vă pot face să vă simţiţi mai adormit în ziua următoare.

Insomnia

Insomnia este cea mai frecventă tulburare a somnului. Ea este definită ca o incapacitate de a dormi suficient, până la punctul în care activitatea dumneavoastră din timpul zilei este afectată. Aproape oricine are nopţi nedormite ocazional, probabil datorate stresului, arsurilor la stomac sau consumării unor cantităţi excesive de cofeină sau alcool. Insomnia diferă, ea apărând în mod regulat sau frecvent.

Semne şi simptome

- Dificultăţi de a adormi seara
- Treziri frecvente pe parcursul nopţii
- Trezirea prea devreme dimineaţa
- Oboseală sau somnolenţă în timpul zilei
- Iritabilitate în timpul zilei

Aproximativ 1/3 dintre toţi oamenii au insomnie la un moment dat. Simptomele insomniei includ dificultatea de a adormi, trezirea frecventă noaptea, scularea prea devreme dimineaţa şi incapacitatea de a adormi din nou. Insomnia poate fi temporara sau cronică.

Consecinţe

Pentru majoritatea oamenilor, o noapte sau două dormite prost sau chiar o noapte albă, nu sunt atât de grave. Somnul pierdut vă poate submina motivaţia şi vă creează dificultăţi de concentrare, dar atât timp cât reveniţi la un somn normal în câteva zile, nu veţi mai prezenta nici o consecinţă. O noapte bună de somn, după câteva mai proaste, este suficient să vă reveniţi.

Totuşi, lipsa cronică a somnului poate duce la o nevoie mare de a dormi, ceea ce poate crea consecinţe importante. Nevoia de recuperare a somnului este cumulativă şi chiar pierderile mici din somnul de noapte pot contribui la afectarea activităţii din timpul zilei. Consecinţele posibile sunt creşterea riscului de accidente şi scăderea performanţelor la şcoală sau la serviciu.

Deprivarea de somn pe termen lung vă poate afecta sănătatea fizică şi mentală. Somnul vine în ajutorul sistemului imun, astfel încât să puteţi lupta cu virusurile şi bacteriile. După câteva nopţi lipsite de somn, unii oameni încep să aibă halucinaţii.



Cauze

Cauzele insomniei sunt numeroase şi variate. Acestea cuprind:

Stresul şi anxietatea

Grijile legate de serviciu, şcoală, sănătate sau familie vă pot menţine mintea prea activă şi incapabilă să se relaxeze pentru a adormi. Plictiseala excesivă, cum ar fi în timpul unei boli îndelungate, poate produce de asemenea un stres care vă ţine treji. Anxietatea de zi cu zi, precum şi tulburările anxioase severe vă pot menţine mintea prea activă pentru a putea adormi.

Depresia

Deseori, persoanele deprimate fie dorm prea mult, fie au probleme să adoarmă. Aceste lucruri se pot datora dezechilibrelor chimice de la nivelul creierului sau faptului că anxietatea care poate însoţi depresia împiedică relaxarea.

Schimbările de mediu sau la serviciu

Călătoriile aeriene sau pe distanţe lungi sau necesitatea de a lucra în schimburi, târziu sau devreme, vă pot tulbura ritmul circadian.

Vârsta

Insomnia are o prevalenţă în creştere o dată cu vârsta.

Stimulentele şi medicamentele

Consumul de cafea, ceai sau cola poate declanşa insomnia. Dacă sunteţi în mod special sensibil la cofeină, chiar şi o ceaşcă sau două consumate în timpul zilei, vă pot ţine treaz noaptea. Fumatul contribuie, de asemenea, la insomnie. Nicotina este un stimulent ce dă dependenţă şi care vă poate ţine treaz. În plus, fumătorii prezintă fenomene de sevraj noaptea, fiindule mai dificil atât să adoarmă seara cât şi să se trezească dimineaţa.

Unele medicamente prescrise, incluzând steroizii, unele medicamente antihipertensive şi antidepresive pot interfera cu somnul. Multe medicamente eliberate fără reţetă, incluzând formele de aspirină, decongestionantele nazale şi produsele pentru slăbit conţin cofeină şi alte stimulente. Antihistaminicele vă pot turti iniţial, dar pot

agrava problemele urinare, determinându-vă să vă sculaţi mai des noaptea.

Medicamentele pentru somn

Medicii recomandă în general utilizarea pastilelor pentru somn doar pentru maxim 4 săptămâni. Aceste medicamente îşi pierd deseori eficacitatea în timp.

Alcoolul

Cu toate că un pahar sau două de alcool îi poate ajuta pe unii să se relaxeze suficient pentru a adormi, chiar şi cantităţile moderate de alcool pot tulbura modelele normale de somn. Alcoolul vă poate ajuta să mergeţi la culcare, dar vă poate trezi frecvent în mijlocul nopţii.

Obişnuirea cu insomnia

După câteva nopţi cu puţin somn, puteţi să începeţi să vă îngrijoraţi asupra somnului. Cu cât îngrijorarea creşte, cu atât mai puţin veţi dormi. Puteţi începe să asociaţi statul în dormitor cu a fi treaz. Majoritatea persoanelor care au această problemă dorm mai bine atunci când sunt departe de locul obişnuit de somn sau atunci când nu încearcă să doarmă, cum ar fi atunci când se uită la televizor.

Problemele medicale şi schimbările din viaţă

Bolile sau problemele care pot produce durere, cum ar fi artrita, fibromialgia sau o tulburare nervoasă (neuropatie) pot interfera cu somnul. Alergiile, problemele tiroidiene şi menopauza vă pot afecta de asemenea, somnul.

Mese prea bogate, prea târziu

O masă bogată înainte de culcare vă poate face să nu vă simţiţi bine din punct de vedere fizic în timp ce staţi întins, fiind dificil să adormiţi. După masă, multe persoane au pirozis, un reflux de alimente din stomac în esofag. Această senzaţie neconfortabilă vă poate ţine treaz

Factorii din mediu

Un partener cu care dormiţi şi care sforăie, un câine care latră şi o cameră prea călduroasă sunt doar câteva dintre problemele înconjurătoare ce pot face somnul dificil.

Diagnostic

Dacă sunteţi mai obosit ca de obicei, nu aţi mai dormit bine de mai mult de o lună şi dacă aveţi un somn capricios, puteţi avea insomnie. Adresaţi-vă medicului. Acesta vă poate pune întrebări asupra modului în care dormiţi, cum ar fi de cât timp prezentaţi probleme şi dacă apar în fiecare noapte. Medicul vă poate întreba şi asupra stării dumneavoastră de dispoziţie, a programului de la serviciu, dacă sforăiţi, cât de bine vă puteţi desfăşura activitatea în timpul zilei şi dacă luaţi anumite medicamente sau dacă aveţi alte probleme de sănătate. Vi se poate cere să completaţi un chestionar pentru a observa nivelul de somnolenţă din timpul zilei.

Medicul dumneavoastră vă poate cere să urmaţi un program de somn pentru câteva săptămâni, cu observarea momentelor când mergeţi la culcare, când vă sculaţi, cât timp vă ia să adormiţi, cât timp credeţi că aţi dormit pe parcursul nopţii şi cât de odihnit vă simţiţi în dimineaţa următoare. Medicul vă poate sugera să petreceţi o noapte într-un centru specializat în tulburările somnului, unde somnul vă poate fi monitorizat şi studiat.

? Întrebare şi răspuns

Lucrez în schimbul de noapte şi am probleme să dorm ziua. Există ceva ce pot face?

Păstraţi-vă dormitorul cât mai silenţios şi mai întunecat posibil şi stabiliţi-vă un orar pentru somn. Dacă este posibil, rămâneţi „în schimb" şi în zilele în care nu lucraţi, ceea ce înseamnă să urmaţi acelaşi program de somn ca în zilele în care trebuie să mergeţi la serviciu.

Evitaţi utilizarea tabletelor pentru somn pentru a vă îmbunătăţi somnul. Acestea pot crea dependenţă şi pot duce de fapt la agravarea problemelor cu somnul. Folosirea cofeinei pentru a vă menţine treaz în timp ce lucraţi vă poate crea dificultăţi să adormiţi o dată ce ajungeţi acasă. Dacă este încă lumină atunci când mergeţi acasă de la serviciu, încercaţi să purtaţi ochelari de soare pentru a preveni bulversarea ceasului dumneavoastră intern. Pentru mulţi lucrători în schimburi, somnul este în mod particular fugitiv. Serviciul în ture vă forţează să încercaţi să adormiţi atunci când activităţile din jurul dumneavoastră şi propriul dumneavoastră ritm biologic vă semnalează că trebuie să rămâneţi treaz şi viceversa.

Problemele de somn ale unor persoane sunt rezultatul modificărilor frecvente ale schimburilor de la serviciu. Dacă este posibil, rămâneţi într-o singură tură, cum ar fi schimbul de noapte, în loc să vă rotiţi între turele de zi, seară şi noapte.

Tratament

Insomnia este de regulă temporară. Dacă măsurile pe care le luaţi nu dau rezultate, medicul dumneavoastră vă poate recomanda şi alte abordări.

Terapia comportamentală şi cognitivă

Terapia comportamentală şi cognitivă vă poate învăţa despre somn şi vă ajută să vă adaptaţi modul în care dormiţi. Terapia comportamentală şi cognitivă include:

Învăţarea relaxării

Învăţarea relaxării, în cadrul căreia sunteţi antrenat asupra diferitelor tehnici de relaxare, poate fi de ajutor în cazul în care aveţi probleme cu somnul din cauza stresului sau anxietăţii.

Controlul stimulilor

Controlul stimulilor vă educă să vă asociaţi dormitorul cu somnul. Vi se poate cere să vă limitaţi activităţile din dormitor, ca somnul şi sexul, şi să mergeţi în pat doar atunci când sunteţi somnoros şi să vă părăsiţi dormitorul dacă nu adormiţi repede.

Limitarea somnului

Medicul dumneavoastră vă poate cere să reduceţi timpul petrecut în pat chiar până la 5 ore pe noapte, iar apoi să creşteţi treptat timpul până atunci când veţi atinge calitatea şi durata dorită a somnului. Ideea este de a reduce timpul petrecut în pat fără să dormiţi. Nouă din zece persoane ce au insomnie stau în pat mai mult decât este nevoie.

Medicaţie

Pentru a vă ajuta să dormiţi, medicul dumneavoastră vă poate recomanda medicamente, deseori un tratament scurt, până când încep să acţioneze alte metode terapeutice.

Tablete pentru somn eliberate cu reţetă

Puteţi lua un tratament prescris pentru câteva săptămâni, până când stresul din viaţa dumneavoastră va diminua sau până când veţi observa beneficiile schimbărilor stilului de viaţă sau ale terapiei comportamentale sau cognitive. Atunci când somnul dumneavoastră pare să se îmbunătăţească, medicul dumneavoastră vă va scădea treptat doza de medicament. Tabletele pentru dormit nu sunt recomandate pe termen lung deoarece pot duce la dependenţă şi la alte reacţii adverse nedorite.

Benzodiazepinele sunt medicamente pentru somn utilizate de

Sfaturi pentru un somn mai bun



Tipurile de somn sunt individualizate, iar tehnicile care pot ajuta o persoană să doarmă mai bine, pot să nu fie utile pentru alte persoane. Primul lucru pe care trebuie să-l luaţi în considerare atunci când suferiţi de insomnie este că modificările simple ale orelor obişnuite de a merge la culcare vă pot ajuta de asemenea să dormiţi. Iată câteva mijloace pentru a vă îmbunătăţi somnul:

- *Respectaţi un orar de somn.* Mergeţi la culcare şi sculaţi-vă cam la aceeaşi oră în fiecare zi, inclusiv la sfârşitul săptămânii.
- *Stabiliţi şi urmaţi un ritual când mergeţi la culcare.* Seara, încetiniţi ritmul activităţilor.
- *Limitaţi-vă timpul de stat în pat la nu mai mult de 8 ore.* În mod contrar celor crezute, statul prea mult timp în pat vă tulbură de obicei somnul în timpul nopţii
- *Nu mâncaţi şi nu beţi mult înainte de a merge la culcare.* O masă uşoară vă poate ajuta să dormiţi, dar evitaţi mesele copioase şi lichidele sau alimentele care stimulează producţia acidă a stomacului, ceea ce poate produce arsuri. Beţi mai puţine lichide înainte de culcare, astfel încât să nu fie nevoie să mergeţi la baie atât de des.
- *Evitaţi sau limitaţi-vă somnul de după amiază.* Somnul regulat de după amiază poate contribui la insomnie. Dacă nu puteţi fără să trageţi un pui de somn după amiază, faceţi-o pentru mai puţin de 30 de minute.
- *Alegeţi-vă momentele de preocupare.* Dacă grijile vă ţin treaz, încercaţi să la rezolvaţi înainte de a merge la culcare. Rezervaţi-vă o perioadă de timp pentru probleme pe parcursul zilei. Faceţi o listă de probleme şi identificaţi soluţiile posibile.
- *Evitaţi sau limitaţi consumul de cofeină, nicotină sau alcool.* Nu beţi după cină cafea cu cofeină, ceai, cacao sau cola. Nu fumaţi niciodată înainte de culcare deoarece nicotina poate produce un somn superficial sau insomnie.
- *Nu vă uitaţi la ceas.* Dacă un ceas de lângă pat vă ţine noaptea treaz, puneţi-l într-un sertar sau sub pat.
- *Faceţi exerciţii fizice şi fiţi activ.* Încercaţi să faceţi 30 de minute de exerciţii fizice moderate în majoritatea zilelor săptămânii. Activitatea fizică creşte profunzimea şi calitatea somnului. Evitaţi însă exerciţiile fizice în apropiere de ora de culcare. Exerciţiile de după amiază par să aibă cel mai bun efect asupra somnului.
- *Găsiţi-vă modalităţi de relaxare.* O baie caldă sau o cană de lapte cald pot fi de ajutor. Încercaţi exerciţiile de relaxare.
- *Creaţi-vă un mediu confortabil pentru somn.* Păstraţi-vă locul unde dormiţi silenţios, întunecat şi plăcut de răcoros. Asiguraţi-vă că aveţi un pat confortabil.
- *Nu vă bazaţi pe pilulele pentru somn.* Dacă luaţi medicamente pentru somn timp de câteva zile, reduceţi gradat dozele atunci când doriţi să le întrerupeţi.
- *Revizuiţi-vă medicaţia.* Întrebaţi-vă doctorul dacă medicamentele prescrise pot contribui la insomnia pe care o aveţi. Verificaţi prospectul medicamentelor eliberate fără prescripţie pentru a vedea dacă acestea conţin cofeină sau alte stimulente, cum ar fi efedrina sau pseudoefedrina.
- *Dacă somnul nu vine de la sine, sculaţi-vă.* Citiţi o carte, ascultaţi muzică sau uitaţi-vă la televizor până când vă simţiţi somnoros. Apoi mergeţi în pat să adormiţi. Nu vă schimbaţi însă ora de sculare dimineaţa. Este important să respectaţi un timp strict pentru mersul la culcare şi pentru sculare.

mult timp. Acestea cuprind medicamente ca flurazepam (Dalmane) şi estazolam (ProSom), care diminuă activitatea sistemului nervos central. După 4-6 luni de utilizare, acestea nu numai că îşi pierd eficienţa, dar vă şi modifică modelul de somn şi contribuie la insomnie.

Cu toate că noile pilule pentru somn ca zolpidem (Ambien) şi zaleplon (Sonata) dau mai puţin obişnuinţă în comparaţie cu cele de mai sus, ele nu sunt totuşi recomandate pe termen lung.

Medicul dumnevoastră vă poate avertiza asupra consumului de medicamente pentru somn dacă beţi alcool sau dacă veţi conduce automobilul la scurt timp după trezire. Alcoolul, care este de asemenea un sedativ, exacerbează efectele medicaţiei pentru somn. Dacă aveţi peste 65 de ani, medicamentele pentru somn pot fi contraindicate, deoarece efectele lor sedative vă pot creşte riscul de a cădea.

Tablete pentru somn eliberate fără reţetă

Medicamentele pentru somn eliberate fără prescripţie sunt mai puţin eficiente decât cele eliberate cu reţetă. Multe medicamente eliberate fără reţetă conţin antihistaminice care induc somnolenţă.

Aceste produse sunt bune pentru utilizarea ocazională în cazul unor nopţi nedormite, dar şi acestea îşi pierd eficienţa pe măsură ce luaţi mai multe. Multe dintre pilulele pentru somn eliberate fără prescripţie conţin difenhidramină, care poate produce dificultăţi la urinat şi vă poate face să vă simţiţi adormit pe tot parcursul zilei.

Antidepresivele

Tratarea depresiei poate ajuta la îmbunătăţirea somnului, dar majoritatea antidepresivelor nu fac acest lucru imediat, iar unele chiar pot să interfere cu somnul.

Medicul dumneavoastră vă poate prescrie o doză mică de antidepresiv cu efect sedativ, cum ar fi trazodona (Desyrel), nortriptilina (Aventyl, Pamelor) sau amitriptilina (Elavil, Endep) pentru a vă ajuta să dormiţi. Antidepresivele sedative luate în doze mici nu dau obişnuinţă şi pot fi luate pentru o perioadă mai lungă decât medicamentele pentru somn.



Să tragi un pui de somn după-amiaza sau nu ?

Este amiaza, iar pleoapele dumneavoastră devin mai grele. Încercaţi să ignoraţi senzaţia, dar trebuie să vă luptaţi să staţi treaz. Trebuie să urmaţi nevoia urgentă de a aţipi sau aceasta vă va împiedica să dormiţi bine noaptea?

Depinde. Dacă nu dormiţi suficient, somnul de după-amiază vă poate ajuta sau nu. Cea mai bună soluţie este să încercaţi să vă duceţi devreme la culcare. Dacă nu este posibil, un pui de somn după-amiaza vă poate da susţinerea necesară, ajutându-vă să vă simţiţi mai energic şi vioi. Pentru cei care au insomnii, totuşi, un pui de somn ziua face mai dificil somnul noaptea.

O nevoie de somn în mijlocul zilei are la bază ceasul dumneavoastră biologic. De obicei, între orele 1 şi 4 p.m. prezentaţi o uşoară scădere a temperaturii corpului, care indică că este timpul pentru somn. Majoritatea americanilor ignoră această urgenţă, dar mulţi alţi oameni cu culturi diferite încorporează acest lucru în propriul stil de viaţă.

Pentru a descoperi cum vă afectează somnul de după amiază nivelul de energie şi calitatea somnului de peste noapte, faceţi un experiment. Dormiţi zilnic după-amiază timp de o săptămână. În următoarea săptămână nu dormiţi după-amiază. În fiecare dimineaţă apreciaţi-vă calitatea somnului pe o scală de la 1 la 10 puncte. În fiecare seară apreciaţi ziua care a trecut pe o scală similară. După 2 săptămâni, judecaţi în ce fel acţionează asupra dumneavoastră somnul de după-amiază.

Dacă trageţi un pui de somn după-amiaza, faceţi-o pentru o perioadă scurtă, limitată la 20 sau 30 de minute mai târziu dimineaţa sau la mijlocul amiezei. Nu vă bazaţi pe somnul din timpul zilei pentru a vă menţine în formă. Încercaţi să dormiţi cât trebuie pentru a evita apariţia unui deficit de somn.

MEDICINĂ COMPLEMENTARĂ

Melatonina este un supliment eliberat fără reţetă, recomandat pentru prevenirea rămânerii în urmă cu somnul şi, printre alte lucruri, ajută la trecerea peste insomnie. Melatonina este un hormon care se găseşte în mod natural în organismul uman şi care ajută la stabilirea ritmului dumneavoastră somn-veghe. Suplimentele vândute în magazine sunt forme sintetice sau animale ale hormonului.

Unele studii sugerează că melatonina poate fi de ajutor în cazul puţinor persoane care au un deficit al acestui hormon. Totuşi, doar 5% dintre cei care au luat melatonină au observat că le este de ajutor.

În plus faţă de melatonină, s-a demonstrat că extractul de valeriană este eficient pentru somn într-un număr mic de studii. Valeriana îi poate ajuta pe unii să adoarmă mai repede şi să-şi amelioreze calitatea somnului. Unele persoane cred că ceaiul de muşeţel este de ajutor.

Pentru a şti dacă aceste metode sunt eficiente pentru dumneavoastră, aveţi nevoie de un experiment. Încercaţi fiecare metodă timp de câte 2 săptămâni şi apreciaţi-vă somnul pe o scală de la 1 la 10 în fiecare dimineaţă. Apoi, nu mai folosiţi aceste metode timp de 2 săptămâni şi apreciaţi-vă zilnic somnul.

Amintiţi-vă că produsele din plante sunt mai puţin reglementate ca medicamentele. De aceea, este bine să fiţi atent. Întrebaţi-vă medicul dacă crede că una dintre aceste metode alternative poate fi de ajutor.

Apneea în somn de cauză obstructivă

Apneea în somn de cauză obstructivă este o suferință potențial gravă în cadrul căreia căile aeriene sunt obstruate în mod repetat în timp ce dormiți. Deseori, vi se oprește și respirația; dar uneori poate fi vorba doar de o obstrucție parțială. În plus, se poate să vă treziți în mod repetat datorită propriului sforăit.

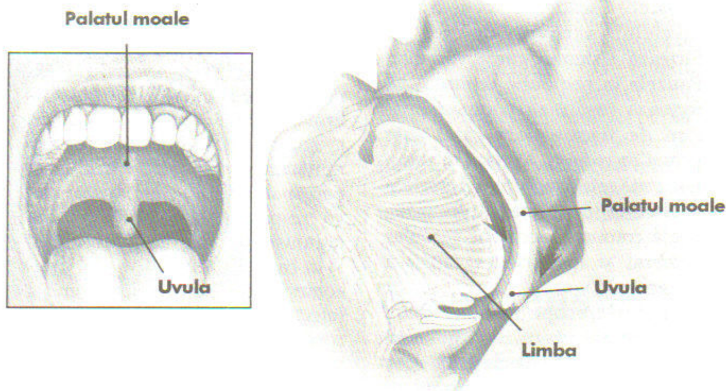
Semne și simptome

- Somnolență excesivă în timpul zilei
- Deseori sforăit puternic
- Observarea unor episoade de oprire a respirației în timpul somnului
- Cefalee dimineața
- Creșterea tensiunii arteriale

Dacă aveți apnee în somn, veți sforăi de obicei tare. Sforăitul poate fi urmat de o pauză, iar apoi de o răsuflare adâncă sau de o fornăială. În timpul zilei este posibil să fiți somnoros mai ales după ce mâncați sau când conduceți, citiți sau sunteți inactivi. Vă puteți trezi dimineața cu durere de cap și vă simțiți greoi sau dezorientat din punct de vedere mental, având senzația că nu v-ați refăcut după somn. Alte simptome cuprind iritabilitate, impotență, scăderea apetitului sexual și uscăciunea gurii.

În timpul somnului, musculatura părții posterioare a gâtului (faringe) se relaxează. Acești mușchi vă mențin în mod normal căile aeriene deschise și susțin structuri din interiorul gurii și gâtului, cum ar fi țesutul moale, mic, în formă de lacrimă din fundul gâtului (uvula), palatul moale, amigdalele și limba.

În cazul apneei în somn, mușchii se relaxează de la sine și obstruează căile aeriene. Obstrucția fluxului aerian scade nivelul de oxigen din sângele dumneavoastră. După 10-30 secunde sau mai mult de insuficiență a schimbului de aer, creierul dumneavoastră simte scăderea oxigenului și va produce superficializarea somnului sau trezire. Mușchii își recapătă apoi tonusul normal (tensiunea), obstrucția dispare, iar dumneavoastră vă reluați respirația, posibil după o fornăială.



În apneea în somn de cauză obstructivă, mușchii care mențin în mod normal căile aeriene deschise se relaxează și se prăbușesc în timpul somnului, făcând ca limba, amigdalele, palatul moale sau uvula să vă blocheze în mod repetat respirația.

Acest model se poate repeta de la sine de 10 sau mai multe ori pe oră, tot timpul nopții. Se poate să nu știți despre aceste întreruperi momentane din timpul somnului. De fapt, multe persoane care au apnee în somn cred că dorm bine. Aceste obstrucții repetate însă vă împiedică să atingeți fazele profunde, de refacere ale somnului, determinându-vă să vă simțiți somnoros atunci când sunteți treaz.

Un alt tip mai puțin frecvent de apnee în somn este apneea în somn de cauză centrală. În această afecțiune, creierul eșuează în transmiterea semnalelor corespunzătoare către mușchii ce controlează respirația. Căile aeriene rămân deschise, dar diafragmul și mușchii toracelui nu mai funcționează, ducând la o întrerupere a respirației. Nivelul de dioxid de carbon din sânge crește, ceea ce vă va determina să vă treziți. Persoanele cu apnee în somn de cauză centrală își amintesc mai frecvent de episoadele de trezire decât cei care au apnee în somn de cauză obstructivă.

Apneea în somn este mai frecventă la cei de vârstă medie, la bărbații supraponderali, deși poate apărea și la femei, tineri și persoane normoponderale. După menopauză, femeile care nu iau hormoni de substituție dezvoltă în general apnee în somn cam cu aceeași frecvență ca și bărbații.

Anumiți factori vă pot crește riscul de a avea apnee în somn de cauză obstructivă. Aceștia includ:

- *Excesul ponderal, mai ales în jurul gâtului.* Un gât cu grăsime sau gros poate îngusta căile aeriene din interior.
- *Mărirea amigdalelor sau polipii.* Acestea pot îngusta căile aeriene.
- *Sexul masculin.* Bărbații suferă mai frecvent de apnee în somn în comparație cu femeile.
- *Vârsta de 40 ani și peste aceasta.* Majoritatea cazurilor de apnee în somn apar la persoanele cu vârste între 40 și 70 de ani.
- *Istoric familial de apnee în somn.* Afecțiunea apare în familie.
- *Consumul de alcool, sedative și tranchilizante.* Acestea produc relaxarea musculaturii gâtului.
- *Rasa.* Apneea în somn de cauză obstructivă este mai frecventă la negrii americani.

Pericole

Apneea în somn este considerată o problemă medicală importantă deoarece scăderile bruşte ale nivelului sangvin de oxigen forţează sistemul cardiovascular. Pauzele în respiraţie (apneea) vă forţează cordul să pompeze mai tare de fiecare dată când este privat de oxigen. Apneea în somn netratată este asociată cu o creştere a riscului de infarct miocardic, boală coronară, accident vascular cerebral şi insuficienţă cardiacă congestivă.

În plus, aproape jumătate dintre cei cu apnee obstructivă în somn au tensiune arterială crescută, ceea ce va creşte riscul de accident vascular cerebral şi de insuficienţă cardiacă. Un studiu a arătat că apneea în somn de cauză obstructivă poate distruge stratul celulelor care căptuşesc peretele vascular. Aceste celule intervin în reglarea tensiunii arteriale. Tratarea apneei în somn duce, de obicei, la scăderea tensiunii arteriale.

Trezirile repetate asociate cu apneea în somn fac imposibil somnul normal, de refacere. Acestea îl pot împiedica pe colegul de cameră sau pe partenerul dumneavoastră să doarmă bine. Persoanele cu apnee în somn au un risc de trei până la cinci ori mai mare să facă accidente rutiere în comparaţie cu cei care nu au boala.

Diagnostic

Pauzele ocazionale în respiraţie sunt frecvente şi nu sunt un motiv de îngrijorare. Motivele pentru care trebuie să vă adresaţi medicului dumneavoastră includ:

- Prezenţa mai multor pauze în respiraţie pe parcursul unei nopţi de somn
- Sforăitul suficient de puternic pentru a deranja somnul altei persoane
- Somnolenţă excesivă în timpul zilei care vă poate determina să adormiţi în timp ce lucraţi, vă uitaţi la televizor sau conduceţi

Medicul vă poate întreba pe dumneavoastră sau pe partenerul dumneavoastră despre sforăit, despre prezenţa unor pauze în respiraţie şi despre alte comportamente în timpul somnului. Excesul ponderal sau hipertensiunea arterială pot sugera, de asemenea, prezenţa apneei în somn.

Medicul dumneavoastră vă poate trimite la o clinică specializată în problemele somnului pentru confirmarea diagnosticului. O evaluare a somnului implică de obicei rămânerea peste noapte în clinică, personalul de aici monitorizându-vă respiraţia şi alte funcţii ale organismului în timp ce dormiţi.

În cadrul unui test numit polisomnografie, se plasează senzori (electrozi) în diverse locuri ale corpului, care sunt ataşaţi la aparate ce monitorizează activitatea cardiacă, cerebrală şi pulmonară, modul de respiraţie, mişcările braţelor şi picioarelor şi nivelul oxigenului sangvin.

Datorită faptului că tratamentele pentru tulburările de somn diferă, este importantă diagnosticarea corectă şi determinarea exactă a cauzei.

Tratament

Apneea în somn trece rareori de la sine, dar poate fi tratată. Dacă aveţi o formă uşoară, medicul dumneavoastră vă poate recomanda nişte măsuri de autoîngrijire, cum ar fi scăderea ponderală şi evitarea dormitului pe spate. Pentru majoritatea persoanelor cu apnee în somn moderată până la severă, cel mai bun tratament este aplicarea nazală a presiunii aeriene continue pozitive (CPAP). În unele cazuri, poate fi nevoie de intervenţie chirurgicală.

Autoîngrijirea

Există o serie de măsuri de autoîngrijire utilizate pentru tratarea apneei în somn de cauză obstructivă sau pentru împiedicarea agravării acesteia. Acestea cuprind:

- *Scăderea în greutate.* Chiar şi scăderile mici în greutate pot produce ameliorări semnificative în cazul apneei în somn.
- *Dormitul pe o parte sau pe burtă.* Dormitul pe spate poate produce căderea limbii şi a palatului moale în partea posterioară a gâtului, producând obstrucţia căilor aeriene. Pentru a vă ajuta să nu mai dormiţi pe spate, trebuie să încercaţi să coaseţi un buzunar sau o şosetă pe spatele pijamalei şi să puneţi o minge de tenis înăuntru.
- *Evitaţi alcoolul şi anumite medicamente.* Alcoolul, tranchilizantele şi tabletele pentru somn produc relaxarea musculaturii părţii posterioare din interiorul gâtului, interferând cu respiraţia.

Presiune aeriană continuă pozitivă (CPAP)

În această situaţie se plasează o mască peste nasul dumneavoastră. Masca este conectată la un aparat mic ce blochează uşor aerul în mască. Presiunea este suficientă să vă menţină căile aeriene deschise, prevenind astfel apneea şi forăitul. Acest tip de tratament este extrem de eficient. El poate elimina sforăitul, îmbunătăţeşte semnificativ calitatea somnului, combate somnolenţa excesivă din timpul zilei şi vă scade tensiunea arterială. În unele cazuri se recomandă o mască totală, care acoperă şi faţa şi nasul.

Dezavantajul este că CPAP nu este o metodă de vindecare permanentă; atunci când nu mai folosiţi aparatul, apneea în somn revine. În plus, unele persoane nu vor să utilizeze aparatul. Acestea nu suportă senzaţia dată de mască sau se trezesc la gândul că o poartă.

Dispozitivele orale

Medicul dumneavoastră vă poate recomanda purtarea unui dispozitiv dentar făcut pentru deschiderea gâtului prin împingerea maxilarului înainte sau menţinerea limbii în faţă. Dumneavoastră purtaţi dispozitivul noaptea. Acesta poate combate sforăitul şi forma uşoară a apneei în somn.

Chirurgia

Dacă nu puteţi tolera un aparat de CPAP şi nu apar beneficii după alte tratamente, medicul dumneavoastră vă poate recomanda intervenţia chirurgicală pentru creşterea dimensiunilor căilor aeriene.

Cea mai frecventă intervenţie chirurgicală utilizată pentru tratarea sforăitului şi a apneei în somn poartă un nume care îţi împiedică limba şi anume uvulopalatofaringoplastie (UPPP). Pe parcursul acestei intervenţii se



Un dispozitiv ce asigură o presiune pozitivă continuă în căile aeriene la nivel nazal asigură o suficientă presiune pentru menţinerea deschisă a căilor aeriene superioare, prevenind apneea şi sforăitul.

excizează ţesut de la nivelul părţii posterioare a gurii şi din partea superioară a fundului gâtului. Se scot de obicei amigdalele şi polipii. UPPP poate diminua sau elimina sforăitul, dar este eficientă în tratarea apneei în somn doar în aproximativ 50% din cazuri.

O altă intervenţie chirurgicală este uvulopalatoplastia asistată cu laser (LAUP), în cadrul căreia se foloseşte laserul pentru îndepărtarea de ţesut din partea posterioară a gâtului. Această metodă, ca şi UPPP, este eficientă în reducerea sforăitului, dar s-a dovedit puţin eficientă în tratarea apneei în somn de cauză obstructivă, de aceea nu este în general recomandată.

Dacă structurile gurii sau nasului contribuie la blocarea căilor respiratorii, medicul dumneavoastră vă poate recomanda intervenţia chirurgicală pentru îndepărtarea polipilor, pentru îndreptarea unui sept deviat, îndepărtarea amigdalelor sau a vegetaţiilor adenoide sau mişcarea în faţă a maxilarului şi limbii.

O altă formă de intervenţie chirurgicală, traheotomia, poate fi rareori necesară dacă alte metode terapeutice au eşuat şi aveţi o formă gravă, periculoasă de apnee în somn. În cadrul intervenţiei se face o deschidere la nivelul gâtului (traheei). În timpul zilei, deschiderea este ţinută acoperită, dar noaptea este descoperită pentru a permite aerului să intre şi sa iasă din plămâni, şuntând zona blocată de la nivelul gâtului.

Narcolepsia

Narcolepsia este o tendinţă anormală de a dormi în timpul zilei. Termenul vine de la cuvântul grecesc „narke" care înseamnă „toropeală". Această tulburare de somn este o problemă neurologică ce implică mecanismele somn – veghe din creier şi anomalii ale fazei de mişcare rapidă a ochilor (REM)

Semne şi simptome

- Somnolenţă excesivă în timpul zilei
- Pierderea bruscă a tonusului muscular (cataplexie)
- O senzaţie de paralizie atunci când mergeţi la culcare sau când vă treziţi
- Halucinaţii ca visele

Persoanele ce au narcolepsie se pot simţi în orice moment somnoroase şi trec instantaneu în faza REM a somnului, fără a mai trece iniţial prin fazele fără mişcare rapidă a ochilor (NREM). Cercetătorii

Sforăitul

Sforăitul este un fenomen frecvent. Acesta afectează aproximativ 50% dintre bărbaţi şi 30% dintre femei – majoritatea peste 50 de ani. Sforăitul apare atunci când fluxul aerian trece la nivelul ţesuturilor relaxate din interiorul gâtului, producând vibraţia acestor ţesuturi. Aceste vibraţii sunt auzite sub forma sforăitului.

Dacă sforăitul vă tulbură somnul, puteţi avea apnee în somn şi poate fi necesară studierea somnului. Chiar dacă sforăitul dumneavoastră nu este asociat cu apnee în somn, acesta poate fi deranjant pentru partenerul dumneavoastră. Cercetările au arătat că sforăitul vă poate tulbura şi dumneavoastră somnul – chiar dacă se poate să nu realizaţi acest lucru – făcându-vă mai somnoros în timpul zilei. Probele sugerează că sforăitul frecvent şi puternic, chiar fără apnee în somn de cauză obstructivă, poate duce la creşterea tensiunii arteriale.

Tratamentul sforăitului este asemănător cu cel al apneei în somn. Scăderea în greutate, dormitul pe o parte, tratarea congestiei nazale sau a obstrucţiei şi evitarea consumului de alcool şi a medicamentelor sedative pot fi de ajutor. Benzile nazale îi ajută pe mulţi să-şi crească dimensiunile pasajului nazal, crescând capacitatea respiratorie.

În plus, faţă de uvulopalatofaringoplastia tradiţională (UPPP), uvulopalatoplastia asistată cu laser (LAUP) şi somnoplastia sunt folosite în unele centre medicale pentru tratarea sforăitului. În cadrul somnoplastiei sunt utilizate unde sonore cu frecvenţă înaltă care încălzesc ţesuturile de la nivelul cavităţii bucale şi produc strângerea unei porţiuni din limbă şi din palatul moale. În cadrul LAUP, chirurgul utilizează laserul pentru îndepărtarea uvulei şi a unei mici porţiuni din palatul moale. Aceste metode terapeutice nu sunt recomandate pentru persoanele care sforăie încet şi ocazional, dar pot fi o soluţie dacă sforăitul este frecvent, puternic şi deranjant. Eficacitatea pe termen lung a oricăreia dintre aceste metode nu este cunoscută.

cred că factorii genetici, substanțele chimice cerebrale numite neurotransmițători și unii factori declanșatori, cum ar fi un virus, joacă un rol în producerea narcolepsiei.

Circa 200 000 de americani au această suferință, dar numai aproximativ 50 000 au acest diagnostic, în conformitate cu Institutul Național pentru Sănătate din SUA. Narcolepsia este deseori confundată cu depresia, cu lipsa de somn sau cu alte probleme care pot produce somnolență în timpul zilei. Bărbații sunt puțin mai frecvent afectați decât femeile. Primele simptome apar de regulă în adolescență sau în prima parte a celei de a doua decade a vieții.

Simptomul principal al narcolepsiei este o somnolență copleșitoare și o necesitate necontrolabilă de a dormi în timpul zilei. Aceste atacuri de somn apar deseori după masa de prânz și în timpul perioadelor de sedentarism sau de plictiseală, dar pot apărea și în perioadele de activitate – de exemplu, în timp ce conduceți o mașină sau purtați o conversație. Somnolența excesivă poate produce scăderea apetitului sexual sau impotență. Persoanele cu narcolepsie pot chiar să adoarmă în timpul actului sexual.

Cataplexia este al doilea simptom ca frecvență. Această pierdere a tonusului muscular poate produce un grad de modificări fizice, de la vorbire mormăită până la colaps fizic total și durează de la câteva secunde la câteva minute. Cataplexia este deseori declanșată de emoții puternice cum ar fi râsul, furia, încurcăturile, excitația, surpriza sau veselia.

Unele persoane cu narcolepsie prezintă paralizie de somn, o incapacitate temporară de a se mișca sau de a vorbi în timpul perioadei de adormire sau de trezire, care poate dura de la câteva secunde la câteva minute.

Halucinațiile pot apărea dacă treceți rapid în faza REM a somnului. Datorită faptului că puteți fi semitreaz atunci când începeți să visați, interpretați visele ca realitate, acestea putând fi în mod particular agitate și înspăimântătoare.

Alte semne și simptome sunt problemele de memorie, lipsa odihnei după somnul de noapte și un comportament automat ocazional atunci când îndepliniți activități de rutină fără să fiți conștient sau să țineți minte că le-ați făcut.

Diagnostic

Medicul dumneavoastră poate pune un diagnostic preliminar de narcolepsie pe baza celor prezentate de dumneavoastră, atât a somnolenței excesive din timpul zilei, cât și a cataplexiei – simptomele principale ale afecțiunii. Puteți fi trimis la un specialist în problemele somnului pentru evaluare și studii suplimentare.

Metodele de diagnostic ale narcolepsiei și determinarea severității sale includ polisomnograma, testată în timp ce dormiți, care măsoară undele cerebrale, mișcările corpului și funcțiile musculare. Un test multiplu al latenței somnului măsoară cât timp vă este necesar să dormiți în timpul zilei. Vi se poate cere să trageți patru sau cinci episoade de somn, la două ore distanță. Specialiștii în problemele somnului vă vor observa modelul dumneavoastră de somn.



Tratament

Pentru controlul narcolepsiei se utilizează în general o combinație de medicamente și de ajustare a stilului de viață. Scopul este de a vă crește starea de alertă în perioadele critice ale zilei, cum ar fi la serviciu, la școală și în timp ce conduceți.

Tratament medicamentos

Tratamentul medicamentos al narcolepsiei include:

Stimulante

Medicația care stimulează sistemul nervos central este de mult timp principalul tratament care îi ajută pe cei cu narcolepsie să rămână treji în timpul zilei. Aceste medicamente cuprind metilfenidat (Concerta, Ritalin), dextroamfetamina (Dexedrine) și pemoline (Cylert).

Cu toate că aceste medicamente ameliorează simptomele multor persoane, ele pot produce reacții adverse și dependență.

Modafinil

Medicamentul modafinil (Provigil) îmbunătățește de asemenea vigilența celor cu narcolepsie. Cu toate că nu se știe exact cum acționează, acesta diferă de stimulantele tradiționale. Cercetătorii încearcă să determine dacă modafinilul este la fel de eficient ca și stimulantele sistemului nervos central. Rezultatele de până acum arată că dă mai puțin dependențe și are mai puține reacții adverse.

Antidepresive

Medicii prescriu adeseori medicație antidepresivă, care suprimă faza REM a somnului, pentru diminuarea simptomelor cataplexiei, a halucinațiilor și a paraliziei de somn. Aceste medicamente afectează nivelele neurotransmițătorilor, substanțe chimice care pot juca un rol în narcolepsie.

Antidepresivele utilizate pentru tratamentul narcolepsiei includ antidepresivele triciclice, cum ar fi protriptilina (Vivactil) și imipramina (Tofranil), precum și inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (SSRI), ca gluoxetin (Prozac, Sarafem) și paroxetin (Paxil).

Autoîngrijirea

Schimbările stilului de viaţă sunt importante în controlarea simptomelor narcolepsiei. Măsurile de autoîngrijire includ:

- Mersul la culcare şi trezirea la aceleaşi ore în fiecare zi, inclusiv în weekend.
- Acordarea de timp suficient pentru somn noaptea.
- Programarea a 10-15 minute de aţipire în fiecare zi.
- Oprirea pentru un pui de somn sau pentru o pauză în exerciţiile fizice de câte ori vă simţiţi adormit.
- Consumarea de cantităţi moderate de cafea, ceai sau cola care să vă ajute să rămâneţi treaz în timpul zilei şi evitarea consumului de cofeină şi nicotină seara.
- Consumul de mese lejere pe parcursul zilei şi evitarea unei mese bogate chiar înainte de a desfăşura o activitate importantă.
- Colaborarea cu medicul dumneavoastră pentru stabilirea unei liste de medicamente care au cea mai mare probabilitate să vă menţină treaz atunci când conduceţi.
- Spuneţi angajaţilor, colegilor de serviciu sau profesorilor despre problema dumneavoastră şi colaboraţi cu aceştia pentru a găsi metodele de adaptare a necesităţilor dumneavoastră – inclusiv un pui de somn după amiaza, întreruperea unor sarcini monotone, înregistrarea pe casetă a întâlnirilor sau cursurilor şi scurte plimbări în diferite momente de-a lungul zilei.

Narcolepsia poate fi o provocare pentru viaţa dumneavoastră personală şi profesională. Alte persoane vă pot percepe ca fiind leneş, letargic sau nepoliticos. Narcolepsia vă poate afecta relaţiile intime prin disfuncţiile sexuale şi problemele emoţionale. Consilierea şi grupurile de susţinere îi pot ajuta pe cei cu narcolepsie şi persoanelor apropiate să treacă peste această afecţiune. Întrebaţi-vă medicul despre grupurile de susţinere sau despre existenţa unui consilier calificat în zona dumneavoastră

Centre pentru somn

Multe spitale şi clinici au centre pentru diagnosticarea tulburărilor de somn. Aceste centre sunt acreditate de *American Academy of Sleep Medicine*. În SUA sunt acreditate aproximativ 250 de astfel de centre.

Dacă aveţi probleme cu somnul vă puteţi adresa unui astfel de centru. La prima vizită vi se vor pune întrebări despre obiceiurile dumneavoastră de somn şi din timpul zilei. De asemenea, despre aceste lucruri pot fi întrebaţi şi membrii familiei dumneavoastră.

După consultaţia iniţială, veţi petrece o noapte în centru pentru ca pe timpul somnului să fiţi monitorizat de o echipă de specialişti. Înainte de a adormi vi se vor plasa pe cap şi pe corp electrozi care vor înregistra activitatea electrică a creierului, a inimii, frecvenţa respiraţiilor, activitatea musculară, mişcările ochilor şi ale corpului. Această înregistrare, numită polisomnogramă, nu produce dureri. Pot fi făcute şi alte teste.

Rezultatele obţinute îl ajută pe specialistul în tulburări de somn să identifice şi să trateze afecţiunile care vă perturbă somnul.



Sindromul picioarelor neliniştite

Sindromul picioarelor neliniştite (RLS) este o afecţiune în care aveţi o senzaţie neplăcută progresivă la nivelul membrelor inferioare, până în momentul în care le mişcaţi. Aceste persoane descriu în mod tipic senzaţiile asociate acestei suferinţe ca fiori, greutate, tremor, furnicături, arsuri sau junghi, ca şi cum o insectă se târăşte prin interiorul picioarelor. Senzaţia este neplăcută, dar nedureroasă. Pentru a combate această senzaţie, aceşti indivizi îşi întind sau îşi scutură picioarele, păşesc pe podea sau fac exerciţii. Aceste activităţi îndepărtează doar temporar simptomele.

Semne şi simptome

- Senzaţie neplăcută de fiori în profunzimea gambei şi uneori în laba piciorului, coapsă sau în braţe când sunteţi treaz, mai ales când staţi jos sau întins
- O nevoie urgentă de a mişca picioarele
- Ameliorarea temporară a senzaţiei prin mişcarea picioarelor
- Simptomele se agravează în prima parte a nopţii şi sunt mai uşoare în timpul zilei

Senzaţia de fiori asociată acestei afecţiuni începe de regulă la scurt timp după ce vă duceţi la culcare. Drept urmare, multor persoane ce au sindromul picioarelor neliniştite

le este greu să meargă la culcare sau să doarmă, apărând astfel somnolență în timpul zilei.

Boala nu este periculoasă, dar poate fi extrem de deranjantă și tulbură somnul. Multe persoane prezintă și smucituri și contracturi involuntare ale picioarelor în timpul somnului, numite mișcări periodice ale membrelor în somn.

Cercetătorii estimează că RLS afectează până la 12 milioane de americani, deși se crede că afecțiunea este subdiagnosticată. Suferința poate începe în copilărie și este uneori confundată cu durerile de creștere, dar este mult mai frecventă după vârsta medie.

Cauza RLS este necunoscută, dar aproximativ jumătate dintre cei care au afecțiunea au și un istoric familial. Unele persoane cu RLS au anemie sau deficit de fier. Bolile cronice, ca insuficiența renală, diabetul și boala Parkinson, sunt asociate cu RLS. Unele femei însărcinate dezvoltă sindromul picioarelor neliniștite, mai ales în ultimul trimestru. În majoritatea cazurilor, simptomele dispar în prima lună după naștere.

Diagnostic

Medicul dumneavoastră vă poate diagnostica RLS prin evaluarea simptomelor pe care le aveți și punându-vă întrebări asupra somnului. Se pot face teste sangvine pentru verificarea nivelului de fier și pentru căutarea altor afecțiuni, ca anemia sau diabetul.

Dacă o afecțiune subiacentă ca insuficiența renală sau neuropatia periferică este cauza simptomelor dumneavoastră, tratarea acestei probleme duce la dispariția simptomatologiei. La cei care au deficit de fier, administrarea fierului poate duce la dispariția simptomelor. Fierul trebuie însă administrat doar sub supravegherea medicului, după ce testele au confirmat prezența deficitului de fier, deoarece încărcarea excesivă cu fier poate fi periculoasă pentru organismul dumneavoastră.

Tratament

În cazul persoanelor cu simptome ușoare-moderate de RLS, modificările stilului de viață pot deseori diminua sau îndepărta simptomele. Dacă aceste măsuri nu sunt de ajutor, poate fi necesară prescrierea unui medicament.

Autoîngrijirea

Aceste măsuri vă pot ajuta să preveniți sau să ameliorați o parte dintre simptomele care vă supără:

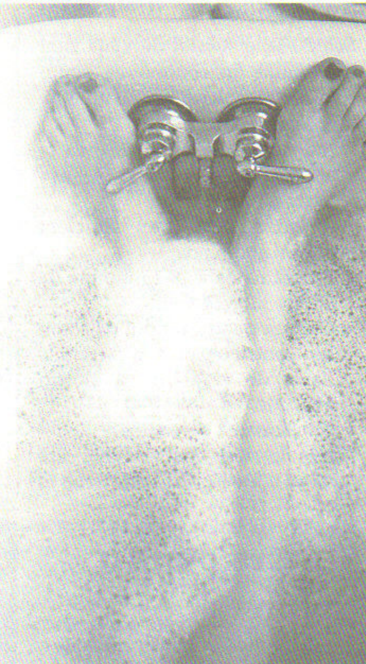
- *Luați un analgezic.* Administrarea unui medicament antidureros eliberat fără rețetă din farmacie, ca ibuprofenul (Advil, Motrin etc.) din momentul debutului simptomelor le poate ameliora.
- *Încercați băile și masajele.* O baie caldă și masarea picioarelor înainte de culcare vă poate relaxa musculatura.
- *Faceți exerciții fizice.* Exercițiile fizice moderate, regulate pot îndepărta simptomele RLS, dar gimnastica exagerată sau lucratul prea târziu seara vă pot agrava simptomele.
- *Evitați consumul de alcool, cofeină și tutun.* Aceste substanțe pot agrava sau declanșa simptomele în cazul celor predispuși să dezvolte RLS.

Tratament medicamentos

În tratamentul RLS se administrează cel mai frecvent dopaminergice, medicamente utilizate pentru boala Parkinson. Acestea diminuează gradul de mișcare la nivelul piciorului. Dopaminergicele cuprind pramipexol (Mirapex), pergolid (Permax) și o combinație de carbidopa și levodopa (Sinemet).

Medicamentele pentru somn, în mod particular benzodiazepinele, cum ar fi clonazepam (Klonapin) și diazepam (Valium), pot fi prescrise pentru a avea un somn odihnitor, deși acestea nu îndepărtează complet senzațiile din picioare.

În cazul simptomelor mai severe se pot utiliza narcotice, cum ar fi codeina, pentru inducerea relaxării, dar pot da dependență atunci când se administrează timp îndelungat. Se pot prescrie și medicamente utilizate pentru epilepsie. Aceste medicamente scad activitatea celulelor nervoase din picioare și cuprind medicamentele gabapentin (Neurontin) și lamotrigin (Lamictal). Ocazional, se utilizează clonidina (Catapres), un medicament antihipertensiv. Acesta poate scădea activitatea mușchilor și nervilor.



Tulburarea de mișcare periodică a membrelor

Tulburarea de mișcare periodică a membrelor (PLMD), numită în trecut mioclonii nocturne, poate apărea independent sau însoțește sindromul picioarelor neliniștite, apneea în somn sau alte probleme de somn. În această tulburare, picioarele dumneavoastră se scutură și se smucesc în timpul somnului.

Semne și simptome

- Smucituri, zdruncinături sau lovituri cu picioarele sau flexie dorsală a labei piciorului în timpul somnului.
- Somnolență în timpul zilei.

Mișcările involuntare tipice din cadrul acestei suferințe durează 1-3 secunde și sunt separate între ele de o perioadă de 10-60 secunde. Mișcările nu sunt periculoase, dar vă pot trezi din somn și îl pot deranja pe partenerul dumneavoastră. Multe persoane cu PLMD nu prezintă simptome, dar partenerii acestora sunt îngrijorați din cauza mișcărilor piciorului

deoarece ei sunt cei care sunt loviţi noaptea. Unele persoane care au suferinţa se simt adormite în timpul zilei, deoarece mişcările piciorului le tulbură somnul.

PLMD apare la circa 5% dintre cei cu vârste între 30 şi 50 de ani şi 30-45% dintre cei peste 65 de ani. Femeile şi bărbaţii sunt afectaţi în mod egal. Ca şi în cazul sindromului picioarelor neliniştite, anemia prin deficit de fier şi insuficienţa renală cresc riscul apariţiei acestei tulburări.

Diagnostic

Medicul poate pune diagnosticul de PLMD pe baza simptomelor dumneavoastră. Totuşi, o evaluare peste noapte într-o clinică de studiu al somnului poate fi necesară pentru excluderea altor tulburări posibile de somn care produc agitaţie, cum ar fi sindromul picioarelor neliniştite sau apneea în somn.

Tratament

Semnificaţia mişcării periodice a unui membru trebuie stabilită pentru fiecare individ în parte. Evitarea consumului de cofeină, alcool sau nicotină pot avea un beneficiu în limitarea afecţiunii.

În unele cazuri pot fi necesare medicamente. Medicul dumneavoastră vă poate recomanda o doză mai mică dintr-un medicament utilizat pentru tratarea bolii Parkinson, cum ar fi Pramipexole (Mirapex), pergolide (Permax) sau o combinaţie de carbidopa şi levadopa (Sinemet).

Medicul dumneavoastră vă poate măsura nivelul fierului din organism şi vă poate sugera să luaţi suplimente de fier dacă aveţi deficit de fier.

Alte tulburări de somn

Printre alte tipuri de tulburări ale somnului se găsesc problemele ce presupun comportamente fizice neobişnuite, cum ar fi mersul în somn. Aceste tipuri de tulburări se numesc parasomnii. O altă problemă legată de somn este frecarea dinţilor (bruxismul).

Coşmarurile şi spaimele nocturne

Semne şi simptome

Coşmarurile

- Vise neplăcute sau înfricoşătoare care apar în timpul fazei somnului de mişcare rapidă a ochilor (REM)

Spaimele nocturne

- Trezirea din somn însoţită deseori de ţipete sau de plâns, de regulă fără memorarea visului înspăimântător

Coşmarul este un vis înfricoşător din care puteţi să vă treziţi înspăimântat. Atunci când reapar, coşmarurile pot sugera o tulburare psihologică sau stresul dat de o situaţie dificilă din viaţă. Totuşi, majoritatea oamenilor au coşmaruri din când în când, de-a lungul vieţii.

Spaimele nocturne sunt mai frecvente la copiii cu vârste între 2 şi 6 ani. După aceea sunt mai rare. Pe parcursul fazei profunde, fără mişcare rapidă a ochilor a ochilor, a somnului (NREM) copilul se poate trezi ţipând, înspăimântat şi incapabil să explice ce s-a întâmplat; nu poate fi alinat sau trezit complet.

Cu toate că spaima poate dura câteva minute, copilul nu-şi aminteşte de obicei episodul în dimineaţa următoare. În cazul în care nu se trezeşte, copilul revine la somnul liniştit.

Spaimele nocturne sunt deseori mai tulburătoare pentru părinţi decât pentru copii. Cea mai bună atitudine în cazul unei spaime nocturne este de obicei să o lăsaţi să-şi urmeze desfăşurarea fără să vă treziţi copilul. Spaimele nocturne apar în general în prima treime a nopţii, în timp ce coşmarurile apar în apropierea dimineţii. Oamenii nu-şi amintesc în general spaimele nocturne, dar pot ţine bine minte un coşmar.

Spaimele nocturne par să apară în familie. La adulţi, ele se pot agrava în cazul consumului de alcool. Stresul emoţional poate creşte riscul de apariţie a spaimelor nocturne. Adulţii care prezintă frecvent coşmaruri sau spaime nocturne au trecut de obicei prin situaţii conflictuale importante şi prin stres în timpul zilei.

Tratament

Copiii lasă în urmă, de obicei, spaimele nocturne. La adulţi nu există un tratament specific pentru spaimele nocturne, dar se pot rezolva stresul şi situaţiile conflictuale declanşatoare cu ajutorul unui psihiatru sau psiholog. Puteţi lua în considerare consultarea unui psihiatru sau psiholog şi în cazul în care aveţi coşmaruri.

Somnambulismul

Semne şi simptome

- Mersul sau desfăşurarea altor activităţi în timpul somnului
- Deschiderea ochilor
- Inexpresivitate facială sau o faţă uluită
- Confuzie şi dezorientare în cazul trezirii

Somnambulismul presupune nu numai mersul, dar şi alte activităţi ce sunt efectuate în timpul somnului, cum ar fi rearanjarea mobilei, îmbrăcarea şi dezbrăcarea şi chiar urcarea într-o maşină şi condusul, deşi aceasta din urmă este rară. Totuşi, copiii mici care stau deseori în picioare în pat şi par treji îşi părăsesc deseori patul ca să meargă.

Somnambulismul apare, de obicei, în prima treime a nopţii şi durează în mod tipic de la câteva minute la o jumătate de oră. Ochii somnambulului sunt deschişi. Poate avea o figură inexpresivă sau uluită, şi va fi confuz sau dezorientat când este trezit.

Mulţi oameni cred că somnambulii nu se rănesc în timpul desfăşurării activităţilor. Aceasta este o idee greşită. Somnambulii se accidentează frecvent prin împiedicare sau prin pierderea echilibrului.

Somnambulismul este mai frecvent între 6 şi 12 ani. Oboseala şi privarea anterioară de somn pot creşte incidenţa somnambulismului la copiii. Somnambulismul la adulţi poate fi asociat cu tulburări de personalitate, precum şi cu anxietate şi stres, Somnambulismul are de asemenea, tendinţa să apară în familii.

Tratament

Nu există un tratament specific pentru somnambulism. Pentru a

preveni accidentările este bine să vă transformaţi dormitorul şi casa într-un loc sigur pentru somnambuli. Evitaţi plasarea obiectelor mici, a cablurilor electrice şi a mobilei în mijlocul camerei. Blocaţi capătul scărilor cu o barieră şi încuiaţi uşile care dau afară.

Uneori, medicul poate prescrie pilule pentru somn cu durată scurtă de acţiune. Psihoterapia şi tehnicile de relaxare pot ameliora problema. Evitarea consumului de alcool şi a altor deprimante ale sistemului nervos central poate fi de asemenea, de ajutor.

Tulburarea comportamentului în timpul fazei REM a somnului

Semne şi simptome

- Mişcări fizice excesive în timp ce visaţi – cum ar fi răsucirea şi lovirea cu pumnul, cu picioarele, căderea sau săritul din pat
- Somnolenţă în timpul zilei

Majoritatea oamenilor prezintă un tip de paralizie atunci când încep să viseze în timpul fazei de mişcare rapidă a ochilor (REM) a somnului. De regulă, această paralizie vă împiedică să acţionaţi conform viselor. În cazul tulburării comportamentului în faza REM a somnului, această paralizie este incompletă sau lipseşte. Ea poate slăbi o dată cu înaintarea în vârstă. Drept urmare, apar comportamente dramatice, deseori violente în timpul fazei REM a somnului, însoţite de obicei de vise agitate.

Persoanele care au această afecţiune se pot răsuci în pat, uneori putând cădea sau sări. Ele pot cădea sau pot lovi cu pumnii şi cu picioarele. Aceşti oameni îşi produc frecvent leziuni, lor sau partenerilor.

Aceste episoade pot apărea o dată la câteva săptămâni sau luni de zile sau de câteva ori pe noapte. Majoritatea persoanelor ce au această afecţiune afirmă că visele lor au devenit mai agitate, active şi violente de-a lungul anilor. Unele persoane se simt somnoroase în timpul zilei ca urmare a tulburărilor somnului din timpul nopţii. Afecţiunea este mai frecventă la bărbaţii mai vârstnici. Este deseori asociată cu o tulburare neurologică, cum ar fi boala Parkinson, demenţa sau atrofiile multiple sistemice. Tulburarea comportamentului somnului REM poate fi prima manifestare a acestor afecţiuni, aşa că informaţi-vă medicul asupra simptomelor dumneavoastră.

Tratament

Primul pas este să vă faceţi locul în care dormiţi mai sigur, prin îndepărtarea obiectelor periculoase din dormitor şi montarea mobilei departe de pat. Unele persoane îşi pun salteaua pe podea. Partenerul dumneavoastră poate fi nevoit să se mute într-un pat separat.

Dacă aveţi simptome uşoare, se poate să nu aveţi nevoie de medicaţie. În cazul celor cu simptome moderate – severe este eficient medicamentul clonazepam (Klonopin)

Scrâşnirea dinţilor (bruxism)

Semne şi simptome

- Frecarea, scrâşnirea sau încleştarea dinţilor în timpul somnului
- Distrugerea, aplatizarea sau ascuţirea capătului dinţilor
- Creşterea sensibilităţii la nivelul dinţilor
- Durere la nivelul fălcilor sau încleştarea musculaturii de la acest nivel
- Pocnituri sau blocarea articulaţiei mandibulare
- Durere de cap supărătoare dimineaţa
- Durere datorată contractării musculaturii faciale
- Durere facială cronică

Încleştarea dinţilor (bruxismul) este o afecţiune în care strângeţi, scrâşniţi sau frecaţi dinţii în timpul somnului. Afecţiunea apare la aproximativ 15% din oameni.

Bruxismul poate fi o afecţiune uşoară şi ocazională sau frecventă şi violentă. Aceasta poate apărea în prima parte a nopţii şi îl poate deranja pe partenerul dumneavoastră. Unele persoane scrâşnesc din dinţi atât de tare încât nu pot reproduce sunetul când sunt treji.

Bruxismul sever vă poate distruge dinţii şi produce cefalee, durere facială şi afectări temporomandibulare. Tulburările temporomandibulare apar la nivelul articulaţiei temporomandibulare localizată imediat în faţa urechii.

Uneori, bruxismul este produs de o problemă de potrivire între arcada dentară superioară şi cea inferioară, atunci când închideţi gura. Pot fi implicaţi şi factori psihologici.

Persoanele care au bruxism sunt deseori tensionate sau anxioase. Bruxismul poate fi o reacţie adversă rară a unor medicamente psihiatrice, ca antidepresivele de tipul sertralinei (Zoloft), paroxetin (Paxil) şi fluoxetin (Prozac).

Tratament

Tratamentul pentru bruxism variază în funcţie de cauză. Dacă este legat de stres, medicul dumneavoastră vă poate recomanda diferite strategii pentru a vă relaxa precum şi consultarea unui psihiatru sau psiholog. Medicaţia de relaxare musculară sau toxina botulinică (Botox) pot ajuta la relaxarea obrajilor. Întrerupera consumului de alcool şi cofeină poate fi de asemenea utilă. Bruxismul este adeseori agravat de alcool.

Dacă bruxismul este legat de o problemă dentară, stomatologul dumneavoastră o poate trata prin ajustarea ocluziei dentare, corectând orice defect de aliniere. Purtarea unei piese dentare poate preveni distrugerea dinţilor datorată bruxismului.

Dacă dezvoltaţi bruxism ca reacţie adversă a unui medicament antidepresiv, medicul dumneavoastră vă poate schimba medicamentul sau vă prescrie un altul pentru a contracara bruxismul. ■

VI

PARTEA A ŞASEA

Teste şi tratamente

CAPITOLUL 39 PARTEA a VI-a

Teste diagnostice

Atunci când vă adresaţi unui medic pentru o examinare fizică generală sau pentru că nu vă simţiţi bine, acesta poate dispune efectuarea diferitelor teste pentru evaluarea stării dumneavoastră de sănătate. Testele diagnostice sunt metodele frecvent utilizate pentru identificarea bolilor şi a suferinţelor, monitorizarea afecţiunilor cronice sau luarea unei decizii în vederea celui mai bun tratament.

Există multe teste diagnostice. Tipurile de teste recomandate de medic depind de informaţiile pe care doreşte să le obţină. Uneori, sunt necesare mai multe teste înainte de stabilirea unui diagnostic sau a unei conduite terapeutice.

Teste sangvine

Sângele conţine multe componente care oferă informaţii importante asupra stării de sănătate. Testele care evaluează compoziţia şi structura chimică a sângelui sunt frecvent utilizate pentru evaluarea stării de sănătate şi pentru diagnosticarea multor boli.

Recoltarea unei probe de sânge necesită, de obicei, doar câteva secunde. În cazul testelor care necesită doar o picătură sau două, sângele este de obicei recoltat din vârful unui deget. Dacă este nevoie de mai mult sânge, acesta se recoltează în general dintr-o venă a antebraţului cu ajutorul unui ac (puncţie venoasă). În unele cazuri, sângele se poate recolta dintr-o venă a piciorului sau a mâinii sau dintr-o arteră de la nivelul încheieturii mâinii sau a coapsei.

Există teoretic sute de teste sangvine. Cele mai frecvent utilizate sunt hemoleucograma completă, testele de coagulare, biochimia sangvină, lipidele sangvine, testele de inflamaţie, markerii tumorali şi măsurarea gazelor sangvine.

Hemoleucograma completă

O hemoleucogramă completă (HLG) este un test sangvin frecvent utilizat, care face deseori parte din examinarea fizică generală. Aparatele de laborator determină numărul de celule albe şi roşii şi de plachete într-un mililitru de sânge. Plachetele sunt incolore, rotunde sau ovale şi joacă un rol important în coagulare. O HLG măsoară şi dimensiunea celulelor roşii sangvine, proporţia de sânge reprezentată de celulele roşii şi nivelul de hemoglobină din celulele roşii. Hemoglobina este substanţa care transportă oxigen şi dă culoarea celulelor roşii. Rezultatele HLG pot semnala prezenţa unor probleme diverse.

Celulele roşii sangvine (hematii)

Un nivel mai scăzut al hematiilor sau o hemoglobină mai mică pot semnala o anemie, suferinţă caracterizată prin paloare şi fatigabilitate. Dimensiunea celulelor poate sugera de asemenea cauza. În anemia prin deficit de fier, hematiile sunt mai palide şi mai mici decât normalul. Anemia produsă de deficitul de vitamina B_{12} duce la producerea de hematii mai mari decât normalul.

Celulele albe sangvine (leucocitele)

Un număr uşor, până la moderat scăzut de leucocite este deseori legat de o inflamaţie sau o infecţie a ţesuturilor. O creştere semnificativă a numărului de leucocite se poate datora unei boli medulare, cum ar fi leucemia. Invers, un număr de leucocite mai mic decât normalul este deseori asociat cu o afecţiune imună. Există medicamente, cum ar fi chimioterapicele utilizate pentru tratarea cancerului, care reduc frecvent numărul de leucocite.

Plachetele (trombocitele)

Un număr de plachete mai mic decât normalul se poate asocia cu o tulburare hemoragică.

Testele de coagulare

Testele de coagulare măsoară timpul necesar unei probe de sânge să formeze un cheag după ce se adaugă substanţe care stimulează acest proces. Aceste teste sunt efectuate dacă semnele şi simptomele sugerează că sângele se coagulează mai încet decât în mod normal sau dacă există o tendinţă de coagulare prea rapidă.

Tulburările hemoragice moştenite pot produce o coagulare mai lentă a sângelui decât în mod normal. Tendinţa de coagulare prea rapidă a sângelui se poate asocia cu apariţia spontană de cheaguri la nivelul membrelor inferioare (tromboză venoasă profundă) sau la nivel pulmonar (embolie pulmonară). Dacă aveţi o disfuncţie hepatică, puteţi avea nevoie de efectuarea unor teste de coagulare de rutină, deoarece ficatul sintetizează substanţele chimice din sânge care stimulează coagularea. Persoanele care iau medicamente pentru subţierea sângelui (anticoagulante) necesită efectuarea regulată de teste pentru monitorizarea efectelor medicaţiei.

Biochimia sangvină

În timp ce circulă prin organism, sângele transportă o varietate de substanţe eliberate de celulele din organe şi ţesuturi. Atunci când organele şi ţesuturile nu funcţionează normal, anumite substanţe din sânge pot creşte sau pot diminua. Testele de biochimie sangvină ajută la diagnosticarea unei boli prin măsurarea nivelurilor sangvine ale acestor substanţe.

Determinările glicemiei

Un nivel de zahăr (glucoză) în sânge mai mare decât în mod normal este, de obicei, un indicator pentru diabet zaharat. Pentru ca glucoza să treacă din sânge în celulele din ţesuturi este necesară unirea acesteia cu hormonul numit insulină. Dacă pancreasul eşuează în procesul de producere a unor niveluri adecvate de insulină sau dacă receptorii pentru insulină din organism nu utilizează eficient insulina, se acumulează în sânge glucoză în exces.

Determinările substanţelor minerale osoase

Nivelurile de calciu sangvin mai mari decât normalul pot indica o tulburare, cum ar fi o glandă paratiroidă hiperactivă sau o tumoră osoasă, suferinţe care produc eliberarea unor cantităţi în exces de minerale din os în sânge.

Testele renale

Testele sangvine de evaluare a funcţiei renale măsoară nivelurile de săruri dizolvate (electroliţi) şi

anumiţi produşi de excreţie. Atunci când nivelurile acestor substanţe sunt în afara limitelor normale, rinichii pot să nu lucreze cum trebuie. Două dintre produsele de excreţie cel mai frecvent măsurate sunt ureea sangvină şi creatinina.

Testele hepatice

Testele sangvine sunt o metodă frecventă de determinare a integrităţii ficatului. Atunci când celulele hepatice sunt lezate, enzimele aflate în mod normal în interiorul acestor celule se vor descărca în sânge. Sângele poate conţine şi niveluri mai mari de produşi de excreţie, cum ar fi bilirubina, deoarece aceste substanţe nu sunt îndepărtate de către ficat aşa cum este normal. În plus, sângele poate conţine cantităţi anormale din anumite proteine produse de ficat.

Testele de leziune musculară

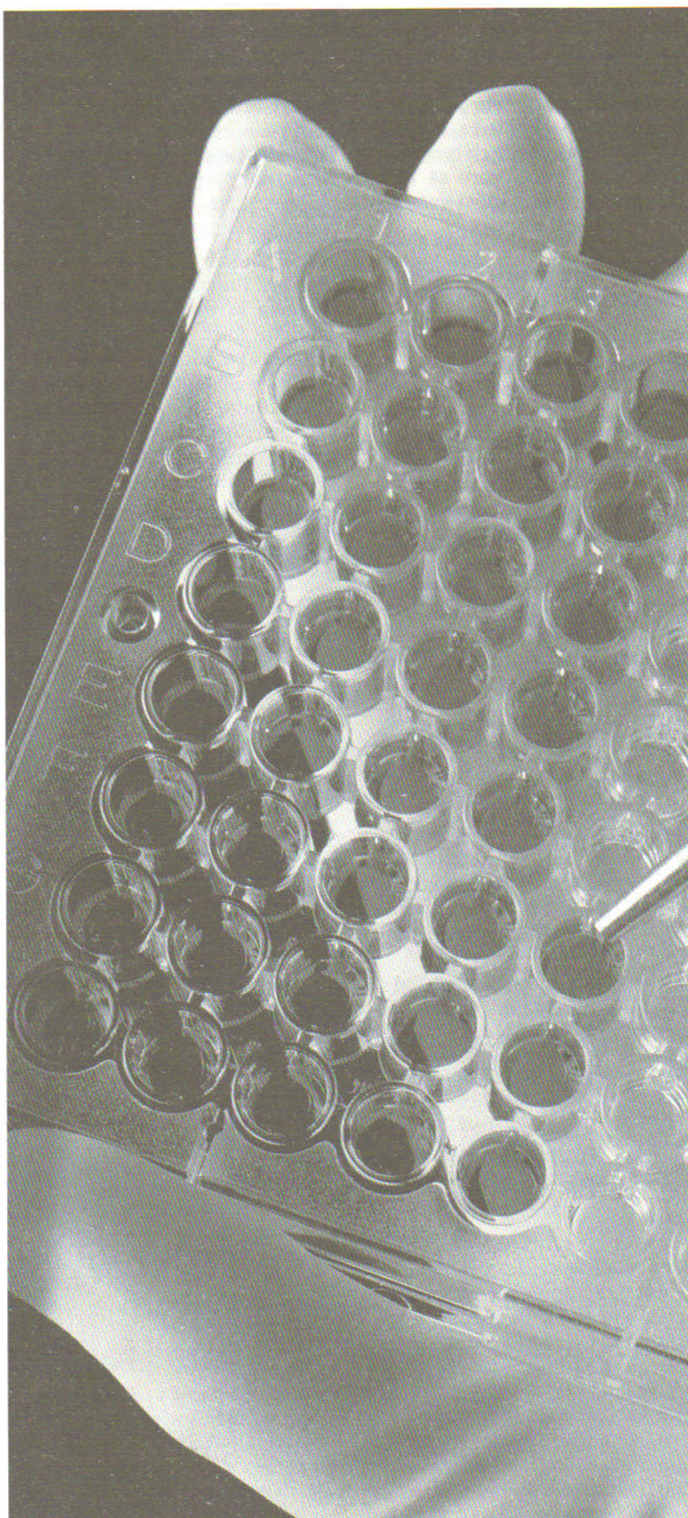
Atunci când un muşchi este lezat, se poate elibera din acesta în sânge o enzimă numită creatinkinază. Nivelurile crescute ale acestei enzime în sânge pot semnala multe tulburări posibile, de la o simplă ruptură musculară la distrofie musculară.

O formă particulară de creatinkinază apare doar la nivelul muşchiului cardiac. Creşterea nivelului acestei forme a enzimei este deseori un indicator pentru infarctul miocardic. O altă substanţă eliberată în sânge imediat după un infarct miocardic este o proteină numită troponină. În general, cu cât este mai mare nivelul de troponină din sângele dumneavoastră, cu atât este mai mare distrugerea muşchiului cardiac.

Lipidele sangvine

Testele sangvine pentru determinarea lipidelor sangvine măsoară nivelurile grăsimilor (lipidelor), cum ar fi colesterolul şi trigliceridele, din sânge. Un nivel crescut al multora dintre aceste substanţe creşte riscul ca acestea să formeze depozite lipidice (plăci) la nivelul arterelor, îngustându-le şi crescându-vă riscul de infarct miocardic sau de accident vascular cerebral.

În plus faţă de dozarea colesterolului total, testele sangvine pentru determinarea colesterolului



pot măsura şi tipurile specifice de colesterol: lipoproteină cu densitate mare (HDL) şi cu densitate mică (LDL). LDL colesterolul, colesterolul „rău", este un factor de risc pentru formarea plăcilor (ateroscleroza). HDL colesterolul, colesterolul „bun", pare să aibă efect protector împotriva suferinţei cardiovasculare.

Testele sangvine pentru inflamaţie

Atunci când ţesuturile devin inflamate, ele produc o cantitate mai mare decât în mod normal de anumite proteine, numite proteine inflamatorii. Dacă medicul vă suspectează că aveţi o infecţie sau o boală inflamatorie, acesta vă poate efectua teste sangvine pentru a vedea dacă nivelurile acestor proteine sunt mai mari decât în mod normal. Aceleaşi teste sunt utilizate pentru monitorizarea progresiei anumitor boli inflamatorii, ca artrita reumatoidă. Unul dintre cei mai specifici indicatori ai inflamaţiei este o proteină numită proteină C reactivă. Nivelurile acesteia cresc şi scad rapid în asociere cu evoluţia şi tratamentul inflamaţiei. Un alt test sangvin utilizat frecvent pentru a ajuta la identificarea suferinţelor inflamatorii este viteza de sedimentare a eritrocitelor (VSH). Acesta măsoară viteza cu care celulele roşii sangvine ajung pe fundul unui tub de sticlă. În general, atunci când este prezentă inflamaţia, celulele roşii se aglomerează şi se depun mai repede decât în mod normal, producând creşterea vitezei de sedimentare.

Testele de dozare a hormonilor sangvini

Testele de dozare a hormonilor sangvini determină nivelurile hormonilor specifici produşi de glandele care intră în componenţa sistemului endocrin: glanda hipofiză, tiroida şi paratiroidele, glandele suprarenale, ovarele la femei şi testiculele la bărbaţi. Un nivel anormal al anumitor hormoni poate semnifica o disfuncţie a unei anumite glande. Un motiv frecvent de dozare hormonală este confirmarea unei sarcini. Testele hormonale sunt, de asemenea, utilizate pentru investigarea tulburărilor tiroidiene, infertilităţii, creşterii anormale sau a pubertăţii precoce sau întârziate.

Testele pentru markerii tumorali

Unele cancere produc anumite substanţe care pot fi detectate în sânge. Aceste substanţe, numite markeri tumorali, sunt deseori prezente la indivizii sănătoşi în cantităţi mici. O dată cu dezvoltarea anumitor cancere, nivelul acestor substanţe poate creşte. Unul dintre cei mai cunoscuţi markeri tumorali este antigenul specific prostatic (PSA), asociat uneori cu cancer prostatic.

Măsurarea gazelor sangvine

Măsurarea nivelurilor de oxigen şi de dioxid de carbon este de ajutor în diagnosticarea şi monitorizarea bolilor pulmonare. Scăderea oxigenului şi creşterea dioxidului de carbon pot fi un semnal că plămânii nu funcţionează corect.

O metodă de măsurare a nivelului gazelor sangvine este recoltarea unei probe de sânge din artera, de obicei de la nivelul încheieturii pumnului. Sângele este recoltat de preferat dintr-o arteră şi nu dintr-o venă deoarece proba de sânge trebuie să conţină sânge proaspăt oxigenat. O metodă mai frecventă de măsurare a gazelor sangvine este cu ajutorul unui mic dispozitiv numit pulsoximetru care se ataşează la nivelul capătului unui deget. Dispozitivul măsoară indirect nivelul oxigenului sangvin prin intermediul unei lumini care trece prin ţesuturile moi ce conţin artere mici.

Analizele de urină şi ale materiilor fecale

Ca şi sângele, urina conţine multe substanţe chimice şi produşi de excreţie. Nivelurile anormale ale anumitor hormoni, proteine, minerale sau săruri în urină – sau prezenţa anumitor substanţe, care nu se găsesc în mod normal în urină, cum ar fi sângele – îi pot orienta pe medici şi pe alte persoane în stabilirea diagnosticului şi a îngrijirii medicale. Prezenţa sângelui în materiile fecale poate fi un semnal al unei probleme medicale.

Sumarul de urină

Sumarul de urină este o analiză medicală frecventă şi poate fi inclus în examinarea fizică completă. Pentru acest test se recoltează o mică probă de urină care se duce la laborator pentru analiză. Alte teste necesită recoltarea într-un anumit moment sau colectarea urinei în condiţii sterile.

Unele teste urinare se pot efectua acasă prin utilizarea unor chituri. De exemplu, chiturile pentru sarcină utilizate acasă permit femeilor să-şi testeze propria urină pentru a vedea dacă sunt însărcinate. Testele sunt concepute să detecteze un hormon numit gonadotropină umană corionică (HCG), care este produs de placenta în dezvoltare.

Analiza urinei pe 24 de ore

O analiză a urinei colectate pe 24 de ore necesită strângerea şi depozitarea întregii cantităţi de urină din 24 de ore într-un recipient mare din plastic. Urina strânsă este dusă la cabinetul medicului de unde se trimite la un laborator pentru analiză. Acest tip de test este efectuat atunci când o probă simplă de urină nu este suficientă pentru determinarea prezenţei sau severităţii anumitor boli.

Un exemplu este testarea microalbuminuriei, utilizată pentru stabilirea statusului funcţiei renale la pacienţii cu diabet. Acest test măsoară cantitatea de proteină numită albumină care se pierde la nivelul rinichilor în urină, atunci când aceştia nu funcţionează corect.

Analiza sângerărilor oculte în scaun

Un test al prezenţei sângerărilor oculte în scaun detectează prezenţa de cantităţi mici de sânge într-o probă mică de materii fecale. Sângerările nedetectabile vizual (oculte) în scaun se pot datora unei afecţiuni gastrointestinale ce poate produce hemoragii

în tractul digestiv, cum ar fi polipii, cancerul colorectal, gastrita sau un ulcer.

Pentru acest test veţi recolta o mică probă de materii fecale. În laborator, o parte din probă este pusă pe o bucată de hârtie specială şi se adaugă un reactiv chimic. Dacă apare o modificare de culoare înseamnă că sângele poate fi prezent în materiile fecale. Teste suplimentare sunt apoi necesare pentru a confirma prezenţa sângelui şi pentru a căuta o cauză.

Testele microbiologice

Microorganismele, ca bacteriile, virusurile şi fungii pot cauza boli. Dacă un medic suspectează că o boală se poate datora prezenţei unui microorganism, acesta poate solicita prelevarea unei probe de ţesut sau de lichid din organism pentru examinarea sub microscop.

Datorită faptului că deseori probele conţin puţine microorganisme, acestea pot fi crescute (cultivate) pentru sporirea numărului în scopul detectării mai uşoare. Înaintea examinării, majoritatea probelor tisulare sau lichidiene sunt tratate cu coloranţi pentru facilitarea detectării microorganismelor. Diferitele tipuri de microorganisme pot fi recunoscute după mărime, formă şi modul de reacţionare cu anumiţi coloranţi. Microorganismele pot fi testate şi pentru existenţa posibilei rezistenţe la antibiotice. Acest test poate ajuta la determinarea celei mai bune medicaţii pentru tratarea infecţiei.

Câteva exemple de culturi din ţesuturile sau fluidele organismului sunt exsudatul faringian, urocultura, analiza lichidului cefalo-rahidian, analiza lichidului sinovial şi testarea pentru prezenţa antigenelor şi anticorpilor.

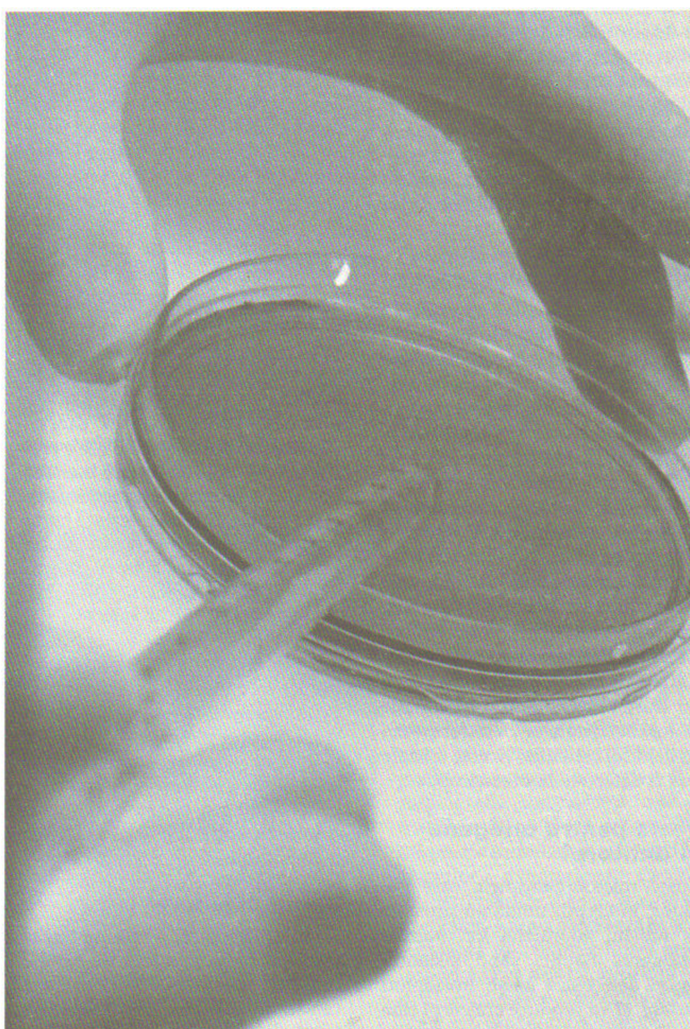
Exsudatul faringian

Exsudatul faringian se face cel mai frecvent atunci când un medic observă o roşeaţă sau puroi la nivelul amigdalelor sau ţesuturilor de la nivelul părţii posterioare a gâtului. Pentru a determina dacă inflamaţia sau infecţia este produsă de un virus sau de bacterii se freacă ţesuturile roşii cu tampon steril pentru a recolta o probă de secreţii. Tamponul steril este trimis la laborator unde se analizează şi se face o cultură. Conţinutul tamponului este plasat pe un mediu de cultură pentru a vedea dacă se dezvoltă ceva.

Unul dintre cele mai frecvente motive pentru recoltarea unui exsudat faringian este diagnosticarea anginei streptococice, o infecţie a ţesuturilor gâtului produsă de streptococ. La un moment dat, era disponibil un test rapid care dădea un rezultat iniţial într-o oră, dar scăpau nediagnosticate cam 30% dintre cazurile de infecţie streptococică, fiind necesară o cultură pentru confirmarea rezultatelor. Clinica Mayo a dezvoltat recent un nou test diagnostic care oferă un rezultat final de confirmare în circa 8 ore în comparaţie cu 1 până la 2 zile în cazul exsudatului faringian tradiţional.

Urocultura

Urocultura este utilizată pentru identificarea inflamaţiei sau infecţiei tractului urinar. Pentru aceasta veţi recolta o probă de urină care va fi dusă la laborator unde este analizată pentru identificarea prezenţei bacteriilor sau altor microorganisme. Creşterea nivelurilor de celule albe sangvine în urină poate indica o infecţie sau o inflamaţie.



Hemocultura

Hemocultura poate detecta prezenţa unei infecţii răspândite în circuitul sangvin sau o infecţie la nivelul unei valve cardiace. Se recoltează o probă de sânge de la nivelul braţului care este examinată pentru detectarea prezenţei bacteriilor, virusurilor sau altor organisme.

Analiza lichidului cefalo-rahidian

Pentru testarea lichidului cefalo-rahidian se recoltează o cantitate mică de lichid cefalo-rahidian din canalul spinal. Lichidul se recoltează prin inserarea unui ac la nivelul părţii inferioare a coloanei (puncţie lombară).

Analiza lichidului cefalo-rahidian poate ajuta la confirmarea diagnosticului infecţiilor ca meningitele, sifilisul şi a altor infecţii ale sistemului nervos central. Poate ajuta şi la identificarea sclerozei multiple, tumorilor spinale şi sângerărilor la nivelul lichidului cefalorahidian.

Analiza lichidului sinovial

Lichidul sinovial este secretat de membranele care vă căptuşesc articulaţiile, numite membrane sinoviale, şi are rol de lubrefiere. Infecţia acestor membrane poate fi detectată prin examinarea lichidului sinovial. Pentru identificarea infecţiei articulare, medicul introduce un ac fin într-o articulaţie şi drenează o cantitate de lichid pentru analiză. În plus faţă de identificarea infecţiei, acest test poate analiza lichidul şi pentru depistarea altor probleme care pot produce inflamaţia articulară. Guta sau pseudoguta se asociază cu durere articulară şi inflamaţie datorată cristalelor ce se formează în lichidul articular. Aceste cristale pot fi detectate la microscop.

Teste pentru antigene şi anticorpi

Toate microorganismele care pătrund în corpul uman au proteine la nivelul suprafeţei lor, numite antigene. Atunci când sistemul imun detectează aceşti invadatori străini, el va produce anticorpi care atacă antigenele specifice şi ajută la distrugerea lor. Fiecare microorganism poartă pe suprafaţă antigene specifice, astfel încât anticorpii produşi de sistemul imun sunt de asemenea specifici.

O metodă rapidă şi cu acurateţe crescută pentru identificarea unei posibile surse de infecţie este testarea sângelui sau a altor fluide din organism pentru detectarea prezenţei unor anumite antigene sau anticorpi. Aceste teste sunt utile atunci când este necesar un diagnostic rapid sau atunci când nu există suficiente microorganisme în probele tisulare sau lichidiene pentru a fi evidenţiate la microscopie.

Teste celulare şi tisulare

Ţesuturile organismului sunt formate din celule cu caracteristici specifice. Unele boli, cum ar fi cancerul, produc anomalii celulare vizibile la microscop. În cazul altor boli, cum ar fi cele inflamatorii, anumite ţesuturi pot conţine celule normale ce nu ar trebui să fie prezente la acest nivel.

Teste celulare

Cea mai frecventă utilizare a testelor celulare (citologia) este un screening (examen, probă) pentru cancer. Aceste teste pot detecta celulele precanceroase sau canceroase înaintea apariţiei semnelor sau simptomelor cancerului. Celulele testate sunt recoltate în diferite moduri. Acestea pot fi descuamate de pe suprafaţa tisulară, ca în cazul testului Pap (test Papanicolaou), în care se recoltează celule de la nivelul suprafeţei cervixului, se pot recolta din fluidele corpului sau pot fi strânse prin introducerea unui ac într-o zonă de ţesut şi recoltarea celulelor.

Înainte de examinarea la microscop, celulele se tratează în general cu un conservant şi un colorant pentru a le face mai uşor identificabile.

Testele tisulare

Testele tisulare, numite mai frecvent biopsii, diferă de testele celulare, recoltându-se nu doar celule individuale, ci o probă de ţesut dintr-un anumit organ sau zonă a corpului. Ţesutul se poate recolta cu ajutorul unui ac printr-o incizie sau cu ajutorul unui dispozitiv numit endoscop, care se introduce în tractul digestiv superior sau inferior. O dată ce se îndepărtează, ţesutul este tratat cu anumite substanţe chimice şi este tăiat în secţiuni foarte fine. Secţiunile sunt puse pe lame de sticlă, sunt colorate pentru facilitarea vizualizării ţesutului şi se examinează apoi sub microscop.

Biopsiile sunt utilizate pentru confirmarea sau excluderea diferitelor boli. Sunt folosite frecvent în diagnosticarea cancerului. Biopsiile sunt prelevate şi pentru identificarea unor afecţiuni ca ciroza hepatică, în care se dezvoltă ţesut fibros în exces în acest organ. Biopsiile îi pot ajuta, de asemenea, pe medici în diferenţierea unor boli care au semne şi simptome similare, cum ar fi bolile inflamatorii intestinale, colita ulcerativă şi boala Crohn.

Teste imagistice

Testele imagistice oferă imagini ale structurilor din corpul dumneavoastră care ajută la detectarea prezenţei şi extensiei bolii. Ele pot ajuta şi la determinarea modului de funcţionare a anumitor organe. Pe măsura îmbunătăţirii tehnicilor imagistice, utilitatea chirurgiei exploratorii pentru prezenţa şi identificarea unei boli a scăzut.



Angiografia coronariană este efectuată într-un laborator de cateterism, sub supravegherea unei echipe de cateterism.

Radiografia

Din momentul în care a fost inventat în anul 1895, aparatul de raze X este o parte componentă a medicinei. În timpul unei radiografii, radiaţia electromagnetică trece prin corp pe un film sau pe un ecran. Structurile dense, cum ar fi osul, absorb majoritatea radiaţiei şi apar albe pe film sau pe ecran. Ţesuturile mai puţin dense, cum ar fi plămânii sau intestinele, absorb o cantitate mai mică de radiaţii şi apar colorate în negru sau nuanţe de gri. Pentru a face mai vizibile ţesuturile mai puţin dense, vi se poate injecta sau puteţi înghiţi o substanţă de contrast înainte de examinare radiologică. Substanţa de contrast absoarbe radiaţiile ca şi ţesuturile dense.

Radiografiile sunt cel mai frecvent folosite pentru vizualizarea:

Oase

Unul dintre cele mai frecvente motive pentru efectuarea unei radiografii este detectarea unei fracturi osoase. Radiaţiile electromagnetice nu sunt absorbite acolo unde este fracturat osul, făcând vizibile localizarea şi extinderea majorităţii locurilor de ruptură.

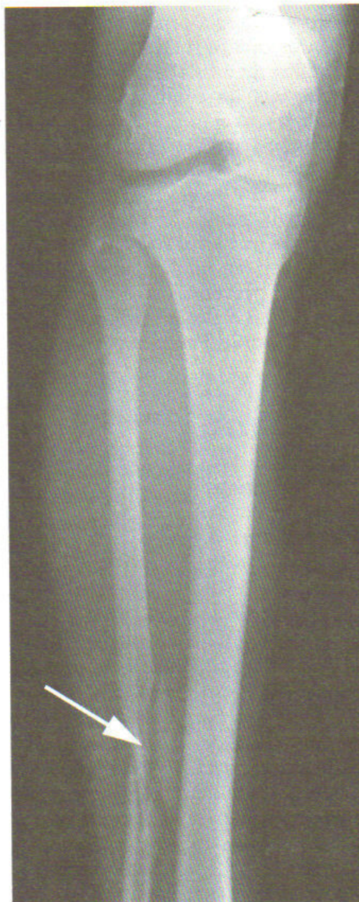
Torace

O radiografie toracică este o altă investigaţie efectuată frecvent. Aceasta poate oferi informaţii despre inimă, plămâni şi peretele toracic, incluzând şi coastele. În cazul unei radiografii toracice normale, coastele sunt vizibile, inima bine conturată, iar plămânii apar negrii deoarece conţin aer.

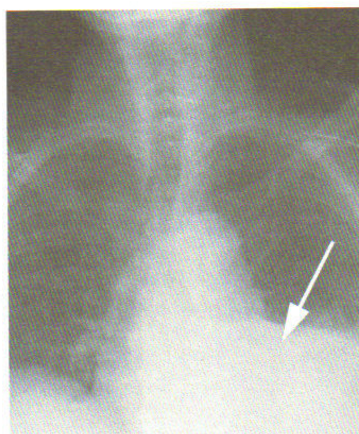
O radiografie toracică poate vizualiza afecţiuni ca ruptura unei coaste, o inimă mărită, pneumonia, un plămân colabat sau o tumoră pulmonară. În cazul pneumoniei, de exemplu, în loc să apară negre, porţiuni dintr-unul sau din ambii plămâni pot apărea albe.

Sânii

Termenul medical pentru imaginea radiologică a sânului unei femei este mamografia. Investigaţia este făcută pentru detectarea precoce a cancerului de sân. Pe măsură ce razele X străbat sânul, ţesuturile mai dense de la acest nivel absorb mai multe radiaţii, fiind mai vizibile pe filmul radiologic. Prezenţa ţesuturilor dense poate fi un indicator de cancer. Pentru mai multe informaţii, vezi pag. 839.



Această radiografie arată un os fracturat (fibula) la nivelul piciorului (vezi săgeata)



Această radiografie arată o colecţie lichidiană (epanşament pleural) pe partea stângă.

Tractul digestiv

Examinarea radiologică a tractului digestiv se referă, în general, la examenul baritat, deoarece acesta presupune de obicei utilizarea unei substanţe de contrast numite bariu. Bariul este material lichid, alcalin care căptuşeşte pentru o perioadă mucoasa tractului digestiv, făcând-o mai vizibilă pe filmele radiologice.

În funcţie de nivelul examinării tractului digestiv, superior sau inferior, puteţi fie să înghiţiţi un lichid ce conţine bariu, fie să se introducă bariu în colon printr-un tub inserat în rect (irigografie). Examenul radiologic al tractului digestiv poate identifica multe probleme, cum ar fi ulcerele, tumorile canceroase (maligne) şi necanceroase (benigne) şi blocajul (obstrucţia) din tubul digestiv.

Vasele sangvine

Vizualizarea radiologică a vaselor de sânge se referă de obicei la angiografie sau arteriografie. În timpul procedurii, substanţa de contrast se injectează într-un vas sangvin prin intermediul unui vas subţire, lung, flexibil (cateter) care se introduce în vas. Pe măsură ce substanţa avansează pe calea sangvină, se fac imagini radiologice ale vaselor. Imaginile radiologice pot arăta dacă fluxul sangvin este normal sau dacă este întrerupt sau este încetinit printr-o obstrucţie la nivelul unui vas.

Atunci când substanţa de contrast se injectează într-o arteră ce asigură aportul sangvin la nivelul muşchiului cardiac (arterele coronare), procedeul se numeşte angiografie coronariană (vezi pag. 753). Angiografia coronariană este cel mai frecvent utilizată pentru identificarea stenozelor sau obstrucţiilor arterelor coronariene datorate formării plăcilor (ateroscleroză) sau trombilor. Atunci când se injectează substanţa de contrast într-o arteră importantă ce duce la creier, procedeul se numeşte arteriografie cerebrală sau angiografie cerebrală.

Aceste teste sunt folosite pentru detectarea anomaliilor de la nivelul gâtului sau creierului, cum ar fi un cheag de sânge, o ruptură a unui vas sangvin sau un anevrism. Testele sunt utilizate mai rar astăzi decât în trecut datorită dezvoltării rezonanţei magnetice nucleare (RMN) şi a angiografiei cu rezonanţă magnetică (MRA).

Tractul urinar

În cadrul unui procedeu numit urografie intravenoasă se injectează substanţă de contrast într-o venă. Aceasta circulă prin sânge şi este concentrată în rinichi, de unde se elimină în urină. Pe măsură ce substanţa de contrast trece prin tractul urinar, îl marchează făcându-l mai vizibil la examenul radiologic.

Acest test se efectuează cel mai frecvent pentru a căuta o obstrucţie în tractul urinar produsă de pietre sau tumori sau pentru a cerceta prezenţa unor anomalii renale sau ale căilor urinare, cum ar fi tumorile. Pentru a obţine mai multe informaţii asupra acestui test, vezi pag. 918.

Ductele biliare şi pancreatice

Examinarea radiologică a ductelor biliare şi pancreatice poate fi utilă în diagnosticarea pietrelor colecistice, îngustărilor (stricturilor), cancerului sau altor anomalii. Substanţa de contrast se injectează în ducte printr-un tub lung (endoscop) care se introduce în tractul digestiv şi este direcţionat până când ajunge în ductul biliar

Examenul radiologic cu bariu

Examenul radiologic cu bariu presupune utilizarea acestei substanţe de contrast pentru examinarea tractului gastrointestinal superior sau inferior. Atunci când este înghiţit, bariul căptuşeşte tractul digestiv superior, permiţând medicului să verifice existenţa unor anomalii ca ulcerul, tumorile şi îngustările tubului (stricturi). Pot fi evidenţiate şi anomaliile de motilitate ale esofagului, stomacului şi intestinului subţire.

Pentru examinarea tractului gastrointestinal inferior, bariul se introduce în rect şi în colon printr-o clismă. Clisma cu bariu permite vizualizarea membranei rectului, colonului şi, deseori, a unei porţiuni din intestinul subţire. Testul poate ajuta la diagnosticul bolilor ca polipii colorectali, cancerul colorectal, boala Crohn şi colita ulcerativă.

Pregătirea

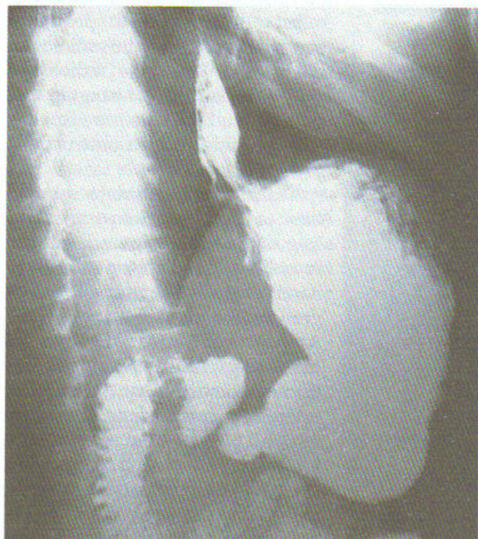
Înainte de examinare trebuie în general să nu mâncaţi peste noapte. Pentru a ingera bariu, vi se va cere să beţi un lichid ca varul ce poate fi aromat pentru a avea un gust mai plăcut.

Dacă vi se va face o clismă baritată, vi se va administra probabil un laxativ în seara precedentă pentru a pregăti colonul. Poate fi nevoie şi de o clismă evacuatorie cu o oră sau două înainte de investigaţie. În cadrul clismei baritate vi se introduce bariul în rect. Cu toate că veţi simţi nevoia de a-l elimina imediat, este important să ţineţi bariul înăuntru până când se termină investigaţia.

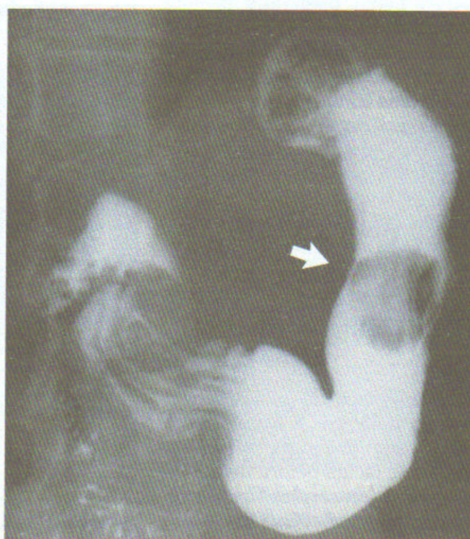
Procedura

După ce amestecul cu bariu căptuşeşte şi umple scobiturile tractului digestiv, se fac radiografii care evidenţiază imaginea clară a formei şi integrităţii acestor organe.

Stomac normal



Cancer de stomac (vezi săgeata)



? **Întrebare şi răspuns**

Ce înseamnă cateterizare?

Cateterizarea se referă la orice procedură în cadrul căreia se introduce un cateter - un tub lung, flexibil - în corp. Uneori, se utilizează termenul de angiografie ca sinonim al frazei „cateterizarea cordului şi a vaselor de sânge" (cateterism cardiac). Angiografia se referă la injectarea unei substanţe de contrast printr-un cateter, astfel încât se pot vizualiza cordul şi vasele de sânge pe imaginile radiologice. Unele catetere cardiace au şi dispozitive în miniatură la vârf, care pot măsura oxigenarea sangvină, fluxul sangvin şi presiunile din vasele sangvine. În plus, unele catetere sunt prevăzute pentru a lua o probă de ţesut (biopsie) dintr-un vas sangvin sau din cord sau pentru a trata suferinţa.

Cateterele sunt utilizate şi în alte situaţii. De exemplu, cateterele urinare sunt utilizate pentru a drena urina din vezica urinară atunci când o persoană nu poate merge la baie.

Se utilizează şi un fluoroscop pentru a vizualiza trecerea bariului. Acest dispozitiv foloseşte un ecran fluorescent pentru a converti imaginea radiologică într-o lumină vizibilă. Fluoroscopul este, de asemenea, capabil să ofere un film radiologic convenţional în orice moment de pe parcursul investigaţiei.

Pentru a obţine o imagine şi mai clară a stomacului, vi se poate cere să luaţi un praf sau o pastilă care eliberează gaz în interiorul stomacului. Gazul va produce expansiunea (dilatarea) stomacului oferind o imagine mai detaliată a acestui organ.

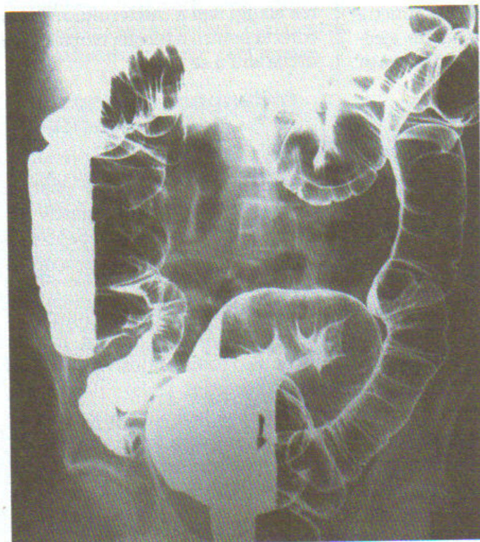
În timpul unei examinări cu bariu a colonului, medicul vă poate pune în diferite poziţii şi vă poate apăsa, palpa pe abdomen, pe măsură ce bariul circulă prin colon. Medicul va încerca să forţeze pătrunderea bariului în intestinul subţire. În anumite momente, radiologul poate introduce aer în colon pentru a obţine o delimitare mai bună a pliurilor fine de la nivelul membranei acestuia. Această metodă este eficientă în mod particular pentru detectarea polipilor foarte mici şi a modificărilor intestinale asociate cu colită ulcerativă sau cu boala Crohn.

Reacţii adverse

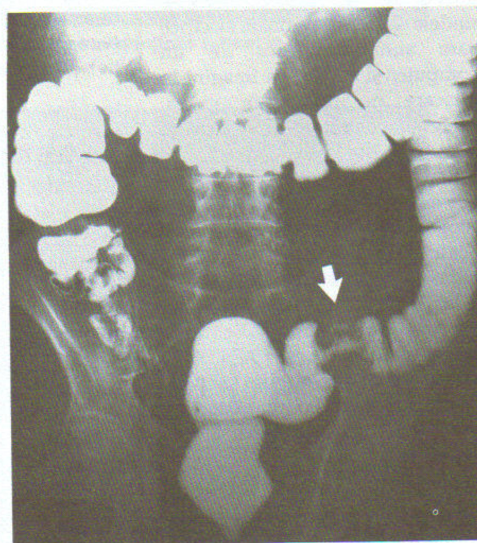
Bariul este eliminat prin materiile fecale şi produce, în general, puţine reacţii adverse. Poate produce constipaţie temporară. De aceea, se recomandă frecvent administrarea unui laxativ după examenul baritat al intestinului subţire. Clisma cu bariu este cunoscută că poate agrava ocazional colita ulcerativă sau rareori produce perforarea colonului.

Trebuie să fiţi capabil să mâncaţi o dietă normală imediat după examinare şi vi se va recomanda să beţi multe lichide în restul zilei. Timp de câteva zile după test, materiile fecale pot fi rozalii sau albe prin eliminarea bariului rămas din tractul gastrointestinal.

Colon normal



Cancer de colon (vezi săgeata)



sau pancreatic. Acest procedeu se numeşte colangiopancreatografie endoscopică retrogradă (ERCP). Pentru mai multe informaţii, vezi pag. 897.

Ecografia

Ecografia, cunoscută şi ca ultrasonografie, utilizează undele sonore cu frecvenţă foarte înaltă pentru a produce imagini ale interiorului corpului uman. Ultrasunetele lucrează în mod similar cu sonarele submarinelor, dispozitivele de găsire a peştilor sau ale vaselor de pescuit.

Un dispozitiv numit transductor converteşte curentul electric în unde sonore cu frecvenţă înaltă care nu pot fi auzite de urechea umană. Transductorul este, de obicei, un dispozitiv care se ţine în mână şi se plasează pe suprafaţa pielii de deasupra zonei ce trebuie examinată. Uneori, se ataşează de o sondă ce se introduce printr-un orificiu natural, cum ar fi esofagul, rectul sau vaginul.

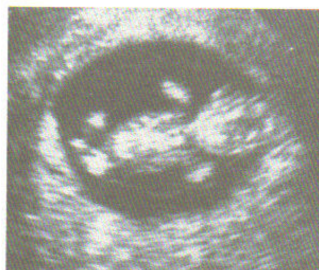
O dată ce transductorul este în poziţie, undele sonore sunt emise de dispozitiv. Undele sonore trec prin ţesuturile corpului, mai uşor prin ţesuturile moi şi prin fluide şi mai greu prin ţesuturile dense. Undele sunt reflectate către un dispozitiv de recepţie localizat în interiorul transductorului. Dispozitivul de recepţie converteşte undele sonore în semnale electrice care sunt procesate de un computer şi expuse ca imagini în mişcare pe un ecran video. Imaginile selectate sunt salvate pentru a fi analizate.

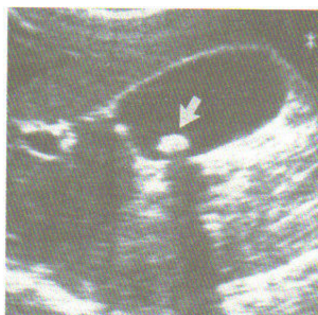
Ecografia este efectuată de obicei de un tehnician instruit în ecografie, iar imaginile sunt analizate de un medic, de obicei radiolog sau obstetrician.

Ecografia este foarte sigură şi produce în general disconfort minim. Datorită acestui fapt, rolul său a crescut pe măsura dezvoltării tehnicii. Ecografia poate fi utilizată pentru a examina:

Fătul

Ecografia este un examen de rutină în sarcină pentru urmărirea dezvoltării fătului şi cercetarea existenţei unor probleme uterine (vezi pag. 263).





Imaginea ecografică de sus arată un făt în uter. Imaginea de jos evidenţiază o piatră în vezicula biliară (vezi săgeata)

Cordul

Ecografia permite medicilor să evidenţieze defectele valvelor cordului prin urmărirea fluxului de sânge la nivelul cavităţilor inimii şi pentru a măsura funcţia pompei cardiace (fracţia de ejecţie). Pentru mai multe informaţii asupra acestei investigaţii numite ecocardiografie, vezi pag. 776.

Vasele de sânge

Un tip special de ecografie, numit ecografie Doppler, permite medicilor să monitorizeze fluxul sangvin prin artere şi vene. Ecografia Doppler utilizează impulsuri scurte de ultrasunete pentru a determina viteza şi direcţia fluxului sangvin. Fluxul sangvin care se îndepărtează de transductor apare sub o anumită culoare pe ecran, iar fluxul care vine spre acesta apare sub o altă culoare. Acest tip de ecografie este cel mai frecvent utilizată pentru a identifica prezenţe cheagurilor sangvine şi a valvelor lezate din interiorul venelor.

Organele interne

Ecografia este deseori utilizată pentru a identifica prezenţa posibilelor afecţiuni ale rinichilor, splinei, prostatei, testiculelor, tiroidei, uterului şi ovarelor. Ecografia poate fi, de asemenea, utilă în identificarea afecţiunilor esofagului, stomacului, colecistului, ficatului, ductelor biliare, pancreasului şi rectului.

În plus faţă de examinarea integrităţii organelor interne, ghidajul ecografic poate fi utilizat în cazul unor proceduri invazive, cum ar fi o biopsie, drenajul unei infecţii sau tratamentul unei mase canceroase. Imaginile ecografice ajută la ghidarea acului sau a cateterului în zona corectă pentru a recolta biopsia, a se drena sau a se trata.

Ecografia endoscopică

Ecografia endoscopică este similară endoscopiei tractului gastrointestinal superior, o investigaţie în care se inseră în tractul digestiv un instrument flexibil, subţire cu o cameră ataşată (endoscop) pentru a vizualiza porţiunea inferioară a tractului. În cazul ecografiei endoscopice se ataşează o sondă de ecografie la endoscop.

Sonda cu ultrasunete este utilizată pentru a vizualiza organele interne şi structurile adiacente stomacului şi intestinelor. Acestea includ ficatul, pancreasul, vezicula biliară şi ductele biliare. Ecografia endoscopică poate ajuta la diagnosticarea pietrelor colecistice, precum şi la evidenţierea tumorilor localizate în pancreas, ficat şi ductele biliare. Cu ajutorul unor instrumente de tăiere în miniatură ataşate endoscopului se pot recolta probe de ţesut dintr-o zonă anormală, cum ar fi o tumoră.

Ecografia endoscopică poate oferi imagini mai bune şi este utilă în recoltarea biopsiilor. Pregătirea pentru această investigaţie, ca şi procedura în sine, sunt similare celor pentru endoscopie.

Tomografia computerizată

Tomografia computerizată (CT) utilizează imaginile radiologice prelucrate de un computer pentru a oferi imagini ale corpului. În timp ce stați întins pe o masă, o parte a tomografului, care seamănă cu o gogoașă uriașă, găurită în centru, se rotește în jurul dumneavoastră. Pe măsură ce aparatul se rotește, acesta emite fascicule subțiri de raze X care vă străbat corpul sub diferite unghiuri. Un computer va prelucra imaginile în secțiuni bidimensionale ale organelor dumneavoastră. Aceste secțiuni se numesc tomograme.

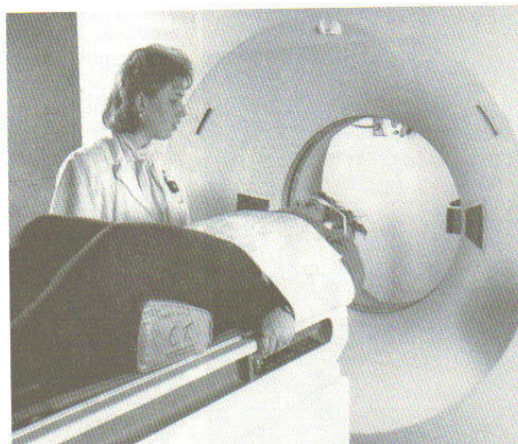
Avantajul tomografiei computerizate este acela că asigură mai multe detalii decât o radiografie normală. O radiografie simplă poate diferenția doar câteva niveluri de densități: os, țesut moale și aer. Un examen CT poate identifica sute de niveluri de densitate făcând mai vizibile organele ce sunt evidențiate cu greu sau deloc pe o radiografie simplă, cum ar fi ganglionii limfatici și ficatul.

Examenele CT sunt utilizate deseori pentru examinarea capului, toracelui, abdomenului și pelvisului pentru identificarea tumorilor, inflamațiilor tisulare, hemoragiilor în interiorul organelor mari și măririlor de organe. Examenele CT se pot utiliza de asemenea în timpul biopsiilor, pentru monitorizarea fluxului sangvin (angiografia CT) și pentru tratamentul vaselor canceroase.

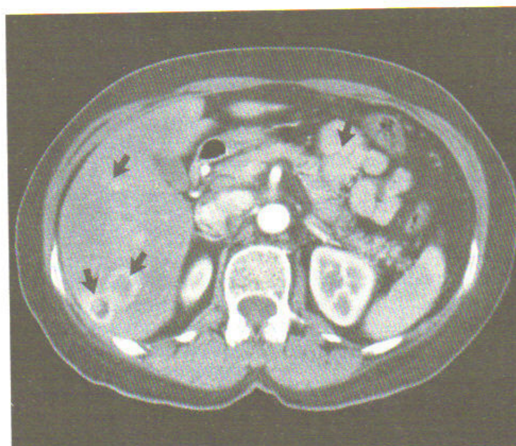
Rezonanța magnetică nucleară

Rezonanța magnetică nucleară (RMN) utilizează câmpurile magnetice și undele radio pentru a produce imagini. Dumneavoastră sunteți așezat pe un pat cu motoraș care se mișcă în interiorul tunelului (cilindrul) aparatului. În interiorul aparatului există un magnet puternic care înconjoară cilindrul.

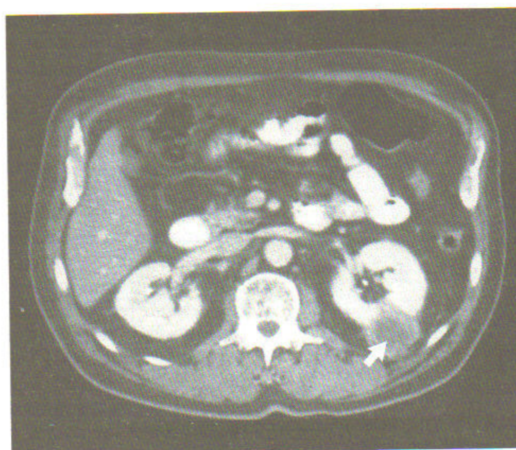
Atunci când atomii din corp sunt expuși unui câmp magnetic puternic sunt aliniați paralel unul cu altul. Undele radio provenite de la un magnet cu radiofrecvență lovesc scurt atomii, desființându-le aliniamentul. Pe măsură ce se realiniază, atomii emit semnale



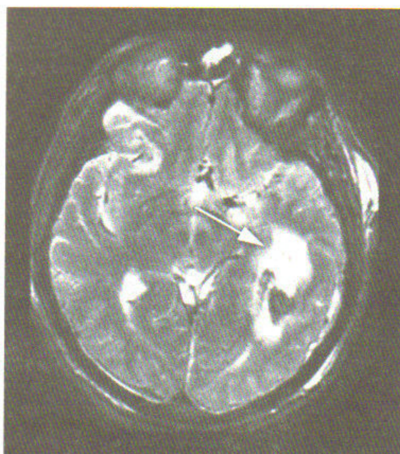
O persoană ce intră într-un aparat de tomografie computerizată (CT).



Un examen CT care evidențiază tumori în pancreas și ficat (vezi săgețile).



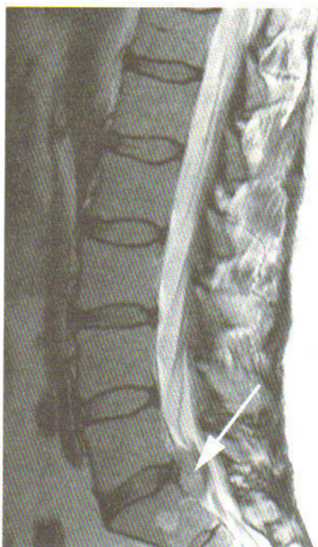
Un examen CT arată o tumoră renală (vezi săgeata).



Săgeata de pe această imagine de rezonanţă magnetică nucleară (RMN) punctează o zonă de sângerare în creier (hemoragie cerebrală)

fine, ce sunt receptate şi transmise unui computer. Computerul converteşte apoi aceste semnale într-o imagine.

Rezonanţa magnetică nucleară este utilă în special pentru evidenţierea zonelor din creier, deoarece oferă imagini detaliate ale substanţei cerebrale cenuşii şi albe. Este folosită, de asemenea, frecvent pentru a vizualiza măduva spinării şi pentru a ajuta la diagnosticarea



Un examen RMN evidenţiază compresia canalului medular printr-un disc herniat (vezi săgeata)

unor afecţiuni ca scleroza multiplă. RMN este utilizată pentru diagnosticarea bolilor ce afectează multe organe interne.

Procedeul nu este dureros şi are avantajul de a nu vă expune radiaţiilor. Totuşi, poate declanşa sentimente cum ar fi claustrofobia la unele persoane. Tunelul aparatului în interiorul căruia sunteţi plasat nu este mult mai larg decât corpul dumneavoastră. Pentru persoanele claustrofobe poate fi necesară sedarea sau, uneori, anestezia generală.

O formă de rezonanţă magnetică nucleară numită angiografie prin rezonanţă magnetică (MRA) este utilizată pentru examinarea arterelor de la nivelul gâtului şi creierului, precum şi din restul corpului. Nu este necesară utilizarea unui cateter, aşa cum este nevoie în cazul angiografiei. De asemenea, investigaţia este mai puţin costisitoare, iar timpul de recuperare este semnificativ mai scurt.

Totuşi, un examen RMN nu poate oferi totdeauna imagini la fel de clare ca şi arteriografia convenţională. De aceea, este necesară arteriografia cerebrală pentru a detecta anomaliile foarte mici, cum ar fi anevrismul cerebral mic. Examene RMN specializate pot fi utilizate de asemenea pentru evaluarea cordului, oaselor, articulaţiilor şi muşchilor.

Tomografiile cu radionuclizi

Tomografiile cu radionuclizi (nucleare) presupun folosirea unor cantităţi mici dintr-o substanţă radioactivă (radionuclid) care se injectează de regulă în circuitul sangvin. Un radionuclid eliberează cantităţi mici de energie (radiaţii) sub forma razelor gamma. Aceste radiaţii sunt detectate de un dispozitiv numit cameră gamma. Informaţiile de la această cameră sunt procesate de un computer şi convertite în imagini.

Diferitele ţesuturi absorb diferiţi radionuclizi, de aceea tipul de substanţă radioactivă utilizată în timpul procedurii depinde de organul pe care medicul doreşte să-l investigheze.

Tomografia cu radionuclizi evidenţiază părţile organismului



O tomografie cu radionuclizi este obţinută cu ajutorul unei camere speciale ce detectează radiaţiile emise de o substanţă radioactivă introdusă în organism. Pe parcursul tomografiei, camera se mişcă în timp ce dumneavoastră rămâneţi nemişcat.

ca imagini de intensitate variabilă. Zonele cu captare crescută de substanţă radioactivă sunt numite puncte calde. Zonele de culoare mai puţin intensă, care indică o captare scăzută a radionuclidului se numesc zone reci.

Tomografiile nucleare sunt utilizate în general pentru a aprecia cum funcţionează un organ sau un ţesut. Ele sunt folosite pentru a depista nivelurile anormale de activitate în organe ca glanda tiroidă, rinichii şi osul. Tomografiile cu radionuclizi sunt folosite, de asemenea, pentru a evalua circulaţia sângelui prin plămâni şi dimensiunile şi funcţia cordului. Uneori, se efectuează o tomografie cu radionuclizi în timpul unui test de efort (test de stres) pentru aprecierea funcţionalităţii muşchiului cardiac pe parcursul desfăşurării activităţii fizice. Tomografia cu radionuclizi poate fi folosită şi pentru depistarea tumorilor şi a inflamaţiei. În plus, aceste tomografii pot fi utilizate pentru evaluarea pasajului alimentelor prin tractul digestiv.

Tomografia cu emisie de pozitroni

Tomografia cu emisie de pozitroni (PET) este o formă specială de tomografie cu radionuclizi. Spre deosebire de alte tehnici tomografice, PET nu produce imagini clare ale structurii organelor. În schimb, se utilizează pentru oferirea de informaţii asupra activităţii chimice din anumite ţesuturi sau organe.

PET utilizează substanţe radioactive (radionuclizi) care emit

particule numite pozitroni. Radiațiile generate de aceste particule sunt detectate de un tomograf PET. Numărul de pozitroni emis de un organ sau de o zonă de țesut indică ce cantități de substanță radioactivă a fost absorbită de organ sau de țesut și astfel cât de activ din punct de vedere chimic este.

PET este utilizată mai ales pentru a studia funcțiile cordului și ale creierului. Tomografia PET poate fi de ajutor în localizarea activității epileptice asociate cu convulsiile și în investigarea funcționalității cerebrale în cazul unor suferințe fizice, cum ar fi depresia. La nivelul cordului, PET poate identifica zonele cardiace ce primesc un flux sangvin mai mic. PET este utilizată și pentru depistarea maselor anormale din corp, ce pot fi canceroase.

Tomografia computerizată cu emisie unică de foton

Tomografia computerizată cu emisie unică de foton (SPECT) este o altă formă specializată de tomografie radionucleară. Este similară examenului tomografic PET. Examenul SPECT este cel mai frecvent folosit pentru aprecierea funcției cordului și creierului.

Examenele endoscopice

O vizualizare directă a anumitor organe și țesuturi este deseori cea mai bună metodă pentru a aprecia dacă un organ este sănătos sau bolnav. Structurile ușor accesibile, ca urechile, sunt examinate cu ajutorul unor instrumente simple de vizualizare. Multe structuri localizate în profunzimea organismului pot fi examinate utilizând instrumente cu fibre optice numite endoscoape.

Dispozitivele endoscopice conțin o lentilă și un sistem luminos prin fibră optică ce permit medicului să vizualizeze organe și țesuturi ce intră în structura tractului gastrointestinal și a căilor respiratorii. Un canal din interiorul endoscopului permite și trecerea unor instrumente folosite de medic pentru a recolta probe de țesut (biopsie), fluide și pentru a efectua anumite procedee terapeutice.

Endoscopia digestivă superioară

Endoscopia digestivă superioară (esofagogastroduodenoscopie) oferă medicului o imagine directă asupra părții superioare a tractului digestiv. Endoscopul poate fi introdus prin gură și dirijat în esofag, stomac și prima parte a intestinului subțire (duoden).

Înainte de introducerea tubului se poate administra un anestezic local sub formă de spray în gură și în gât pentru a atenua reflexele de împotrivire ce pot apărea datorită presiunii exercitate de tub la nivelul părții posterioare a limbii și gâtului. Vi se poate administra un sedativ intravenos (iv) pentru a vă relaxa. Puteți simți oarecare disconfort sau senzație de plin pe măsura introducerii tubului sau dacă se introduce aer pentru o vizibilitate mai bună.

Endoscopia este utilă în diagnosticul și tratamentul multor boli și tulburări gastrointestinale superioare. Pe parcursul investigației, medicul poate face unul dintre următoarele lucruri:

- Căutarea și cercetarea zonelor de țesut inflamat, a ulcerelor și a tumorilor
- Prelevarea de probe tisulare (biopsie)
- Îndepărtarea corpilor străini sau a tumorilor necanceroase (polipi)
- Lărgirea (dilatarea) esofagului, dacă acesta este îngustat de țesut cicatricial
- Identificarea și tratarea leziunilor hemoragice

Anumite probleme cronice ale tractului gastrointestinal superior, cum ar fi esofagul Barrett, pot predispune o persoană la apariția cancerului. În asemenea cazuri, examenele endoscopice repetate pot fi de ajutor în identificarea semnelor precoce de cancer.

Bronhoscopia

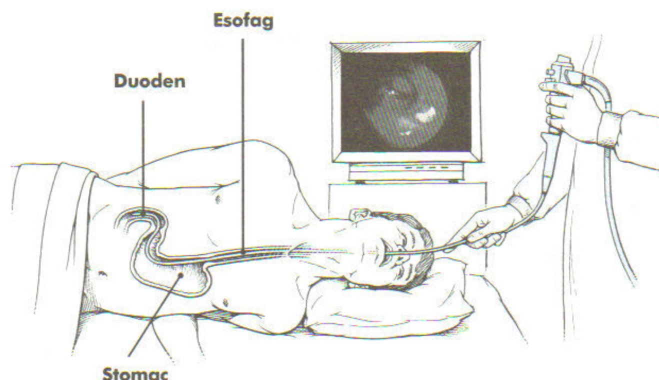
Bronhoscopia permite examinarea directă a căilor aeriene. În timpul acestei proceduri se introduce un endoscop în gură, prin laringe și apoi în bronhii. Această investigație se poate efectua pentru a căuta creșteri anormale, leziuni la nivelul țesutului pulmonar sau obiecte străine în căile aeriene. Pentru mai multe informații, vezi pag. 819.

Colonoscopia

Colonoscopia presupune examinarea intestinului gros (colon) cu ajutorul unui endoscop. Colonoscopia este cea mai sensibilă metodă de examinare a colonului în vederea determinării existenței polipilor sau a cancerului. La persoanele cunoscute cu risc înalt pentru aceste boli, colonoscopia periodică poate fi foarte utilă.

Alte indicații frecvente sunt:

- Îndepărtarea polipilor și recoltarea de probe tisulare (biopsii)
- Depistarea unei cauze pentru o sângerare acută sau cronică și tratarea locurilor hemoragice



Un endoscop permite vizualizarea directă a tractului gastrointestinal superior: esofag, stomac și partea superioară a intestinului subțire (duoden). Imaginile din interiorul tractului gastrointestinal apar pe ecranul unui monitor.

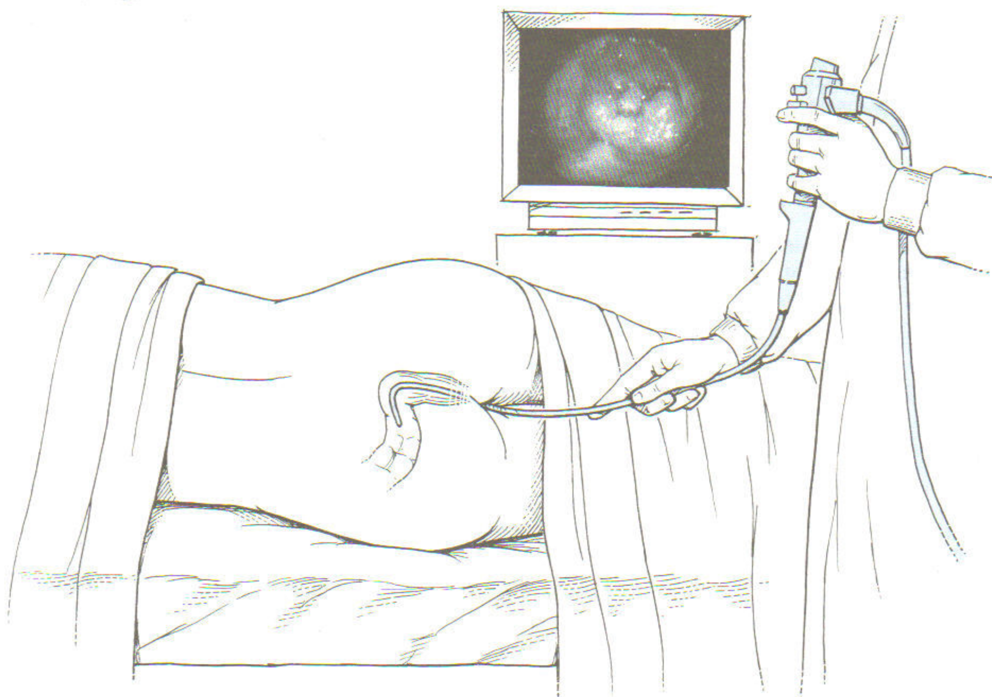
- Identificarea pungilor (diverticuli) şi a obstrucţiilor
- Dilatarea zonelor de îngustare
- Diagnosticul diferenţial al bolilor intestinale inflamatorii
- Identificarea cauzei diareei cronice

Cu o seară înainte de investigaţie vi se va da o soluţie lichidă şi un laxativ pentru curăţarea colonului în vederea unei vizibilităţi mai bune. Chiar înainte de examinare veţi primi o medicaţie care vă sedează parţial şi vă ajută să vă relaxaţi.

În timpul procedurii veţi sta întins pe partea stângă şi se introduce aer în colon pentru o mai bună vizibilitate a pereţilor interiori. Puteţi simţi ceva crampe abdominale sau o senzaţie de presiune în timpul examinării, care ar trebui să se termine atunci când se scoate endoscopul.

Sigmoidoscopia

Sigmoidoscopia este similară colonoscopiei, exceptând faptul că în timpul acestei investigaţii medicul vă examinează doar rectul şi porţiunea inferioară a colonului (colonul sigmoid), nu întregul intestin gros.



În timpul sigmoidoscopiei, medicul foloseşte un tub flexibil, luminat printr-o fibră optică (sigmoidoscop) pentru a examina rectul şi colonul sigmoid. Imaginea de pe ecran arată un cancer de colon.

Colonoscopia virtuală

Colografia prin tomografie computerizată (CT) este o tehnică nouă, neinvazivă, de examinare a intestinului gros (colon). Numită frecvent colonoscopie virtuală, acest procedeu diagnostic oferă imagini bi- şi tridimensionale ale colonului şi rectului fără a fi nevoie de utilizarea unui endoscop sau sedare.

Înainte de examinare vi se administrează un laxativ şi probabil o clismă pentru a vi se curăţa colonul. Colonul este umplut cu aer prin introducerea vârfului unui mic cateter doar în rect. Se obţin apoi imagini ale întregului colon cu ajutorul unui CT. Examinarea întregului colon necesită de obicei mai puţin de 10 minute.

Colografia prin CT este mai confortabilă şi mai rapidă decât colonoscopia tradiţională. Cercetările îi compară acum eficienţa cu colonoscopia tradiţională. Colografia prin CT poate identifica majoritatea polipilor ce sunt mai mari de 1 cm. Totuşi, dacă se descoperă zone suspecte, tot veţi avea nevoie de o colonoscopie tradiţională pentru a obţine mai bună vizibilitate a acesteia, a se recolta o biopsie sau pentru îndepărtarea polipilor. Cercetătorii studiază cum se poate face colografie prin CT fără a fi nevoie de pregătire prealabilă a colonului.

Sigmoidoscopia este efectuată ca şi colonoscopia, excepţie fiind faptul că, de obicei, nu sunteţi sedat.

Sigmoidoscopia poate fi utilizată pentru a descoperi cauza diareei, constipaţiei sau sângerării sau pentru a căuta polipii sau cancerul.

Cistoscopia

Cistoscopia presupune introducerea unui endoscop în uretră şi în vezica urinară, permiţând examinarea acestor organe. Cistoscopia poate fi utilizată pentru identificarea pietrelor vezicale, cancerului de vezică sau cauzei infecţiilor urinare recurente. La bărbaţi, investigaţia poate fi de ajutor pentru aprecierea gradului constricţiei uretrale cauzate de mărirea glandei prostate (hiperplazie benignă a prostatei sau BPH). Pentru mai multe informaţii, vezi pag. 934.

Artroscopia

Artroscopia este o examinare endoscopică a unei articulaţii, cel mai frecvent a genunchiului. Se face o incizie fină pe pielea de pe una din feţele laterale ale articulaţiei şi se introduce endoscopul prin incizie. Artroscopia este utilizată deseori pentru diagnosticarea unei distrugeri a cartilajului sau ligamentelor de la nivelul genunchiului. Pentru mai multe informaţii, vezi pag. 964.

Teste care monitorizează impulsurile electrice

Corpul uman generează şi transmite continuu impulsuri electrice. Această activitate apare în principal în creier, inimă, muşchi şi nervi. Dacă un medic suspectează că o boală sau o tulburare poate fi legată de un model electric anormal sau de o problemă la nivelul reţelei nervoase, puteţi fi supus unui test care măsoară impulsurile din interiorul anumitor organe sau din nervi.

Electrocardiografia

Electrocardiografia (ECG) măsoară modelul impulsurilor electrice generate de inima dumneavoastră. În timpul investigaţiei - care durează doar câteva minute - vi se ataşează de piele aproximativ 12 până la 15 electrozi, de regulă pe torace, braţe şi picioare. Electrozii detectează impulsurile electrice generate de inimă şi transmit informaţia unui electrocardiograf. Acest aparat înregistrează informaţia de la electrozi şi o afişează pe un ecran sau pe o hârtie sub forma undelor.

Prin interpretarea tipurilor de unde, medicul poate de obicei să spună dacă aţi avut un infarct recent sau dacă faceţi unul în momentul respectiv. Electrocardiograma poate ajuta şi la identificarea extensiei distrugerii produse de un infarct miocardic şi la detectarea aritmiilor cardiace şi a hiprtofieimusculaturii cardiace. Pentru mai multe informaţii, vezi pag. 751.

Testul cardiac de stres

Sunt utilizate diferite tipuri de teste cardiace de stres (pentru mai multe informaţii vezi pag. 752). Un tip frecvent utilizat este testul de efort pe planul mobil. Este similar electrocardiografiei (ECG), dar spre deosebire de ECG, se efectuează în timp ce faceţi exerciţiu fizic. Pentru acest test trebuie să mergeţi pe covorul mobil, în timp ce electrozii plasaţi pe toracele şi pe spatele dumneavoastră înregistrează răspunsul cordului la activitatea fizică. Înregistrarea ECG se face înainte, în timpul şi după activitatea fizică.

Testul cardiac de stres se face cel mai des pentru descoperirea unei circulaţii necorespunzătoare a sângelui la nivelul muşchiului cardiac şi a aritmiilor cardiace care apar mai frecvent în timpul exerciţiilor fizice.

Electroencefalografia

Electroencefalografia (EEG) măsoară activitatea electrică din creier. Similar unei ECG, acest test culege informaţii prin intermediul unor electrozi mici, adezivi, ce

Testele electrofiziologice

Uneori, electrocardiograma şi alte teste similare sunt neconcludente, mai ales la persoane care au prezentat oboseală inexplicabilă, leşin sau aritmii cardiace. În aceste situaţii, testele electrofiziologice (EP) pot fi făcute în cadrul unui spital pentru a descoperi cauza problemei şi posibilităţile de rezolvare.

Testele EP sunt efectuate într-un laborator special dotat cu echipament de înregistrare a semnalelor electrice cardiace şi de stimulare electrică a cordului atunci când este nevoie. Cateterele electrod sunt introduse pe calea vaselor sangvine, de obicei o venă, în camerele inimii, cel mai frecvent în atriul şi în ventriculul drept. Aceste catetere simt impulsurile electrice în diferite zone ale cordului şi măsoară cum conduce inima impulsurile de la o arie la alta. Prin determinarea tipului şi locului de apariţie ale impulsurilor, medicul poate face o hartă a sistemului electric al inimii.

Electrozii pot, de asemenea, să regleze cordul cu ajutorul unui curent electric de intensitate mică, la fel ca şi un electrod pacemaker. Reglarea ritmului cardiac poate fi de ajutor şi în stabilirea hărţii electrice cardiace. Poate fi utilizată şi pentru declanşarea ritmurilor cardiace anormale. Observarea problemei de ritm cardiac poate permite medicului să-i determine cauza.

În timpul testului vi se pot administra diferite medicamente pentru a vedea dacă pot corecta problema. Medicii pot, de asemenea, observa cât de bine răspunde afecţiunea la un pacemaker. Se poate face şi ablaţie prin cateterizare în timpul investigaţiei EP. Acest procedeu foloseşte energia cu radiofrecvenţă pentru a distruge celulele musculare cardiace specifice, responsabile de tulburările de ritm.

sunt ataşaţi scalpului şi creştetului capului. Impulsurile de la nivelul creierului sunt transmise către un aparat de encefalografie, care afişează impulsurile pe un monitor sau pe o hârtie sub forma undelor. Acest test este utilizat cel mai frecvent pentru diagnosticarea şi controlul tulburărilor convulsivante şi pentru aprecierea tipurilor de somn.

Electromiografia

Electromiografia (EMG) măsoară descărcările electrice fine produse în interiorul muşchilor. În timpul investigaţiei se inseră nişte electrozi fini ca nişte ace în fiecare muşchi ce trebuie studiat. O sârmă fină ataşată acului este conectată prin celălalt capăt la un aparat electronic care detectează curentul electric din muşchi. Tipurile de activitate electrică sunt înregistrate atunci când muşchiul este în repaus şi când este contractat şi relaxat. Aceste tipuri sunt monitorizate pe un ecran şi pot fi înregistrate pentru analize ulterioare. Electromiografia este folosită pentru a ajuta la diagnosticarea tulburărilor musculare sau nervoase, cum ar fi distrofia musculară şi scleroza laterală amiotrofică.

Studiul conducerii nervoase

Studierea conducerii nervoase este o variantă a electromiografiei care măsoară viteza cu care nervii transmit semnale electrice. Un alt nume pentru acest test este electroneurografia.

Pentru a fi pregătit pentru un studiu al conducerii nervoase, vi se plasează doi electrozi adezivi direct pe nervul cercetat la diferite niveluri ale traseului său. Electrozii se pot plasa şi deasupra muşchiului conectat la acest nerv. Un instrument cu o furcă metalică generează un şoc uşor deasupra nervului. Semnalul electric se deplasează deasupra nervului, trecând pe sub electrozi.

Prin compararea înregistrării semnalului la nivelul fiecărui loc de plasare a electrozilor şi calcularea timpului necesar transmiterii între aceştia, medicul poate determina viteza de conducere de-a lungul nervului. Tipul semnalului, de-a lungul nervului sau al muşchiului poate fi de ajutor pentru a stabili dacă nervul sau fibrele musculare au fost afectate de traumatism. Testarea conducerii nervoase este utilizată deseori pentru diagnosticarea unor tulburări ale nervilor periferici, cum ar fi sindromul de tunel carpian.

Alte teste

Se pot utiliza şi teste suplimentare pentru a diagnostica o boală sau o tulburare. Pentru o problemă digestivă se poate efectua testarea musculaturii esofagiene sau un test ambulator al acidităţii cu sondă.

Testarea musculaturii esofagiene

Testarea musculaturii esofagiene (studiul motilităţii esofagiene sau manometria esofagiană) este efectuată cel mai frecvent atunci când o persoană are tulburări de deglutiţie datorate unei contracţii anormale a musculaturii esofagiene.

Testarea musculaturii esofagiene înregistrează mişcarea şi presiunea din esofag. Se trece un tub prin gură sau nas în esofag. Acolo, acesta înregistrează continuu presiunea din esofag pe o perioadă de până la 15 minute. Aceste înregistrări arată dilatarea şi coordonarea musculaturii utilizate pentru depistarea alimentelor până în stomac. Ele pot evalua şi funcţia sfincterului esofagian inferior.

Testul ambulator al acidităţii cu sondă

Un test ambulator al acidităţii poate determina dacă aveţi reflux acid, o problemă în care conţinutul acid al stomacului regurgitează în esofag. Testul utilizează o sondă ce măsoară aciditatea (pH) pentru a determina când şi pentru cât timp acidul din stomac regurgitează în esofag.

În timp ce staţi jos, o asistentă sau un tehnician vă poate administra un medicament spray pentru anestezierea gâtului, înaintea introducerii unui cateter prin nas sau mai rar, prin gură până în esofag. Sonda este poziţionată chiar deasupra valvei musculare (sfincterul esofagian inferior) dintre esofag şi stomac.

La celălalt capăt al cateterului este conectat un mic computer pe care îl purtaţi în jurul taliei sau umerilor pe parcursul testului. Acesta înregistrează măsurătorile acidităţii. Cunoscând frecvenţa şi durata refluxului acid, medicul poate determina care este cel mai bun tratament pentru această problemă. ■

CAPITOLUL **40** PARTEA a VI-a

Ghidul medicamentelor

Medicamentele pot fi o minune. Atunci când sunt folosite corect, pot alina durerile ușoare, pot schimba progresia rapidă a unei boli într-o evoluție mai lentă, pot îmbunătăți calitatea vieții sau fac diferența între viață și moarte.

Aproape orice are puterea să vindece poate deveni însă periculos dacă nu este folosit corect. Și mulți americani folosesc incorect medicamentele. Cercetătorii au descoperit într-un studiu numeroase probleme în utilizarea atât a medicamentelor eliberate cu rețetă cât și a celorlalte. Aceste probleme includ administrarea unei doze diferite de cea recomandată, omiterea medicației sau medicație inadecvată.

Așa cum medicația poate fi de ajutor, în aceeași măsură poate fi periculoasă și chiar mortală dacă este folosită necorespunzător. Acest capitol vă va ajuta să înțelegeți:

- Cum acționează medicamentele
- Cum pot doi oameni să fie diferit influențați de același medicament
- Cum să vă luați medicația în siguranță și să evitați interacțiunile periculoase cu alte medicamente sau anumite alimente
- Potențialele avantaje și dezavantaje ale medicamentelor generice mai ieftine și ale medicamentelor originale
- Cum să fiți sigur că luați medicația corespunzătoare și la momentul potrivit

La sfârșitul capitolului veți găsi o trecere în revistă a multor medicamente frecvent utilizate

Cum acționează medicamentele

Datorită numărului mare de medicamente și a diferitelor forme de administrare – tablete, capsule, siropuri, supozitoare, drajeuri, suspensii, elixiruri, creme, unguente, paste, spray, plasturi, forme inhalatorii, picături și injecții – este imposibil să adunăm cu exactitate modurile lor de acțiune într-o propoziție sau două. În general, medicamentele se găsesc cel mai frecvent sub formă de pilule și sunt absorbite în circuitul sangvin prin intermediul mucoasei tractului gastrointestinal. O dată ajuns în circuitul sangvin, este purtat către ficat, centrul de procesare chimică al organismului. Unele medicamente nu sunt afectate de ficat, dar multe sunt. Ficatul convertește unele medicamente într-o formă chimică activă. Aceste forme sunt apoi distribuite prin tot organismul, inclusiv în locurile unde este necesară medicația. Rinichii inactivează medicamentele, astfel încât acestea pot fi eliminate.

Nu toată lumea răspunde la fel

Medicamentele nu afectează pe oricine la fel. Acest lucru se datorează faptului că nu există 2 persoane identice. Diferențele dumneavoastră structurale vă pot determina să reacționați altfel la un medicament decât o altă persoană. Ceea ce vă face bine poate fi chiar periculos pentru alte persoane și invers. Alergiile, vârsta, sexul, rasa, greutatea, diferențele genetice și starea generală de sănătate vă pot influența reacțiile la medicamente.

Nou-născuții, de exemplu, nu sunt doar versiuni mici ale adulților. Organele lor imature nu metabolizează medicamentele așa cum o fac organele adultului. Astfel, chiar și doze mici din medicația unui adult pot produce un lanț diferit de reacții chimice – potențial letale.

La polul opus, vârstnicii au tendința să nu metabolizeze medicamentele la fel de eficient cum o făceau la o vârstă mai tânără. Pe măsură ce oamenii îmbătrânesc, rinichii și ficatul lor devin deseori mai puțin eficiente în metabolizarea și îndepărtarea medicamentelor din organism.

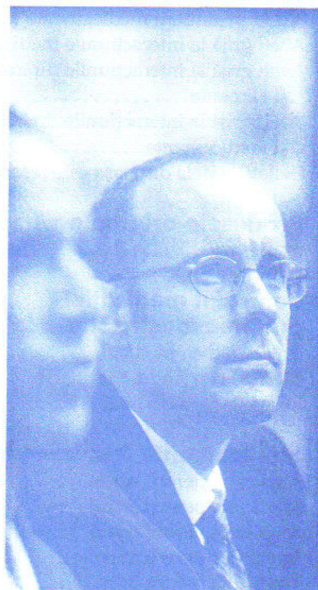
Modalitățile de administrare

Cele mai frecvente modalități de administrare a medicamentelor sunt următoarele:

- Înghițirea sub formă de lichid, tablete sau capsule
- Mestecarea și înghițirea
- Plasarea sub limbă
- Spray oral sau intranazal
- Injectarea într-o venă sau în mușchi
- Picături în ochi
- Picături în ureche
- Administrarea intrarectală
- Administrarea intravaginală
- Aplicarea pe piele

Medicația orală

Înghițirea unei tablete, capsule și a unui lichid este cea mai frecventă cale de administrare a medicației.



Femeile pot necesita doze mai mici din unele medicamente, deoarece au în general mai mult țesut gras decât bărbații. Grăsimea conține mai puțină apă decât mușchii. Acest lucru înseamnă că la femei, medicamentele nu sunt atât de diluate de lichidele organismului, așa cum se întâmplă la bărbați.

Aceasta este cea mai convențională, neinvazivă, nedureroasă și ieftină metodă de administrare a medicamentelor.

Atunci când sunt înghițite, medicamentele se deplasează prin esofag în stomac și, eventual, ajung în intestinul subțire, de unde sunt absorbite în circuitul sangvin și distribuite în întregul organism. Uneori, însă, o tabletă sau o capsulă se poate înțepeni la nivelul mucoasei esofagului. Dacă se dizolvă aici – în loc să se dizolve în stomac sau intestin – poate produce iritație, chiar și vărsături sau dureri toracice.



Iată câteva metode care vă ajută ca medicamentele luate să ajungă acolo unde trebuie:

- înainte de înghițirea unei tablete, beți puțină apă pentru a vă lubrifia esofagul;
- înghițiți pilulele cu o gură plină cu apă;
- beți și restul apei pentru a împinge medicamentul. Beți cel puțin 1/2 pahar de apă de 250 ml pentru a forma un torent care să ducă pastila în stomac;
- nu stați întins atunci când luați pastila. Stați în picioare sau pe scaun, cu spatele drept;
- stați drept, cel puțin 1-2 minute după ce ați înghițit pastila.

Dacă aveți probleme când înghițiți pastile, întrebați medicul sau farmacistul dacă medicamentul există și sub formă de lichid. O altă posibilitate este de a lua pastila cu un aliment moale, dens, cum ar fi o banană. Alimentele vor străbate esofagul, purtând cu ele pastila. Puteți să luați pastila cu sos de mere, spărgând-o dacă este nevoie. Discutați însă înainte cu medicul dumneavoastră deoarece spargerea unei pastile poate modifica timpul de eliberare a unor medicamente și distruge învelișul protector.

Medicamentele inhalatorii administrate cu ajutorul dozatorului

Există mai multe tipuri de medicamente inhalatorii disponibile, dar ele se clasifică în 2 categorii principale: administrate prin aparate de dozare și pudre uscate. Pentru a utiliza un aparat de dozare pentru substanțe inhalatorii: agitați-l bine înainte de a-l folosi, de 5 - 6 ori. Scoateți capacul de la nivelul piesei bucale. Dacă acest capac nu se află pe piesa bucală, verificați dacă este curată sau dacă există corpuri străine pe ea înainte de a folosi aparatul. Dacă inhalatorul nu a fost utilizat de câteva zile, faceți un test spray în aer.

Dacă inhalatorul nu are un distanțier, atașați unul la capătul piesei bucale. Acest distanțier este un dispozitiv de 10- 20 cm lungime, în formă de tub care ajută la inhalarea unei cantități mai mari de medicament, adânc în plămâni. Fără distanțier, medicamentul este depozitat în partea superioară a gâtului, ceea ce poate duce la apariția efectelor adverse periculoase. Puteți cumpăra un distanțier sau vă puteți confecționa unul dintr-un tub de carton, plastic sau hârtie.

Țineți capul sus și stați drept pe scaun sau în picioare. Inspirați și expirați normal o dată, apoi opriți-vă un moment. Nu încercați să scoateți tot aerul din plămâni. Strângeți buzele în jurul capătului distanțierului. Apăsați dispozitivul inhalator în timp ce respirați încet. Continuați să inhalați chiar după ce ați terminat de apăsat. Continuați să inhalați încă 5-7 secunde. Acest proces amestecă medicamentul cu aerul inspirat și îl împinge încet în plămâni.

După inhalare scoateți distanțierul din gură și țineți-vă respirația pentru 10 secunde. Apoi expirați încet pe nas. Așteptați 1 minut până când vă administrați următoarea doză inhalatorie. Dacă vi s-a recomandat să luați 2 doze o dată, respirați normal de 4 - 5 ori și repetați procesul așa cum a fost descris, începând cu agitarea inhalatorului. Când ați terminat, faceți gargară sau spălați-vă pe dinți și scuipați apa.

Spray nazal

Agitați spray-ul cu grijă. Aplecați-vă capul pe spate. Apăsați-vă o nară presând-o cu degetul. Introduceți capătul sprayului cam 1 cm în cealaltă nară, cu vârful orientat către unghiul intern al ochiului. Apăsați sprayul și inspirați pe nas în același timp. Repetați acest proces și pentru cealaltă nară. Încercați să nu vă suflați nasul timp de câteva minute pentru a permite medicamentului să fie absorbit prin vasele intranazale. Curățați vârful sprayului cu apă caldă și apoi uscați-l. Puneți capacul peste vârf pentru a-l păstra curat.

Picături nazale

Stați întins sau țineți-vă capul aplecat pe spate. Verificați capătul picurătorului pentru a fi sigur că nu este rupt sau înfundat. Respirați pe gură și administrați-vă în fiecare nară numărul prescris de picături. Încercați să nu atingeți marginile orificiilor nazale cu picurătorul, acest lucru putând contamina pipeta și restul soluției nazale atunci când o puneți înapoi în flacon. Rămâneți întins sau cu capul aplecat pe spate timp de câteva minute pentru a permite medicamentului să se răspândească în cavitatea nazală.

Unguente oftalmice

Spălați-vă întotdeauna pe mâini înaintea aplicării unui unguent oftalmic. Apoi întindeți-vă sau stați pe scaun sau în picioare cu capul aplecat pe spate. Trageți de pleoapa inferioară în jos, priviți în sus și aplicați pe o lungime de aproximativ 1 cm unguentul de-a lungul marginii interne a pleoapei. Nu vă atingeți ochiul sau pleoapa cu tubul deoarece puteți contamina medicamentul din interior. Închideți ochiul și frecați-l prin rotație pentru a distribui unguentul pe toată suprafața lui. Îndepărtați cu grijă orice exces de unguent de pe gene cu ajutorul unei comprese.

Picături oculare

Spălați-vă pe mâini, aplecați-vă pe spate, trageți de pleoapa inferioară în jos și uitați-vă în sus. Plasați picăturile în buzunarul format între pleoapa inferioară și ochi. Evitați să puneți picăturile direct pe cornee și nu atingeți ochiul cu picurătorul. Acest lucru poate duce la contaminarea restului soluției. Închideți ochii și

îndepărtaţi cu ajutorul unei comprese orice exces de soluţie de pe pleoape sau de pe gene.

Picături pentru urechi

Aplecaţi-vă capul astfel încât urechea afectată să fie în sus. Faceţi în aşa fel încât canalul auricular să fie drept pentru ca medicamentul să ajungă unde trebuie prin tracţionarea de lobul urechii în jos şi înapoi. Apoi administraţi numărul prescris de picături în ureche. Încercaţi să evitaţi atingerea canalului urechii cu picurătorul pentru a preveni contaminarea. Ţineţi capul aplecat pentru câteva minute pentru a permite medicamentului să ajungă adânc în ureche.

Supozitoare rectale

Înainte de a introduce un supozitor în rect, puneţi-vă mănuşi de latex. Pentru a introduce mai uşor supozitorul, acoperiţi-l cu o substanţă lubrifiantă cum ar fi uleiul.

Întindeţi-vă pe o parte şi introduceţi supozitorul, cu vârful înainte, cât de adânc este posibil în rect. Împingeţi de capătul supozitorului către părţile laterale pentru a fi siguri că porţiuni din acesta ajung să atingă de peretele intestinului. Dacă aveţi probleme să ţineţi supozitorul în interiorul rectului, este posibil să nu-l fi introdus suficient de profund. Vă poate ajuta şi dacă strângeţi din fese pentru o bucată scurtă de timp după ce aţi introdus supozitorul.

Medicaţia vaginală

Majoritatea medicamentelor administrate intravaginal, cum ar fi cele pentru infecţiile fungice, se găsesc sub forma de creme, geluri, spume şi supozitoare. Spălaţi-vă pe mâini înainte şi după administrarea medicamentului. Îndepărtaţi labiile şi introduceţi medicamentul cât de direct se poate, în mod normal câţiva centimetri în interiorul vaginului. Nu introduceţi un tampon după aceea deoarece va absorbi o parte din medicament. Folosirea unui absorbant vă va proteja hainele de medicamentul care se poate scurge.

Medicamente cu aplicare topică

Cremele, gelurile, unguentele şi spray-urile pe care le aplicaţi direct pe piele pot aduce medicamentul direct în locul în care trebuie. Spălaţi-vă pe mâini înainte şi după aplicarea medicamentului. În cazul cremelor, gelurilor şi unguentelor, aplicaţi cantitatea prescrisă în centrul zonei afectate şi răspândiţi-o în exterior într-un strat subţire. În cazul spray-ului, agitaţi-l înainte şi ţineţi-l la cel puţin 15 cm distanţă de piele în cazul în care nu trebuie aplicat direct.

Ca şi în cazul altor forme de medicaţie, o cantitate mai mare nu este bună. De fapt, o supradoză dintr-un medicament aplicat topic, cum ar fi un corticosteroid (hidrocortizon), poate afecta şi alte părţi ale organismului şi poate produce reacţii adverse grave.

Plasturi cutanaţi

Una dintre formele cele mai recente de administrare a medicamentelor este prin intermediul unui plasture lipit pe piele. Plasturii pot conţine multe medicamente, de la fentanyl, care ajută la controlarea durerii severe, la estrogenii care ajută la diminuarea simptomelor menopauzei. Plasturii eliberează un flux constant de medicament, până când acesta se epuizează.

Medicul vă va spune unde trebuie pus plasturele pe corp şi când trebuie schimbat. Aceste informaţii sunt disponibile şi în instrucţiunile care însoţesc medicamentul. Pentru a ajuta la prevenirea iritaţiilor cutanate, schimbaţi locul de aplicare a plasturilor. Dacă prezentaţi totuşi o iritaţie cutanată, spuneţi medicului. Nu întrerupeţi aplicarea plasturilor până când acesta nu vă spune acest lucru. În plus, urmaţi recomandările medicului asupra modului în care trebuie întreruptă aplicarea plasturilor. În general, este bine să îndoiţi plasturii în jumătate, cu partea cu medicament în interior.

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Pentru majoritatea femeilor, irigaţia vaginală nu este necesară şi poate fi chiar dăunătoare, deoarece unele substanţe chimice utilizate pot fi iritante. De asemenea, vă pot modifica mediul acid normal din vagin, care inhibă dezvoltarea fungilor şi a altor microorganisme ce pot provoca infecţii.

Siguranţa

Pentru a fi sigur că medicaţia acţionează aşa cum ar trebui să o facă, respectaţi recomandările. Pentru a fi sigur, urmaţi paşii de mai jos.

Citiţi recomandările

Înainte de a lua orice medicament nou, citiţi prospectul şi orice informaţie care însoţeşte produsul pentru a învăţa tot ce se poate despre acesta. Dacă aveţi întrebări fără răspuns, consultaţi-vă cu medicul sau farmacistul. De exemplu, prospectul poate conţine recomandări asupra utilizării sau informaţii despre reacţiile adverse pe care nu le ştiaţi sau despre care nu vi s-a spus.

Eticheta de pe cutia unui medicament prescris trebuie să aibă scris numele şi prenumele dumneavoastră, numele persoanei care l-a prescris, adresa farmaciei şi numărul de telefon, numărul reţetei, data eliberării şi modul de administrare (în SUA). Unele state pot avea şi cerinţe suplimentare. Trebuie să existe şi data expirării.

Toate aceste informaţii sunt importante pentru identificarea medicaţiei dumneavoastră şi pentru administrarea sa corectă. Nu îndepărtaţi eticheta de pe cutie şi păstraţi întotdeauna medicamentul în cutia sa originală.

Nu împrumutaţi medicamente

Medicamentele care vă calmează cefaleea pulsatilă pot să nu fie de ajutor unei rude sau unui prieten în acelaşi fel. De fapt, medicamentele pot produce reacţii alergice ce pun în pericol viaţa sau dau alte complicaţii. Alergiile, vârsta, sexul, rasa, greutatea, factorii genetici si starea dumneavoastră generală de sănătate vă pot influenţa modul de a reacţiona la medicaţie.

Chiar dacă cineva utilizează acelaşi tip de medicaţie prescrisă ca şi dumneavoastră, reţeta lui poate fi diferită, conţinând un alt derivat sau un alt preparat.

Câteva interacţiuni medicamentoase frecvente

Iată câteva exemple de medicamente care nu se amestecă. Multe alte medicamente ce nu sunt enumerate aici pot produce interacţiuni. Este important să vorbiţi cu medicul sau cu farmacistul înainte de a lua orice medicament.

Tipul de medicament	Riscul posibil de interacţiune dacă dumneavoastră:
Antiacide	• luaţi orice medicament prescris • aveţi o boală renală
Medicamente antiemetice*	• luaţi sedative sau tranchilizante • aveţi o problemă respiratorie ca emfizem, astm sau bronşită • aveţi glaucom • aveţi dificultăţi la urinare datorită măririi prostatei
Antihistaminice	• luaţi sedative sau tranchilizante • luaţi un medicament prescris pentru hipertensiune arterială sau depresie • aveţi o problemă respiratorie, ca emfizem, astm şi bronşită • aveţi glaucom • aveţi dificultăţi la urinare datorită măririi prostatei
Medicamente inhalatorii (bronhodilatatoare)	• aveţi o boală cardiacă, hipertensiune arterială, boală tiroidiană sau diabet • aveţi dificultăţi la urinat datorită măririi prostatei • luaţi medicamente prescrise pentru astm sau dacă aţi fost spitalizat vreodată pentru astm
Medicaţie antitusivă şi pentru răceală	• luaţi orice medicament prescris • aveţi hipertensiune arterială, diabet sau suferinţe cardiace, tiroidiene, renale sau hepatice • aveţi o problemă respiratorie, cum ar fi emfizem, astm, bronşită • aveţi glaucom • luaţi sedative sau tranchilizante • aveţi dificultăţi la urinat datorită măririi prostatei
Laxative	• aveţi o boală renală • aveţi dureri de stomac, greaţă sau vărsături
Decongestionante	• aveţi o boală cardiacă, hipertensiune arterială, boală tiroidiană sau diabet • aveţi dificultăţi la urinat datorită măririi prostatei
Medicamente pentru somn*	• luaţi sedative sau tranchilizante prescrise • aveţi o problemă respiratorie, cum ar fi emfizemul, astmul sau bronşita • aveţi glaucom • aveţi dificultăţi la urinat datorită măririi prostatei
Analgezicele (acetaminofen*, ibuprofen** sau naproxen**)	• beţi 3 sau mai multe pahare de alcool pe zi • aveţi o boală renală sau hepatică • luaţi medicamente prescrise
Aspirina**	• beţi 3 sau mai multe pahare de alcool pe zi • luaţi medicamente anticoagulante • aveţi o boală renală sau hepatică • aveţi astm sau hipertensiune arterială

* Evitaţi consumul de alcool când luaţi aceste produse

** Discutaţi mai întâi cu medicul dacă aveţi probleme cu stomacul

Sursa: Food and Drug Administration, 2001

Combinarea alcoolului cu medicamentele

Alcoolul poate modifica modul de acțiune a medicamentelor. Dacă beți alcool în timp ce urmați un tratament, vă creșteți singur riscul de îmbolnăvire, accidentare și moarte. Datorită faptului că alcoolul este sedativ, acest pericol este prezent în special la medicamentele care dau somnolență, cum ar fi multe antihistaminice și medicamente utilizate pentru controlul anxietății, depresiei și contracturilor musculare. Puteți să vă alegeți cu 2 sedative în loc de unul – o supradoză.

Persoanele care consumă cantități moderate până la excesive de alcool în mod regulat (băutorii cronici) și care iau acetaminofen (Tylenol etc.) chiar în cazul dozei standard - au un risc crescut de afectare hepatică. În plus, ibuprofenul (Advil, Motrin etc.) și naproxenul (Aleve, Naprosyn etc.), ca și alcoolul, pot irita stomacul. Atunci când sunt luate împreună cu alcoolul, ele pot produce ulcerații și sângerare la nivelul stomacului. Consumul unor cantități excesive de alcool în timp ce luați medicamente anticoagulante ca warfarina (Coumadin) le poate crește efectul, crescând riscul de apariție a hemoragiilor ce vă pot pune viața în pericol.

Dacă luați în mod regulat medicamente și vă gândiți dacă este în regulă să beți ocazional un pahar de alcool, consultați medicul.



? Întrebare și răspuns

Ce trebuie să fac dacă am uitat să îmi iau medicația?

Încercați să vă luați medicamentele conform prescrierii. În cazul în care ați întârziat 1-2 ore și nu vi s-a recomandat să repetați doza într-un interval de câteva ore, este mai bine, de regulă, să o luați imediat. Dacă totuși ați întârziat mai mult de câteva ore și vă apropiați de momentul următoarei doze, așteptați și luați medicamentul atunci.

Dacă săriți o doză, nu luați o doză dublă la momentul următor.

Pastilele pot arăta la fel, iar etichetele pot părea că se potrivesc, dar aceasta nu înseamnă că medicația dumneavoastră este sigură pentru acea persoană.

Pentru a stabili ceea ce este mai bine pentru dumneavoastră, medicul ia în considerare ce alte medicamente luați, starea dumneavoastră de sănătate, vârsta sau orice alergii sau sensibilitate la medicamente pe care puteți să le aveți. Ținând minte aceste lucruri, medicul decide medicația corespunzătoare, doza corectă și durata tratamentului.

Aveți grijă la interacțiunile medicamentoase

Dacă luați mai mult de un medicament, trebuie să aveți grijă la posibilele interacțiuni periculoase. Două sau mai multe medicamente administrate împreună pot interacționa, făcându-vă să vă simțiți mai rău decât bine. Consultați-vă cu medicul și cu farmacistul pentru a fi sigur că medicamentele pe care le luați nu se ciocnesc între ele.

Interacțiunile medicamentoase devin o problemă mai mare pe măsură ce îmbătrâniți deoarece vârstnicii au tendința să ia mai multe medicamente decât cei mai tineri. Țineți cont de următoarele precauții pentru a preveni apariția unor asemenea reacții adverse la medicamente, atât în cazul celor eliberate cu rețetă, cât și în cazul celor fără rețetă.

- Aduceți o listă cu toate medicamentele pe care le luați și cu dozele lor – sau punga cu toate cutiile medicamentelor – atunci când mergeți la control. Aveți grijă să includeți și medicamentele pe care le luați fără prescripție, inclusiv suplimentele din plante.
- Luați toate medicamentele prescrise de la aceeași farmacie, dacă este posibil. Dacă aveți un farmacist care să vă ajute să urmați tratamentul și să vă explice administrarea corectă, puteți preveni apariția unei reacții adverse.
- Discutați cu medicul sau cu farmacistul despre posibilele interacțiuni medicamentoase înainte de a lua orice medicament eliberat fără rețetă.

Semnele interacțiunilor medicamentoase

În timpul unei consultații, medicul poate observa prezența semnelor unei posibile interacțiuni medicamentoase, cum ar fi un ritm cardiac anormal sau modificări ale rezultatelor testelor de laborator. Însă dumneavoastră puteți sesiza semnele unei potențiale probleme chiar mai devreme.

Dacă prezentați unul dintre următoarele simptome după ce începeți administrarea unui nou tratament, adresați-vă medicului imediat:

- o tendință de apariție a vânătăilor mult mai ușor;
- erupție cutanată;
- diaree persistentă;
- constipație persistentă;
- arsuri gastrice în continuu;
- amețeală;
- confuzie;
- greață permanentă și vărsături;
- febră;
- oboseală extremă.

Aveți grijă la interacțiunile dintre medicamente și alimente

Atunci când amestecați anumite alimente și medicamente, puteți obține rezultate diferite decât dacă le-ați fi luat separat. În majoritatea cazurilor, interacțiunea scade

absorbţia medicamentului. În unele cazuri, însă, este blocată metabolizarea medicamentului, producându-se creşterea concentraţiei acestuia, apărând posibil niveluri sangvine excesive de medicament.

Ca mulţi alţi oameni, poate să vă placă să mâncaţi un grapefruit sau să beţi un suc de grapefruit la micul dejun. Dacă, însă, luaţi şi un medicament prescris la micul dejun, combinaţia poate duce la creşterea nivelului sangvin peste cel dorit.

Cercetătorii au descoperit iniţial o interacţiune între sucul de grapefruit şi felodipine (Plendil), un medicament utilizat în tratamentul bolilor cardiovasculare. Studiile ulterioare evidenţiază că sucul de grapefruit alterează la fel de bine şi efectele multor altor medicamente. Dintre sucurile de citrice, sucul de grapefruit este unic. Substanţele chimice conţinute în acest suc interferă cu anumite enzime hepatice.

Evitaţi să luaţi orice medicament atunci când mâncaţi grapefruit sau beţi suc de grapefruit, exceptând cazul în care medicul sau farmacistul v-au prescris acest lucru.

Iată câteva efecte ale combinării anumitor alimente şi medicamente.

- Consumul unor cantităţi excesive de vegetale cu frunze, ficat şi alte alimente ce conţin vitamina K poate duce la apariţia cheagurilor sangvine, reducând efectele medicaţiei anticoagulante.
- Tetraciclina poate fi absorbită incomplet dacă se asociază cu produsele lactate.
- Inhibitorii de monoaminoxidază (IMAO) (antidepresive) pot produce hipertensiune arterială severă dacă sunt administrate împreună cu alimente ce conţin tiramină. Tiramina se găseşte în brânza maturată, carnea veche, varza acră şi în unele băuturi alcoolice.

Aveţi grijă la interacţiunile dintre plante şi medicamente

Cu toate că suplimentele din plante sunt considerate naturale, multe dintre ele conţin ingrediente care nu pot fi combinate în siguranţă cu medicamente eliberate cu sau fără reţetă din farmacii. De aceea, este important să vă informaţi medicul despre orice supliment din plante pe care îl luaţi.

Iată 10 dintre cele mai frecvent utilizate plante şi medicamente eliberate cu sau fără reţetă pe care nu trebuie să le combinaţi:

Partenia, usturoiul, ghimbirul, ginkgo

Aceste plante pot creşte efectul anticoagulant al următoarelor medicamente şi pot produce hemoragii spontane în exces:

- Aspirina (Bayer, Bufferin etc.)
- Ticlopidine (Ticlid)
- Clopidogrel (Plavin)
- Dipiridamol (Persantine)
- Warfarina (Coumadin)

Sunătoare

Sunătoarea s-a dovedit că produce creşterea metabolizării medicamentelor de mai jos. Multe alte medicamente pot fi de asemenea afectate.

- Antidepresivele
- Indinavir (Crixivan)
- Digoxin (Lanoxicaps, Lanoxin)
- Teofilina (Elixophyllin, Uniphyl)
- Ciclosporina (Neoral, Sandimmune)

Amestecarea sunătoarei cu unele medicamente antidepresive poate produce apariţia unui exces de serotonină (sindromul serotoninic). Simptomele tipice includ cefalee, tulburări gastrice şi agitaţie.

Ephedra

Ephedra s-a dovedit că poate singură să crească riscul apariţiei efectelor miocardice, accidentului vascular cerebral, convulsiilor sau decesului. Combinarea cu următoarele medicamente poate creşte mai tare riscul.

- Decongestionante
- Stimulente
- Medicaţia cardiacă
- Antidepresive
- Medicamente ce conţin cofeină

Ginseng

Evitaţi combinarea acestuia cu:

- Warfarină (Coumadin)
- Phenelzine (Nardil)
- Digoxin (Lanoxicaps, Lanoxin)

Administrat împreună cu warfarina, ginsengul poate creşte riscul de sângerare. Dacă se ia împreună cu phenelzine, poate produce cefalee, tremor şi simptome maniacale. Dacă se administrează împreună cu digoxinul, acesta poate interfera cu efectul dorit al medicamentului.

Kava

Combinată cu următoarele medicamente, kava poate produce sedare profundă şi chiar comă:

- Sedative
- Somnifere
- Antipsihotice
- Alcool
- Medicamente utilizate pentru tratarea anxietăţii sau a bolii Parkinson.

Echinacea

Echinacea poate fi toxică pentru ficat şi nu trebuie combinată cu alte medicamente ce pot produce afectare hepatică. Datorită faptului că această plantă stimulează sistemul imun, poate interfera şi cu efectele anumitor imunosupresoare. Evitaţi amestecul dintre echinacea şi:

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Luaţi în considerare următoarele precauţii pentru a preveni apariţia interacţiunilor dintre alimente şi medicamente:

- Urmaţi instrucţiunile medicului sau farmacistului asupra modului şi momentului în care trebuie luate medicamentele.
- Nu luaţi medicamente în acelaşi timp cu vitamine sau cu suplimente minerale. Unele suplimente, în special calciul, se pot lega de unele medicamente , împiedicându-le absorbţia.
- Dacă vi s-a recomandat să luaţi un medicament pe stomacul gol, luaţi-l cu cel puţin 1 oră înainte sau 2 ore după masă.
- Nu amestecaţi medicamentele în alimente. Acizii sau mineralele din unele alimente pot altera ingredientele structurale ale medicamentului.
- Nu amestecaţi medicamentele cu băuturi calde. Căldura poate modifica sau distruge unele ingrediente din structura medicamentelor.

- Steroide anabolizante
- Metotrexat
- Amiodarona (Cordarone, Pacerone)
- Ketoconazol (Nizoral)
- Ciclosporină (Neoral, Sandimmune)

Ardeiul iute

Acesta poate creşte absorbţia şi efectele următoarelor medicamente:

- Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei (ACE), utilizaţi pentru tratamentul insuficienţei cardiace, hipertensiunii arteriale, bolilor renale.
- Teofilina, un medicament utilizat în tratamentul astmului.

Ardeiul iute poate creşte şi riscul apariţiei tusei atunci când se administrează în combinaţie cu ACE.

Evitaţi soarele dacă aşa este recomandat

Unele medicamente vă pot creşte sensibilitatea pielii la razele ultraviolete. Dacă luaţi astfel de medicamente, chiar şi expunerea uşoară la soare poate duce la înroşirea pielii, prurit, edem şi apariţia veziculelor. Acest proces este cunoscut ca reacţie de fotosensibilizare sau fotoreacţie.

Medicamentele care pot produce această reacţie includ:

- Antiinflamatorii nesteroidiene (AINS), cum ar fi ibuprofenul (Advil, Motrin etc.) sau naproxenul (Aleve, Naprosyn etc.).
- Unele anticoncepţionale.
- Unele antibiotice, cum ar fi tetraciclina, sulfamidele sau chinolonele.
- Medicamente antiemetice.
- Antihipertensivul hidroclorotiazidă (Esidrix, Hydrodiuril, Microzide etc.)
- Antidepresivele triciclice.
- Fenotiazine, luate ca antiemetice şi pentru suferinţe psihice.
- Unele chimioterapice.
- Unele antidiabetice, cum ar fi gliburid (DiaBeta, Glynase, Micronase).
- Amiodaronă (Cordarone, Pacerone)
- Tretinoin, care intră în compoziţia cremelor prescrise împotriva negilor şi a medicamentelor antiacneice.
- Medicamentul pentru acnee isotretinoin (Accutane).

Oricine poate prezenta o fotoreacţie la un medicament. Unele reacţii sunt uşoare şi altele sunt destul de grave. În cazul în care expunerea la soare pare să producă o fotoreacţie atunci când luaţi anumite medicamente, cereţi sfatul medicului asupra posibilităţilor de a vă proteja împotriva reacţiilor ulterioare.

Medicamente eliberate fără reţetă vs. medicamentele eliberate cu reţetă

Medicamentele eliberate fără reţetă din farmacii pot fi cumpărate fără a fi nevoie de prescripţie. Un număr foarte mare de medicamente eliberate fără reţetă, incluzând aspirina, siropurile de tuse şi laxativele, se vând în farmacii, băcănii şi magazine.

Medicamentele eliberate pe bază de reţetă pot fi găsite doar într-o farmacie acreditată şi aveţi nevoie de o prescripţie medicală. Această categorie include o gamă largă de medicamente, de la antibiotice la analgezice puternice.

Unele medicamente sunt disponibile şi cu, şi fără reţetă. În general, categoria medicamentelor eliberate fără reţetă conţine o cantitate mai mică de produs activ. Deseori, un produs eliberat fără reţetă conţine aproximativ 1/2 din cantitatea de medicament din echivalentul lui, eliberat pe bază de reţetă.

Chiar şi medicamentele eliberate fără reţetă pot produce reacţii adverse şi pot fi periculoase în cazul abuzului. Urmaţi aceleaşi precauţii de siguranţă pentru medicamentele eliberate fără reţetă ca şi pentru cele eliberate pe bază de presripţie.

Produse originale versus produsele generice

Atunci când apare un medicament nou, compania farmaceutică ce l-a descoperit primeşte în general drepturile asupra patentului pe o perioadă de 20 de ani – ceea ce înseamnă că în acest interval, producătorul este singura companie ce poate vinde medicamentul. Acest lucru permite companiei farmaceutice să-şi recupereze banii cheltuiţi pentru cercetare şi studii clinice.

Uneori, există şi prelungirea sau acordarea unui nou patent, dar o dată ce patentul a expirat, alte companii farmaceutice sunt libere să producă şi să vândă propriile lor versiuni ale produsului. Această formă generică a medicamentului trebuie să îndeplinească aceleaşi standarde stabilite de Food and Drug Administration (în SUA) ca şi pentru produsul original.

Datorită faptului că producătorii de medicamente generice nu cheltuiesc fondurile pentru cercetare şi dezvoltare, aceştia pot oferi medicamentul la un preţ mult mai mic – deseori cu 30-50% mai puţin decât produsul original.

Genericele poartă acest nume deoarece atunci când un medicament este descoperit sau produs în laborator, primeşte un nume generic desemnat de un comitet de experţi în medicamente şi aprobat de agenţiile guvernamentale. Acest nume identifică un medicament ca fiind unic şi îl distinge de alte medicamente. Numele generic nu este o proprietate, ceea ce înseamnă că nu aparţine nimănui.

Atunci când un medicament primeşte aprobarea să fie vândut către populaţie, primeşte de obicei un alt nume (nume de marcă) de la producătorul original. Alte companii farmaceutice care se decid să producă propria lor versiune a produsului după expirarea patentului, introduc pe piaţă produsul deseori sub numele generic sau îi dau un alt nume de marcă. În ambele cazuri, produsul este de regulă mai ieftin decât cel original.

Mituri frecvente despre generice

Aţi luat ani de zile un medicament original. Acum, farmacistul vă spune că aveţi o alternativă – este disponibil şi un medicament generic. Este adevărat ceea ce aţi auzit despre generice?

Mit: genericele nu sunt la fel de bune ca şi produsele originale, nici la fel de sigure.

Realitate: genericele trebuie prin cerinţele *Food and Drug Administration* (FDA) să aibă aceeaşi calitate, putere, puritate şi stabilitate ca şi produsele originale echivalente. Datorită faptului că genericele au aceleaşi ingrediente active, au şi aceleaşi riscuri şi beneficii ca şi produsele originale corespunzătoare.

Mit: genericele nu acţionează la fel de repede în organism.

Realitate: un medicament generic trebuie să aducă organismului aceeaşi cantitate de produs activ în acelaşi interval de timp ca şi produsul original.

Mit: medicamentele generice au mai multe reacţii adverse.

Realitate: rapoartele FDA de monitorizare a reacţiilor adverse la medicamente nu au descoperit diferenţe semnificative în incidenţa reacţiilor adverse.

Mit: genericele sunt produse deseori beneficiind de facilităţi sub standarde.

Realitate: FDA face mii de inspecţii în fiecare an pentru a fi siguri că facilităţile de producere ale produselor generice şi ale produselor originale îndeplinesc standardele guvernamentale. De fapt, aproximativ 50% dintre toate genericele sunt produse de companii ce au medicamente originale şi fac copii ale propriului produs sau ale altor produse originale.

Genericele reprezintă aproximativ 50% dintre toate medicamentele aflate acum pe piaţă. Lăsând la o parte numele, preţul şi ingredienţii inactivi – cum ar fi coloranţii, excipienţii şi stratul protector – există tipic diferenţe mici între un produs generic şi unul original. FDA a descoperit că în medie, genericele şi produsele originale au acelaşi efect clinic. Unele generice, totuşi, pot fi uşor mai puţin eficiente – de aceea trebuie să vă consultaţi medicul înainte de a face schimbarea cu o medicaţie generică.

Chiar şi micile diferenţe dintre generice şi produsele originale corespunzătoare sunt importante atunci când este vorba de anumite produse, numite uneori medicamente cu indice terapeutic îngust (NTI)

În cazul acestor produse, diferenţa între dozajul de care aveţi nevoie şi doza care poate fi periculoasă este foarte mică. În această categorie sunt incluse medicamente pentru:

- epilepsie, cum ar fi fenitoina (Dilantin)
- reglarea ritmului cardiac, cum ar fi digoxinul (Lanoxicaps, Lanoxin)
- boli pulmonare, cum ar fi teofilina (Elixophyllin, Uniphyl)
- boli tiroidiene, cum ar fi levotiroxina (Levoxyl, Synthroid)
- anticoagulante, cum ar fi warfarina (Coumadin)

Schimbarea unui medicament original din categoria NTI cu altul trebuie făcută doar în colaborare strânsă cu medicul. Ca şi pentru eficienţa medicamentelor generice eliberate fără reţetă, consultaţi farmacistul.

Dacă medicul vă prescrie un medicament, întrebaţi dacă există un generic la un preţ mai mic şi dacă va fi în regulă să-l luaţi. Farmaciştii pot înlocui genericele cu preţ mic şi uneori li se cere să o facă prin anumite programe de sănătate – exceptând cazul în care dumneavoastră nu sunteţi de acord sau medicul a contraindicat acest lucru.

Controlul medicaţiei dumneavoastră

Unul dintre cei mai impotanţi paşi pe care puteţi să-i faceţi pentru a putea obţine cele mai mari beneficii din medicaţia pe care o luaţi este să jucaţi un rol activ în grija pentru sănătatea dumneavoastră. Specialiştii în domeniul medical vor lucra cu dumneavoastră, dar în final dumneavoastră trebuie să vă asumaţi responsabilitatea pentru propria sănătate.

Colaboraţi cu medicul

Un rol important în controlul cu succes al medicaţiei dumneavoastră este să vă asiguraţi atât dumneavoastră cât şi medicul că ştiţi:

- Ce medicamente luaţi
- De ce luaţi medicamentele
- Cum luaţi medicamentele

Revizuiţi-vă medicaţia pe care o luaţi

Aflaţi numele exact al fiecărui medicament atât generic cât şi cele originale. Înregistraţi acest lucru într-o agendă proprie pe care trebuie să o reactualizaţi cel puţin o dată pe an sau de câte ori vă schimbaţi medicaţia. Pentru fiecare produs de pe listă, identificaţi ce medic îl prescrie.

Întrebaţi de ce luaţi fiecare medicament

Unele persoane iau atât de multe medicamente încât le este greu să-şi amintească de ce iau fiecare medicament. Faceţi-vă însemnări asupra rolului pe care îl are fiecare medicament în programul dumneavoastră terapeutic.

Asiguraţi-vă ca luaţi în mod corect fiecare medicament

Acest lucru înseamnă că trebuie să vă amintiţi dozele corecte, momentul din zi şi modul în care trebuie luate medicamentele – pe stomacul gol sau cu alimente.

Mergeţi la o singură farmacie

Farmacistul este membru important al echipei ce se ocupă de sănătatea dumneavoastră. În plus

față de rolul clasic, de eliberare a medicației, farmacistul vă poate ajuta să înțelegeți medicația și cum să o luați în siguranță și în mod eficient. Datorită rolului vital pe care îl poate juca farmacistul în protecția și îmbunătățirea sănătății, găsiți o farmacie în care să vă simțiți bine și care are materialele ce vă pot răspunde întrebărilor și preocupărilor pe care le aveți.

Alte probleme ce trebuie luate în considerare sunt:
- Este posibil să vorbiți cu un farmacist fără ca alte persoane să vă audă ?
- Poate un farmacist să fie găsit în caz de urgență?
- Poate farmacia să accepte casa de asigurări la care sunteți înregistrat sau să elibereze rețete compensate?

Dacă vă schimbați la o farmacie nouă care nu are acces la lista personală de medicație din trecut, este important să vă informați farmacistul, cât mai complet posibil, despre istoricul dumneavoastră medical și despre medicamentele pe care le luați.

Farmacistul vă poate oferi și informații despre prețul medicamentelor. Pe piață există multe medicamente care provin de la mai multe companii farmaceutice. Ele pot avea efecte similare, dar costuri diferite.

Compania dumneavoastră de asigurări, organizația de menținere a sănătății (HMO) sau un alt terț plătitor vă pot rambursa banii doar în cazul unora dintre aceste medicamente sau doar o parte din costul acestora. Farmacistul vă poate ajuta deseori să aflați ce medicamente sunt acoperite de societatea dumneavoastră plătitoare și care costă mai puțin.

Dezvoltați-vă o rutină

Folosiți mijloace de averizare dacă aveți nevoie pentru a fi sigur că vă luați medicamentele când trebuie.

Cutii speciale pentru pastile

O dată pe săptămână sau o dată pe zi umpleți fiecare compartiment cu pastila pe care trebuie să o luați. Unele cutii au compartimente separate pentru dozele necesare în anumite momente ale zilei. Întrebați farmacistul sau medicul dacă este în regulă să folosiți o cutie pentru pastile în cazul medicamentelor pe care le luați. Unele pastile, cum ar fi nitroglicerina, trebuie ținute în flacoane speciale.

Cutii cu alarmă pentru medicamente

Folosiți flacoane pentru medicamente ce au un capac cu un ceas incorporat. Acest ceas poate fi setat să sune sau să producă un semnal luminos atunci când este timpul să vă luați medicamentul.

Ceasuri pentru avertizare

Puteți cumpăra un ceas special cu o alarmă pe care o puteți programa pentru a vă aminti când trebuie luat medicamentul. Aceste ceasuri se pot găsi în farmacie sau în magazinele de tehnică medicală.

Grafice și calendare

Faceți un grafic sau un calendar care cuprinde recomandările pentru medicația dumneavoastră. Păstrați-l în apropierea medicamentelor pe care le luați. De fiecare dată când luați un medicament, uitați-vă pe listă.

Comandarea medicamentelor prin mail

Oamenii comandă medicamentele prin mail în loc să le cumpere de la farmacie din două motive:
- *Comoditate.* Nu trebuie să mergeți mai departe de cutia poștei electronice pentru a le obține
- *Bani.* Comandarea medicamentelor prin mail poate fi mai ieftină.

Un mare dezavantaj în cazul folosirii sistemului prin mail este că nu aveți un farmacist în apropiere care să vă cunoască, să aibă o listă a medicației dumneavoastră, să verifice pentru a fi sigur că nu există interacțiuni medicamentoase și să vă vorbească despre recomandările speciale și despre avertismente.

Un alt dezavantaj este decalajul de timp. Poate fi nevoie de câteva săptămâni pentru a primi medicamentele prin mail. Totuși, medicul vă poate scrie 2 rețete – una pentru comandarea medicamentelor prin mail și alta, o rețetă mai mică cu care puteți merge la o farmacie să ridicați medicamentele care să vă ajungă până când vă primiți medicamentele comandate prin mail.

Farmacia de acasă

Dacă aveți un loc special pentru medicamentele pe care le luați în mod regulat, le puteți păstra într-un mod organizat, ușor de găsit și departe de copii.

Localizare

Multe dintre băi au în dotare dulapuri pentru medicamente. Zonele în care faceți baie sau duș pot să nu fie însă întotdeauna cele mai potrivite pentru a păstra medicamentele. Luați în considerare următoarele sfaturi:
- Nu țineți medicamentele în locuri umede. Căldura, umezeala și lumina pot modifica efectele unor medicamente. Din aceste motive, nu lăsați medicamentele pe pervaz sau în mașină.
- Păstrați medicamentele în locuri uscate, întunecate, răcoroase.
- Nu înghețați medicamentele sub forme lichide.
- Nu păstrați medicamentele în frigider decât dacă așa este recomandat.

Siguranța

În ceea ce privește locul în care țineți medicamentele, acesta trebuie să fie departe de copii. Chiar dacă aceștia vin rar în vizită, aveți grijă. Dulapul și sertarele cu medicamente trebuie ținute încuiate pentru a nu intra pe mâna copiilor. Capacele speciale asigură o a doua linie de apărare.

Medicamente frecvent utilizate

Scopul acestei secțiuni este de a furniza unele informații de bază asupra medicamentelor utilizate frecvent în speranța că aceste informații vă pot ajuta să răspundeți la unele dintre întrebările dumneavoastră. După aceea este o listă cu câteva dintre medicamentele cele mai frecvent folosite și funcțiile lor. Am inclus medicamente care se eliberează pe bază de rețetă precum și produse eliberate fără prescripție. Majoritatea medicamentelor enumerate sunt luate pe cale orală. Altele se administrează injectabil, topic, inhalator, intravenos sau sub formă de picături. Atunci când reacțiile adverse sunt prezentate pentru un grup de medicamente, acestea sunt în general comune pentru câteva dintre medicamentele enumerate, dar se poate să nu se aplice pentru fiecare dintre acestea.

Disponibilitatea medicamentelor este un subiect în schimbare. Apar continuu medicamente noi, iar unele medicamente originaale pot fi scoase de pe piață. Pentru informații suplimentare legate de un anume produs, consultați medicul sau farmacistul.



Este foarte ușor să uitați și să lăsați medicamentele pe masa din bucătărie sau pe noptieră, iar copilul să găsească irezistibilă culoarea aprinsă. Așa că nu vă faceți un obicei din a lăsa medicamentele afară. Dacă aveți medicamente ce trebuie ținute la frigider, puneți-le pe un raft mai sus astfel încât copiii mici să nu ajungă sau într-un loc ce nu este la vedere.

Curățarea

Uitați-vă în mod periodic în dulapul cu medicamente. Scăpați de medicamentele pe care nu le mai utilizați și de cele expirate. Medicamentele se deteriorează în timp – chiar mai repede decât este scris ca dată de expirare dacă nu au fost depozitate corespunzător. Dacă data de expirare nu este tipărită, regula generală este să aruncați medicamentul după un an de când l-ați luat.

Dacă prezentați aceleași probleme de sănătate pe care le-ați avut cu ani în urmă, nu luați medicația rămasă.

Păstrați medicamentele în cutiile lor originale – altfel dumneavoastră sau membrii familiei puteți deveni confuzi asupra a ce medicament este și când expiră. Dacă eticheta este separată de recipient și nu sunteți sigur ce este în cutie, aruncați medicamentul sau sunați farmacistul, care poate fi capabil să identifice medicamentul în conformitate cu codul unic imprimat ce este obligatoriu pentru fiecare produs.

Medicația pentru acnee

Antiinfecție

Nume generice și de marcă uzuale

- Acid azelaic (Azelex, Finevin)
- Benzoil peroxid (Benzac, Brevoxyl, Clearasil)
- Clindamicină (Cleocin T)
- Demeclocycline (Declomycin)
- Doxiciclină (Doryx, Vibramycin)
- Eritromicină (Erygel, Staticin etc.)
- Metronidazol (MetroGel, Noritate)
- Minociclină (Minocin)
- Tetraciclină (Achromycin V, Sumycin)

Acțiune

Opresc creșterea și reproducerea aumitor microorganisme care pot produce infecție.

Indicații

Pentru tratamentul acneei. Unele dintre aceste antibiotice sunt indicate și pentru tratamentul altor infecții, cum ar fi diareea călătorului, infecții gingivale, boala Lyme și unele boli cu transmitere sexuală (BTS).

Reacții adverse

Erupții, prurit, dureri de stomac, diaree, dureri de gât și creșterea sensibilității la lumină.

Notă

Antiacidele, calciul și produsele lactate pot reduce absorbția acestor medicamente. Unele dintre aceste medicamente pot produce malformații congenitale dacă sunt luate în timpul sarcinii. La copiii mai mici de 8 ani, medicamentele pot produce decolorarea permanentă a dinților.

Retinoizii

Nume generice și de marcă uzuale

- Adapalene (Differin)
- Isotretinoin (Accutane)
- Tazarotene (Tazorac)
- Tretinoin (Avita, Retin-A)

Acțiune

Ajută la inhibarea glandelor sebacee

Indicații

Tratamentul acneei.

Reacții adverse

Uscăciunea și iritarea pielii, senzație de arsură și creșterea sensibilității pielii la lumină.

Notă

Retinoizii pot produce malformații congenitale dacă se iau în timpul sarcinii.

Acidul salicilic

Nume generice și de marcă uzuale

- Clearasil
- Oxy Balance
- Stri-Dex

Acțiune

Stimulează descuamarea celulelor cutanate moarte.

Indicații

Tratarea multor probleme cutanate, inclusiv a acneei.

Reacții adverse

Iritație cutanată și înțepături.

Notă

Spălați-vă pe mâini după ce aplicați acest medicament.

Medicația pentru alergie

Antihistaminice

Nume generice și de marcă uzuale

- Bromfeniramină și pseudoefedrină (Bromfed, Bromfenex)
- Cetirizine (Zyrtec)
- Clorfeniramină (Chlor Trimeton)
- Clemastine (Tavist)
- Desloratadine (Clarinex)
- Dimenhidrinat (Dramamine)
- Difenhidramina (Benadryl Allergy Relief)
- Fexofenadin (Allegra)
- Loratadina (Claritin)

Acțiune

Previn legarea histaminei de receptorii săi, prevenind astfel rinoreea, pruritul, lăcrimarea ochilor și strănutul datorate unei alergii.

Indicații

Tratarea alergiilor. Difenhidramina și dimenhidrinatul sunt folosite și pentru tratarea răului de mișcare și a tulburărilor de somn.

Reacții adverse

Unele antihistaminice produc somnolență. Altele pot produce uscăciunea gurii, nervozitate, slăbiciune și uneori cefalee.

Notă

Evitați consumul de alcool în timp ce luați antihistaminice care produc somnolență. Nu mâncați grapefruit și nu beți suc de grapefruit atunci când luați fexofenadină sau loratadină. Acest lucru poate duce la apariția unor niveluri toxice sangvine de medicament. Antihistaminicele pot produce agitație la copii.

Corticosteroizi (spray nazal)

Nume generice și de marcă uzuale

- Beclometazona (Beconase, Vancenase)
- Budesonid (Rhinocort)
- Flunizolid (Nasalide)
- Fluticazona (Flonase)
- Mometazona (Nasonex)
- Triamcinolon (Nasacort)

Acțiune

Reducerea inflamației prin încetinirea reacției celulare la substanțele care declanșează inflamația.

Indicații

Combaterea simptomelor alergiilor sezoniere sau anuale și prevenirea reapariției polipilor nazali după excizia lor chirurgicală.

Reacții adverse

Înțepături nazale, dureri de gât, sângerări nazale, greață, cefalee.

Notă

Ameliorarea simptomelor poate apărea într-o zi sau poate dura câteva săptămâni înainte ca efectele complete să fie vizibile.

Stabilizatori ai mastocitelor

Nume generice și de marcă uzuale

- Cromolyn sodium (Nasalcrom)

Acțiune

Acționează pe celulele specifice, numite mastocite, prevenind degranularea acestora cu eliberare de histamină și alte substanțe ce pot produce alergii.

Indicații

În tratamentul alergiilor nazale ușoare până la moderate și al astmului.

Reacții adverse

Arsuri, înțepături sau iritații ale mucoasei nazale, curgerea nasului și strănut.

Notă

Poate fi nevoie de câteva săptămâni până la observarea efectelor complete ale medicației

Medicația pentru boala Alzheimer

Inhibitorii de colinesterază

Nume generice și de marcă uzuale

- Donepezil (Aricept)
- Galantamina (Reminyl)
- Rivastigmina (Exelon)

Acțiune

Încetinesc metabolizarea neurotransmițătorului acetilcolină. Pierderea de acetilcolină se pare că se asociază cu boala Alzheimer.

Indicații

Tratamentul simptomelor formelor ușoare și moderate de boală Alzheimer, cum ar fi pierderea memoriei, concentrării și inițiativei.

Reacții adverse

Diaree, scăderea apetitului, crampe musculare, greață, tulburări de somn, slăbiciune sau oboseală neobișnuită, modificări de ritm cardiac.

Notă

Aceste medicamente nu vindecă boala Alzheimer și nu îi opresc evoluția, dar pot îmbunătăți capacitatea de gândire.

Medicația pentru anemie

Eritropoietina

Nume generice și de marcă uzuale

- Darbepoetin alfa (Aranesp)
- Epoetin alfa (Epogen, Prodrit)

Acțiune

Stimulează măduva hematogenă să producă hematii. Eritropoietina este o versiune sintetică a hormonului natural eritropoietină.

Indicații

Tratamentul persoanelor cu un număr redus cronic de hematii, cum ar fi cei cu insuficiență renală.

Reacţii adverse

Durere toracică, dispnee, cefalee, creşterea tensiunii arteriale, edem şi creştere ponderală.

Notă

Spuneţi medicului despre toate alergiile, inclusiv cele la alimente, consevanţi şi coloranţi. Aceste informaţii pot asigura un indiciu asupra unor posibile reacţii adverse la medicament.

Acidul folic

Acţiune

Creşte cantitatea de folat (vitamina B9) din organism.

Indicaţii

Tratamentul anemiei macrocitare şi al altor tulburări asociate cu scăderea nivelului de folat. Se administrează şi pentru reducerea riscului de malformaţii congenitale în sarcinile precoce şi scăderea riscului de boală coronariană la unele persoane.

Reacţii adverse

În general nu produce reacţii adverse.

Notă

Acidul folic nu trebuie luat dacă aveţi anemie pernicioasă fără să trataţi şi deficitul de vitamina B12.

Fierul

Nume generice şi de marcă uzuale
- Fumarat feros (Femiron)
- Sulfat feros (Feratab)

Acţiune

Creşte conţinutul de fier din organism. Fierul este necesar pentru a produce hemoglobina din hematii, iar hemoglobina este cheia menţinerii unei bune sănătăţi şi a energiei.

Indicaţii

Tratamentul anemiei prin deficit de fier.

Reacţii adverse

În general nu produce reacţii adverse. În unele cazuri poate produce tulburări gastrice, dureri toracice sau de gât şi colorarea în negru a materiilor fecale.

Notă

Prea mult fier produce o afecţiune numită hemocromatoză. Consultaţi-vă cu medicul pentru a fi siguri că luaţi cantitatea corectă.

Vitamina B12

Acţiune

Creşte conţinutul în vitamina B12 al organismului.

Indicaţii

Tratarea anemiei pernicioase şi a altor afecţiuni datorate scăderii nivelului de vitamina B12.

Reacţii adverse

În general, nu produce reacţii adverse. Formele injectabile pot produce iritaţie la nivelul locului de administrare.

Notă

Unele persoane care sunt strict vegetariene au nevoie de suplimente de vitamina B12 deoarece nu au suficientă vitamina B12 în dieta lor zilnică.

Medicaţia pentru astm

Beta agoniştii

Nume generice şi de marcă uzuale
- Albuterol (Proventil, Ventolin)
- Bitolterol (Tornalate)
- Epinefrina (Adrenalin Chloride, Primatene Mist etc.)
- Formoterol (Foradil)
- Levalbuterol (Xopenex)
- Metaproterenol (Alupent)
- Pirbuterol (Maxair)
- Salmeterol (Serevent)
- Terbutalina (Brethine)

Acţiune

Relaxează musculatura bronşică, crescând dimensiunile căilor aeriene.

Indicaţii

Prevenirea şi tratarea spasmelor căilor aeriene (bronhospasm).

Reacţii adverse

Tremor, nervozitate, ameţeală, cefalee, tahicardie şi greaţă.

Notă

Nu luaţi salmeterol sau formoterol pentru urgenţele din astm deoarece sunt medicamente inhalatorii ce intră lent în acţiune.

Corticosteroizii

Nume generice şi de marcă uzuale
- Beclometazona (Qvar, Vanceril)
- Budesonid (Pulmicort)
- Flunisolide (AeroBid)
- Fluticasone (Flovent)
- Prednisolon (Pediapred, Prelone)
- Prednisone (Deltasone, Sterapred etc.)
- Triamcinolon (Azmacort)

Acţiune

Reduce inflamaţia şi edemul căilor aeriene. Corticosteroizii inhalatori acţionează lent şi trebuie utilizaţi în mod regulat. Medicamentele orale (Prednison, Prednisolon) sunt în general prescrise doar pentru atacurile severe de astm.

Indicaţii

Prevenirea atacurilor de astm sau ameliorarea simptomelor severe şi reducerea inflamaţiei asociate cu alergii, artrită reumatoidă şi anumite boli cutanate.

Reacţii adverse

Corticoizii inhalatori pot produce angină, uscăciunea gurii, răguşeală şi infecţii fungice ale gâtului şi gurii. Corticosteroizii orali pot produce creşterea apetitului, retenţie hidrică, creşterea ponderală şi tulburări de somn. Efectele adverse pe termen lung ale corticosteroizilor orali includ glaucomul, cataracta, osteoporoza, slăbiciune musculară şi insuficienţă corticosuprarenală. Insuficienţa corticosuprarenală reprezintă scăderea capacităţii acestor glande de a produce cantităţi crescute de corticosteroizi ca răspuns la stresul sever, inclusiv la cel chirurgical.

Notă

Clătiţi-vă gura după fiecare utilizare a unui corticosteroid inhalator pentru a preveni infecţiile fungice. Nu întrerupeţi brusc tratamentul pe cale orală cu corticosteroizi. Acest lucru se face treptat.

Fluticasone şi salmeterol

Nume de marcă
- Advair Diskus

Acţiune

Medicaţie combinată. Fluticasonul este un corticosteroid care reduce inflamaţia şi edemul căilor aeriene. Salmeterolul deschide căile aeriene pulmonare.

Indicaţii

Controlarea simptomelor astmului şi îmbunătăţirea funcţiei pulmonare.

Reacţii adverse

Uscăciunea gâtului, răguşeală, rinoree, strănut, un zgomot de tonalitate înaltă când respiraţi, modificări ale vocii, probleme de deglutiţie şi dureri difuze.

Notă

Nu luaţi această medicaţie pentru a trata o criză de astm care deja s-a declanşat.

Blocantele de leucotriene

Nume generice şi de marcă uzuale
- Montelukast (Singulair)
- Zafirlukast (Accolate)
- Zilenton (Zyflo)

Acţiune

Menţinerea deschisă a căilor aeriene prin blocarea acţiunii sau formării substanţelor chimice numite leucotriene.

Indicaţii

Prevenirea şi tratamentul pe termen lung al astmului.

Reacţii adverse

Cefalee şi, mai rar, oboseală, rash, ameţeală şi greaţă.

Notă

Montelukastul trebuie luat seara, iar zafirlukastul trebuie luat pe stomacul gol.

Stabilizatoarele de mastocite

Nume generice şi de marcă uzuale
- Cromolyn sodium (Intal)
- Nedocromil sodium (Tilade)

Acţiune

Blochează eliberarea histaminei şi a altor agenţi chimici din mastocite care pot produce edem şi îngustarea bronhiilor.

Indicaţii

Tratamentul formelor uşoare-moderate de astm şi prevenirea bronhospasmului indus de efort.

Reacţii adverse

Dureri în gât, tuse, răguşeală, strănut şi gust neplăcut de la aerosoli.

Notă

Câteva înghiţituri de apă pot ameliora durerea de gât şi răguşeala. Nu folosiţi medicamentele în situaţii de urgenţă.

Metilxantine

Nume generice şi de marcă uzuale
- Teofilina (Elixophyllin, Uniphyl)

Acţiune

Creşte AMP ciclic ce relaxează musculatura bronşică, îndepărtând bronhospasmul şi crescând capacitatea pulmonară.

Indicaţii

Tratarea dispneei şi wheezingului asociat cu astmul.

Reacţii adverse

Nervozitate, tahicardie, insomnie şi creşterea diurezei.

Notă

Un test care vă măsoară cantitatea de teofilină din sânge vă poate ajuta să stabiliţi doza exactă de care aveţi nevoie

Medicaţia pentru tensiunea arterială

Alfa-blocante

Nume generice şi de marcă uzuale
- Doxazosin (Cardura)
- Prazosin (Minipress)
- Terazosin (Hytrin)

Acţiune

Blochează sistemul nervos central să nu mai stimuleze musculatura ce contractă arteriolele şi cresc tensiunea arterială.

Indicaţii

Tratamentul hipertensiunii arteriale şi al simptomelor produse de creşterea benignă a glandei prostate.

Reacţii adverse

Ameţeală, cefalee, greaţă şi slăbiciune.

Notă

Ameţeala poate fi combătută prin ridicarea lentă din poziţia culcat sau aşezat.

Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei (ACE)

Nume generice şi de marcă uzuale
- Benazepril (Lotensin)
- Captopril (Capoten)
- Enalapril (Vasotec)
- Fosinopril ((Monopril)
- Lisinopril (Prinivil, Zestril)
- Moexipril (Univasc)
- Quinapril (Accupril)
- Ramipril (Altace)
- Trandolapril (Mavik)

Acţiune

Blochează producerea unei substanţe numită angiotensină II, care produce vasoconstricţie şi duce la retenţie de apă şi sare, crescând tensiunea arterială. Aceste medicamente cresc şi acţiunea unei substanţe numită bradichinină, ce dilată vasele sangvine.

Indicaţii

Tratamentul hipertensiunii arteriale. Unii inhibitori de ACE sunt folosiţi şi pentru tratarea insuficienţei cardiace congestive sau

bolilor renale şi pentru prevenirea recurenţei infarctului miocardic şi a accidentelor vasculare cerebrale. Aceste medicamente ajută şi la prevenirea sau reducerea complicaţiilor diabetului.

Reacţii adverse

Tuse seacă, edemaţierea feţei, erupţii, alterarea gustului, scăderea apetitului, ameţeală, sensibilitate la soare şi creşterea potasiului din sânge.

Notă

Anunţaţi imediat medicul dacă observaţi că v-aţi umflat la faţă sau buze. Nu luaţi aceste medicamente dacă sunteţi însărcinată sau dacă doriţi să rămâneţi gravidă. Medicamentele pot produce malformaţii congenitale importante.

Blocantele receptorilor de angiotensină II

Nume generice şi de marcă uzuale

- Candesartan (Atacand)
- Eprosartan (Teveten)
- Irbesartan (Avapro)
- Losartan (Cozaar)
- Telmisartan (Micardis)
- Valsartan (Diovan)

Acţiune

Previne legarea angiotensinei II de ţesuturi, inhibând vasoconstricţia şi retenţia de apă şi sare.

Indicaţii

Tratamentul hipertensiunii arteriale, insuficienţei renale, insuficienţei cardiace congestive şi pentru prevenirea accidentului vascular cerebral.

Reacţii adverse

Ameţeală, congestie nazală, dureri musculoscheletice, indigestie, tuse şi insomnie.

Notă

Aceste medicamente au o tendinţă mai mică de a produce tuse în comparaţie cu inhibitorii ACE. Nu luaţi aceste medicamenteîn cazul în care sunteţi sau doriţi să rămâneţi însărcinată, deoarece pot produce malformaţii congenitale.

Beta-blocante

Nume generice şi de marcă uzuale

- Acebutolol (Sectral)
- Atenolol (Tenormin)
- Betaxolol (Kerlone)
- Bisoprolol (Zebeta)
- Carteolol (Cartrol)
- Carvedilol (Coreg)
- Metoprolol (Lopressor, Toprol)
- Nadolol (Corgard)
- Penbutolol (Levatol)
- Pindolol (Visken)
- Propranolol (Inderal)

Acţiune

Interferă cu răspunsul anumitor impulsuri nervoase în anumite părţi ale corpului, scăzând necesarul de oxigen şi de sânge al cordului şi, prin urmare, munca acestuia.

Indicaţii

Tratamentul hipertensiunii arteriale. Unele beta blocante sunt utilizate pentru tratarea infarctului miocardic, anginei, anxietăţii şi pentru prevenirea infarctului miocardic, insuficienţei cardiace şi a migrenei.

Reacţii adverse

Oboseală, scăderea capacităţii de efort, mâini reci, probleme cu somnul, impotenţă şi pierderea apetitului sexual.

Notă

Aceste medicamente pot agrava astmul şi diabetul.

Blocantele canalelor de calciu

Nume generice şi de marcă uzuale

- Amlodipine (Norvasc)
- Diltiazem (Cardizem, Dilacor XR, Tiazac)
- Felodipine (Plendil)
- Isradipina (DynaCirc)
- Nicardipina (Cardene)
- Nifedipina (Adalat, Procardia)
- Nisoldipina (Sular)
- Verapamil (Calan, Isoptin etc.)

Acţiune

Previne pătrunderea calciului prin canale în celulele musculare. Atunci când calciul intră în celule produce contracţia celulelor musculare din peretele arterial, îngustând calibrul acestora şi crescând tensiunea arterială.

Indicaţii

Tratamentul hipertensiunii arteriale. Unele blocante ale canalelor de calciu sunt utilizate şi pentru tratarea anginei pectorale şi a insuficienţei renale, şi pentru prevenirea recidivei infarctului miocardic.

Reacţii adverse

Constipaţie, cefalee, tahicardie, eruptii şi edem la nivelul picioarelor şi gambelor.

Notă

Nu mâncaţi grapefruit şi nu beţi suc de grapefruit când luaţi aceste medicamente. O componentă din acest suc scade capacitatea ficatului de a elimina medicamentul din organism, permiţând acumularea unor nivele toxice.

Medicamentele cu acţiune centrală

Nume generice şi de marcă uzuale

- Clonidina (Catapres)
- Guanabenz (Wytensin)
- Guanadrel (Hylorel)
- Guanfacina (Tenex)
- Metildopa (Aldomet)

Acţiune

Împiedică transmiterea de semnale de la nivelul creierului la sistemul nervos ce produc accelerarea ritmului cardiac şi vasoconstricţie.

Indicaţii

Tratamentul hipertensiunii arteriale.

Reacţii adverse

Oboseală extremă, somnolenţă, impotenţă, uscăciunea gurii, cefalee, creştere ponderală şi alterarea gândirii şi a problemelor psihologice, inclusiv a depresiei.

Notă

Întreruperea bruscă a unora dintre aceste medicamente poate produce o creştere periculoasă a tensiunii arteriale într-un interval foarte scurt.

Diuretice

Nume generice şi de marcă uzuale

Diuretice de ansă

- Bumetanid (Bumex)
- Furosemid (Lasix)
- Torsemid (Demadex)

Diuretice care economisesc potasiu

- Amilorid (Midamor)
- Eplerenone (Inspra)
- Spironolactona (Aldactone)
- Triamteren (Dyrenium)

Diuretice tiazidice

- Clorotiazida (Diuril)
- Chlorthalidone (Hygroton, Thalitone)
- Hidroclorotiazida (Hydrodyuril, Microzide etc.)
- Indopamida (Lozol)
- Meticlotiazida (Aquatensen, Enduron)
- Metolazona (Mykrox, Zaroxolyn)

Acţiune

Cresc excreţia renală de sodiu. Sodiul atrage după sine apa din sânge. Scăderea volumului sangvin produce scăderea tensiunii arteriale. Fiecare clasă de diuretice acţionează pe o zonă diferită a rinichilor.

Indicaţii

Tratamentul hipertensiunii arteriale şi scăderea tumefierii produse de acumularea de lichide (edem).

Reacţii

Micţiuni frecvente, deshidratare, slăbiciune şi ameţeală când staţi în picioare.

Notă

Reducerea cantităţii de sodiu şi aportul crescut de potasiu în dietă vor creşte eficienţa medicamentelor. Tiazidele şi diureticele de ansă pot scădea cantitatea de potasiu din organism. De aceea, utilizarea acestor medicamente poate necesita o creştere a aportului de potasiu.

Medicaţia pentru colesterol şi trigliceride

Medicamentele ce sechestrează acizii biliari

Nume generice şi de marcă uzuale

- Colestiramina (Questran)
- Colesevelam (Welchol)
- Colestipol (Colestid)

Acţiune

Scad colesterolul din sânge prin legarea de acizii biliari din intestinul subţire, forţând ficatul să producă mai mulţi acizi. Acizii biliari sunt făcuţi din colesterol.

Indicaţii

Scăderea nivelurilor crescute de colesterol.

Reacţii adverse

Balonare, meteorism abdominal, constipaţie, gaze, deranjament gastric şi cefalee.

Notă

Pentru a evita interacţiunile medicamentoase, informaţi medicul despre toate celelalte medicamente pe care le luaţi. Nu luaţi medicamente ce sechestrează acizii biliari în intervalul de 1-2 ore de la administrarea altor medicamente.

Fibraţii

Nume generice şi de marcă uzuale

- Fenofibrat (Tricor)
- Gemfibrozil (Lopid)

Acţiune

Alterează sinteza grăsimilor din sânge, scăzând trigliceridele şi crescând fracţiunea de colesterol cu densitate lipoproteică mare (HDL sau „bun"). Scade, de asemenea, nivelurile totale de colesterol.

Indicaţii

Scăderea nivelurilor de trigliceride la cei care au o cantitate prea mare în sânge. De asemenea, creşterea nivelurilor HDL-colesterolului şi scăderea nivelurilor totale de colesterol.

Reacţii adverse

Dureri abdominale, greaţă, diaree, cefalee şi dureri musculare.

Notă

Contactaţi medicul de urgenţă dacă prezentaţi dureri musculare, sensibilitate sau slăbiciune inexplicabile.

Acidul nicotinic (niacin)

Nume de marcă

- Niaspan
- Slo-Niacin

Acţiune

Scade nivelele de trigliceride din sânge şi creşte nivelul fracţiunii de colesterol cu fracţiune lipoproteică înaltă (HDL sau „bun").

Indicaţii

Controlul nivelurilor de trigliceride şi colesterol la cei cu valori crescute.

Reacţii adverse

Îmbujorare, ameţeală, cefalee, greaţă, vărsături, uscăciunea pielii şi mâncărime.

Notă

Vorbiţi cu medicul înainte să luaţi un supliment eliberat fără reţetă ce conţine niacin deoarece poate interacţiona cu alte medicamente. Aceste medicamente pot produce ocazional hepatită indusă medicamentos (inflamaţie hepatică).

Statine

Nume generice şi de marcă uzuale

- Atorvastatin (Lipitor)
- Fluvastatin (Lescol)
- Lovastatin (Mevacor)
- Pravastatin (Pravachol)
- Simvastatin (Zocor)

Acţiune

Scad sinteza de colesterol şi cresc metabolizarea din sânge a fracţiunii lipoproteice cu densitate mică a colesterolului (LDL sau „rău").

Indicaţii

Scăderea nivelului total de colesterol din sânge la cei cu valori anormale. Creşterea nivelului fracţiunii lipoproteice cu densitate înaltă a colesterolului (HDL sau „bun") în sânge şi scăderea colesterolului total.

Reacții adverse

Dureri musculare, cefalee, greață, diaree și gaze.

Notă

Aceste medicamente pot produce hepatită indusă medicamentos. De aceea, este important să faceți o verificare periodică a testelor sangvine pentru urmărirea nivelurilor enzimelor hepatice.

Medicația pentru răceală

Antitusive

Nume generice și de marcă uzuale
- Benzonatat (Tessalon)
- Dextrometorfan (Robitussin)
- Guaifenesin și codeină (Guiatuss AC, Robitussin AC etc.)

Acțiune

Combat tusea prin acțiune directă asupra plămânilor și căilor aeriene și, posibil, asupra centrilor tusei din creier. Pot subția mucusul din plămâni ajutând astfel la curățarea acestora.

Indicații

Tratamentul tusei produse de răceală, gripă (influenza) sau alte suferințe.

Reacții adverse

Somnolență, slăbiciune, uscăciunea nasului, gurii și a gâtului, constipație, amețeală, greață și cefalee.

Notă

Dacă aveți o tuse ce trenează de mai mult de o săptămână, consultați medicul. Beți multe lichide, mai ales dacă luați un expectorant, cum ar fi guaifenesin.

Decongestionante

Nume generice și de marcă uzuale
- Oximetazolina (Afrin, Dristan etc.)
- Fenilefrina (Alconefrin, NeoSynephrine etc.)
- Pseudoefedrina (Dimetapp, Sudafed, Triaminic etc.)
- Xilometazolina (Inspire, Otrivin etc.)

Acțiune

Produc vasoconstricție la nivelul nasului și al sinusurilor, scăzând congestia.

Indicații

Combaterea congestiei nazale produse de răceală, gripă (influenza), alergii sau infecții ale sinusurilor. *Aceste medicamente se pot combina* cu un antihistaminic pentru ameliorarea simptomatologiei.

Reacții adverse

Nervozitate, agitație, anxietate, probleme cu somnul și creșterea ritmului cardiac.

Notă

Dacă luați în mod regulat un decongestionant nazal spray timp de peste 3 zile, puteți prezenta o recidivă a congestiei.

Medicația antidiabetică

Inhibitorii de alfa-glucozidază

Nume generice și de marcă uzuale
- Acarboza (Precose)
- Miglitol (Glyset)

Acțiune

Blochează acțiunea enzimelor din tractul digestiv care metabolizează carbohidrații în glucoză, întârziind astfel digestia acestora. Glucoza se absoarbe mai încet în sânge.

Indicații

Scăderea nivelului sangvin al zahărului (glucoza) la persoanele cu diabet de tip 2.

Reacții adverse mai frecvente

Meteorism abdominal, gaze și diaree.

Notă

Reacțiile adverse sunt de obicei minimalizate dacă începeți cu o doză mică pe care să o creșteți treptat.

Biguanide

Nume generice și de marcă uzuale
- Metformin (Glucophage)

Acțiune

Reducerea cantității de glucoză eliberată de ficat în sânge și a absorbției intestinale. Crește, de asemenea, sensibilitatea la insulină.

Indicații

Controlarea nivelului de zahăr în sânge (glucoza) la cei cu diabet de tip 2.

Reacții adverse

Alterarea gustului (gust metalic), greață, vomă sau pierderea apetitului, disconfort abdominal, gaze, diaree și iritație cutanată.

Notă

Metforminul poate produce o tulburare gravă numită acidoză lactică. Aceasta apare mai frecvent la cei cu insuficiență cardiacă, suferințe hepatice sau renale și la alcoolici. Riscul acestei tulburări crește și în cazul unor investigații medicale, cum ar fi examenele radiologice care necesită administrarea unei substanțe de contrast. Medicul vă poate solicita întreruperea medicamentului înainte de efectuarea investigației.

Insulina

Nume generice și de marcă uzuale
- Suspensie de insulină cu zinc-lentă (Humulin L, Novolin L etc.)
- Suspensie de insulină cu zinc, acțiune prelungită-ultralentă (Humulin U)
- Suspensie de insulină isophane (Humulin N, Novolin N etc.)
- Suspensie de insulină isophane cu injectare regulată de insulină (Humulin 50/50, Humulin 70/30, Novolin 70/30)
- Insulină regulară (Humulin R, Novolin R și altele)

Acțiune

Transportă zahărul din sânge în celule, unde este folosit ca sursă de energie.

Indicații

Tratamentul diabetului tip 1 și 2.

Reacții adverse

Scăderea prea puternică a zahărului din sânge, roșeață și iritație la nivelul locurilor de injectare.

Notă

Schimbați locurile de injectare pentru a preveni reacțiile adverse cutanate.

Analogi de insulină

Nume generice și de marcă uzuale
- Insulină aspart (NovoLog)
- Insulină glargine (Lantus)
- Insulină lispro (Humalog)

Acțiune

Transportă zahărul din sânge în celule, unde este utilizat ca sursă de energie. Debutul și durata acțiunii acestor forme noi de insulină seamănă mai tare cu cele ale insulinei naturale.

Indicații

Tratamentul diabetului tip 1 și 2.

Reacții adverse

Scăderea prea puternică a nivelului glicemiei, creșterea ponderală și iritație la locul de injectare.

Notă

Insulina lispro și insulina aspart au acțiune rapidă. Administrați-le chiar înainte de masă. Insulina glargine are durată lungă de acțiune.

Meglitinide

Nume generice și de marcă uzuale
- Repaglinide (Prandin)

Acțiune

Produc o eliberare rapidă dar de scurtă durată a insulinei din pancreas.

Indicații

Reducerea nivelului de zahăr în sânge la cei cu diabet tip 2.

Reacții adverse

Scăderea prea puternică a zahărului din sânge, cefalee, somnolență, greață și erupții.

Notă

Spuneți medicului dacă această medicație vă dă amețeală, nervozitate. Poate fi nevoie de ajustarea dozelor.

Nateglinide

Nume de marcă
- Starlix

Acțiune

Produce o eliberare rapidă și de scurtă durată a insulinei din pancreas.

Indicații

Scăderea glicemiei la cei cu diabet tip 2.

Reacții adverse

Scăderea prea puternică a glicemiei, tuse, rinoree sau înfundarea nasului și dureri de gât.

Notă

Nu luați alte medicamente decât dacă ați discutat acest lucru cu medicul.

Sulfonilureice

Nume generice și de marcă uzuale
- Clorpropamid (Diabinese)
- Glimepirid (Amaryl)
- Glipizid (Glucotrol)
- Gliburid (DiaBeta, Glynase, Micronase)
- Tolozamida (Tolinase)
- Tolbutamida (Orinase)

Acțiune

Stimulează celulele beta pancreatice să producă și să elibereze mai multă insulină.

Indicații

Scăderea glicemiei la cei cu diabet tip 2.

Reacții adverse

Scăderea prea puternică a glicemiei, amețeală, tulburări gastrice și scăderea apetitului.

Notă

Riscul de scădere prea puternică a glicemiei este mai mare în primele câteva luni după începerea medicației.

Tiazolidindione

Nume generice și de marcă uzuale
- Pioglitazon (Actos)
- Rosiglitazon (Avandia)

Acțiune

Cresc sensibilitatea țesuturilor la insulină și cresc depozitarea glucozei de către ficat.

Indicații

Scăderea glicemiei la cei cu diabet tip 2.

Reacții adverse

Creștere ponderală, oboseală, greață, dureri abdominale, scăderea apetitului, închiderea la culoare a urinei și icter.

Notă

O reacție adversă rară, dar gravă a tiazolidindionelor este afectarea hepatică. Verificați-vă enzimele hepatice la fiecare 2 luni pe parcursul primului an de administrare a acestei medicații.

Medicația pentru afecțiunile urechii

Combinații de antibiotice și corticosteroizi

Nume generice și de marcă uzuale
- Acid acetic și hidrocortizon (Acetasol HC, VoSol HC).
- Ciprofloxacină și hidrocortizon (Cipro HC)
- Neomicină, polimixină B și hidrocortizon (Cortisporin, Pediotic etc.).

Acțiune

Distrug bacteriile ce produc infecții auriculare, diminuă edemul și inflamația.

Indicații

Tratamentul infecțiilor canalului auditiv extern.

Reacții adverse

Iritație cutanată și înțepături ușoare în canalul auditiv.

Notă

Pentru a nu contamina medicamentul, nu atingeți picurătorul de nici o suprafață, inclusiv de canalul auditiv.

Antibiotice

Nume generice şi de marcă uzuale

- Acid acetic şi acetat de aluminiu
- Cloramfenicol (Cloromycetin)
- Combinații cu neomicină (Coly-Mycin, Cortisporin etc.)

Acțiune

Distrug unele bacterii ce produc infecții ale urechii externe.

Indicații

Tratamentul infecțiilor canalului auditiv extern.

Reacții adverse

Iritație cutanată, arsuri sau înțepături în ureche.

Notă

Pentru a nu contamina medicamentul, nu atingeți picurătorul de nici o suprafață, inclusiv de canalul auditiv.

Analgezice

Nume generice şi de marcă uzuale

- Antipirina şi benzocaina (Allergen, Auralgan etc.)

Acțiune

Combat durerea şi edemul.

Indicații

Tratamentul simptomelor asociate cu o infecție a urechii. Este necesar şi un antibiotic pentru tratarea infecției în sine.

Reacții adverse

Iritație cutanată, arsuri sau înțepături în ureche.

Notă

Pentru a nu contamina medicamentul, nu atingeți picurătorul de nici o suprafață, inclusiv de canalul auditiv.

Medicația pentru ochi

Medicamentele alfa-adrenergice

Nume generice şi de marcă uzuale

- Apraclonidina (Iopidine)
- Brimonidina (Alphagan)

Acțiune

Reduc producția umorii apoase, ceea ce duce la scăderea presiunii din ochi.

Indicații

Tratamentul glaucomului şi a altor suferințe cauzate de creşterea presiunii intraoculare.

Reacții adverse

Ochi roşii, pruriginoşi şi înlăcrimați.

Notă

Aceste medicamente pot produce amețeală şi somnolență la unele persoane.

Antiinfecțioase

Nume generice şi de marcă uzuale

- Cloramfenicol (Chloromycetin, Chloroptic etc.)
- Ciprofloxacina (Ciloxin)
- Eritromicina (Ilotycin)
- Gentamicina (Garamycin, Genoptic)
- Levofloxacina (Levaquin)
- Neomicina, bacitracina, polimixina B (Neosporin)
- Norfloxacina (Chibroxin)
- Ofloxacina (Ocuflox)
- Sulfacetamida sodică (Bleph-10)
- Sulfisoxazol (Gantrisin)
- Tobromicina (Tobrex, Tobi)

Acțiune

Distrug bacteriile ce produc infecții oculare.

Indicații

Tratamentul infecțiilor oculare, cum ar fi conjunctivitele.

Reacții adverse

Prurit, arsuri oculare şi tulburări de vedere.

Notă

Pentru a evita contaminarea medicamentului, spălați-vă pe mâini înainte de a-l utiliza şi nu atingeți cu vârful aplicatorului de mâini sau de ochi.

Lacrimile artificiale

Nume generice şi de marcă uzuale

- Carboximetilceluloza (Celluvisc, Refresh Plus)
- Hidroxipropilmetilceluloza (Artificial Tears, Goniosol etc.)

Acțiune

Lubrifierea ochilor uscați cu ajutorul unor lichide similare chimic cu lacrimile naturale.

Indicații

Combaterea uscăciunii şi iritației produse de scăderea secreției lacrimale.

Reacții adverse

Iritația ochilor, tulburări de vedere şi aglutinarea genelor.

Notă

Pentru a nu contamina medicamentul, nu atingeți vârful aplicatorului cu mâinile sau de ochi.

Beta-blocantele

Nume generice şi de marcă uzuale

- Betaxolol (Betoptic)
- Carteolol (Ocupress)
- Levobunolol (Betagan)
- Metipranolol (Optipranolol)
- Timolol (Betimol, Timoptic)

Acțiune

Scad producerea umorii apoase, ceea ce produce scăderea presiunii din ochi.

Indicații

Tratamentul glaucomului şi al altor suferințe asociate cu creşterea presiunii intraoculare.

Reacții adverse

Înțepături la nivelul ochilor.

Notă

Vederea dumneavoastră poate fi încețoşată pentru o scurtă perioadă de timp după administrare.

Inhibitorii de anhidrază carbonică

Nume generice şi de marcă uzuale
- Acetazolamida (Diamox)
- Brinzolamida (Azopt)
- Diclorfenamida (Daranide)
- Dorzolamida (Trusopt)
- Metazolamida (Neptazane)

Acțiune

Reduc secreția lichidiană în camera anterioară a globului ocular (umoare apoasă), scăzând presiunea din interiorul ochiului.

Indicații

Tratamentul glaucomului şi al altor tulburări asociate cu creşterea presiunii intraoculare.

Reacții adverse

Arsuri oculare, vedere încețoşată şi un gust amărui. Medicamentele administrate pe cale orală pot produce senzație de furnicături la nivelul degetelor de la mâini şi de la picioare, erupție, oboseală şi deranjament gastric.

Notă

Luați medicamentele pe cale orală cu alimente pentru a reduce problemele gastrice. În cazul picăturilor pentru ochi, nu atingeți picurătorul de ochi.

Stabilizatori ai mastocitelor

Nume generice şi de marcă uzuale
- Cromolyn sodium (Crolom, Opticrom)
- Nedocromil (Alocril)

Acțiune

Acționează pe anumite celule inflamatorii (mastocite) împiedicând eliberarea substanțelor ce produc prurit la nivelul ochilor.

Indicații

Tratamentul simptomelor oculare asociate alergiilor.

Reacții adverse

Vedere încețoşată, modificări ale vederii în culori, probleme de vizibilitate noaptea, creşterea sensibilității la lumina solară şi edem palpebral.

Notă

Nu purtați lentile de contact atunci când aveți ochii iritați şi pruriginoşi.

Midriatice

Nume generice şi de marcă uzuale
- Atropina (Isopto Atropine)
- Homatropina (Isopto Homatropine)
- Scopolamina (Isopto Hyoscine)

Acțiune

Reduc inflamația şi relaxează musculatura oculară, mărind pupila.

Indicații

Tratamentul uveitei, o inflamație a irisului şi a muşchilor ce controlează focalizarea, şi pentru deschiderea (dilatarea) pupilei pentru examinarea ochiului.

Reacții adverse

Creşterea sensibilității ochiului la lumină şi vedere încețoşată.

Notă

După utilizarea acestor medicamente purtați ochelari de soare pentru a vă proteja ochii de lumină.

Analogii de prostaglandine şi prostamide

Nume generice şi de marcă uzuale
- Bimatoprost (Lumigan)
- Latanoprost (Xalatan)
- Travoprost (Travatan)

Acțiune

Cresc drenajul lichidului din camera anterioară a ochiului (umoarea apoasă), scăzând presiunea intraoculară.

Indicații

Tratamentul glaucomului şi al altor probleme asociate cu creşterea presiunii intraoculare.

Reacții adverse

Roşeață şi prurit ocular, vedere încețoşată, închiderea la culoare a irisului şi a pleoapei, şi creşterea sensibilității la lumină.

Notă

Bimatoprost şi Latanoprost pot produce închiderea la culoare a irisului, şi îngroşarea şi închiderea la culoare a genelor. Aceste modificări pot fi permanente.

Vasoconstrictoare

Nume generice şi de marcă uzuale
- Nafazolina (Vasoclear, Vasocon)
- Tetrahidrozolina (Murine Plus, Visine)

Acțiune

Constricția vaselor sangvine de la nivelul ochiului, reducând roşeața.

Indicații

Combaterea roşeței datorată iritațiilor minore ale ochiului, cum ar fi cele produse de alergii, praf, fum şi vânt.

Reacții adverse

Înțepături în ochi, amețeală, cefalee, vedere încețoşată, sensibilitatea ochiului la lumină şi ochi înlăcrimați.

Notă

Nu folosiți aceste medicamente mai des de 3 ori pe zi şi nu le utilizați dacă aveți glaucom.

Medicația gastrointestinală

Blocante acide (antihistaminicele)

Nume generice şi de marcă uzuale
- Cimetidina (Tagamet)
- Famotidina (Pepcid)
- Nizatidina (Axid)
- Ranitidina (Zantac)

Acțiune

Interferează cu capacitatea histaminei de a stimula eliberarea de acid la nivelul stomacului.

Indicații

Tratamentul şi prevenirea tulburărilor gastrointestinale, cum ar fi boala de reflux gastroesofagian (GERD) şi ulcerele.

Reacţii adverse

Cefalee, tulburări intestinale, ameţeală şi somnolenţă.

Notă

Unele dintre aceste medicamente nu trebuie luate cu alte produse datorită riscului de interacţiuni medicamentoase.

Antiacide

Nume generice şi de marcă uzuale

- Hidroxid de aluminiu (Alternagel)
- Carbonat de calciu (Rolaids, Tums)
- Magaldrat (Riopan)
- Hidroxid de magneziu (Lapte de magnezie)
- Produse cu multiple substanţe chimice absorbante de acizi (Gaviscon, Maalox etc.)

Acţiune

Neutralizarea acizilor din stomac.

Indicaţii

Tratamentul arsurilor gastrice uşoare.

Reacţii adverse

Constipaţie sau diaree.

Notă

Dacă luaţi anumite antiacide în asociere cu unele medicamente, acestea pot reduce absorbţia acestor medicamente.

Aminosalicilaţi

Nume generice şi de marcă uzuale

- Balsalazid (Colazal)
- Mesalamina (Asacol, Pentasa, Rowasa)
- Olsalazina (Dipentum)
- Sulfasalazină (Azulfidine)

Acţiune

Reduc inflamaţia din intestinul subţire şi gros prin blocarea anumitor substanţe inflamatorii.

Indicaţii

Tratamentul inflamaţiilor intestinale, cum ar fi colita ulcerativă şi boala Crohn.

Reacţii adverse

Pierderea apetitului, greaţă, vărsături, iritaţie cutanată şi cefalee.

Notă

Unele dintre aceste medicamente se prezintă sub formă de capsule. Altele se administrează sub formă de clismă sau supozitoare.

Antidiareice

Nume generice şi de marcă uzuale

- Attapulgite (Kaopectate)
- Subsalicilat de bismut (Pepto-Bismol)
- Loperamidă (Imodium)

Acţiune

Unele scad secreţiile intestinale, altele le absorb, iar altele scad contracţia musculaturii intestinale, diminuând crampele şi diareea.

Indicaţii

Tratamentul diareei. Subsalicilatul de bismut ajută şi la combaterea senzaţiei de greaţă.

Reacţii adverse

Constipaţie, închiderea temporară la culoare a materiilor fecale (în cazul subsalicilatului de bismut) şi somnolenţă.

Notă

Nu luaţi subsalicilat de bismut dacă sunteţi alergic la aspirină.

Antispastice

Nume generice şi de marcă uzuale

- Diciclomina (Bentyl, Quentyl)
- Hiosciamina (Levsin, Levsinex)

Acţiune

Relaxează musculatura intestinală şi îndepărtează spasmul.

Indicaţii

Combaterea crampelor şi spasmelor de la nivelul stomacului, intestinului subţire şi colonului.

Reacţii adverse

Cefalee, somnolenţă, gură uscată, creşterea ritmului cardiac, constipaţie şi retenţie de urină.

Notă

Adulţii mai în vârstă pot prezenta confuzie sau agitaţie în cazul administrării acestui tip de medicaţie. De asemenea, poate agrava glaucomul.

Interferonii

Nume generice şi de marcă uzuale

- Interferon alfa-2a (Roferon–A)
- Interferon alfa-2b (Intron–A)
- Interferon alfacon-1 (Infergen)

Acţiune

Interferă cu creşterea şi replicarea virusului implicat.

Indicaţii

Tratamentul hepatitei cronice. Interferonul alfa-2a şi interferonul alfa-2b sunt folosite şi în tratamentul unor cancere. Alţi interferoni sunt folosiţi pentru tratarea sclerozei multiple şi a unor tipuri de cancere.

Reacţii adverse

Simptome ca ale gripei, oboseală, depresie şi scăderea numărului de leucocite şi de trombocite.

Notă

Reacţiile adverse sunt mai frecvente la vârstnici.

Laxativele şi purgativele

Nume generice şi de marcă uzuale

- Bisacodyl (Correctol, Dulcolax, Fleet etc.)*
- Docusate (DSS)
- Metilceluloza (Citrucel)
- Psyllium (Fiberall, Metamucil etc.)
- Senna (Senokot)*

* stimulente

Acţiune

Unele dintre aceste produse înmoaie materiile fecale favorizând amestecul grăsimilor şi al lichidelor cu materiile fecale sau stimulează intestinul gros să transporte mai uşor materiile fecale. Altele stimulează musculatura intestinală să se contracte şi să împingă afară materiile fecale. Altele, cum ar fi uleiurile minerale, lubrifiază scaunul pentru ca acesta să treacă mai uşor.

GHID DE MEDICAȚIE

Indicații

Tratamentul constipației și pregătirea tractului intestinal pentru anumite investigații sau intervenții chirurgicale.

Reacții adverse

Crampe abdominale, greață și vărsături.

Notă

Cereți sfatul medicului înainte de a lua un laxativ. Chiar și unele laxative eliberate fără prescripție pot fi periculoase. Utilizarea pe termen lung a laxativelor cu rol stimulant poate produce dependență și constipație severă.

Agenți prokinetici

Nume generice și de marcă uzuale
- Metoclopramid (Reglan)

Acțiune

Crește viteza de golire a stomacului prin stimularea contracțiilor musculare.

Indicații

Tratamentul refluxului gastric acid și al golirii întârziate a stomacului (gastropareză).

Reacții adverse

Somnolență, oboseală, agitație și, ocazional, tensiune la nivelul sânilor și umflarea acestora, cefalee și diaree.

Notă

Acest medicament are efecte aditive cu alcoolul și alte produse ce deprimă sistemul nervos central, crescând sedarea.

Inhibitorii de pompă protonică

Nume generice și de marcă uzuale
- Esomeprazol (Nexium)
- Lansoprazol (Prevacid)
- Omeprazol (Prilosec)
- Pantoprazol (Protonix)
- Rabeprazol (Aciphex)

Acțiune

Blochează secreția acidă prin inhibarea unui sistem enzimatic de la nivelul mucoasei gastrice numite pompă de protoni.

Indicații

Tratamentul refluxului gastro-esofagian (GERD) și ulcerelor.

Reacții adverse

Dureri abdominale, diaree, cefalee și greață.

Notă

Aceste medicamente sunt mai eficiente atunci când sunt luate înainte de masă.

Antiulceroasele care protejează mucoasa gastrică

Nume generice și de marcă uzuale
- Misoprostol (Cytotec)
- Sucralfat (Carafate)

Acțiune

Misoprostolul protejează mucoasa gastrică prin stimularea producției de mucus și bicarbonat, formând o barieră alcalină sau căptușind mucoasa. Sucralfatul acoperă un ulcer formând o barieră împotriva acidului din stomac.

Indicații

Prevenirea și tratarea ulcerelor peptice.

Reacții adverse

Diaree, dureri gastrice, indigestie, gaze. Constipația este mai frecventă în cazul folosirii sucralfatului.

Notă

Nu luați antiacide cu 30 de minute înainte sau după ce ați luat sucralfat. Acest lucru împiedică acțiunea corectă a medicamentelor. Misoprostolul poate produce malformații congenitale dacă este luat în timpul sarcinii.

Medicația cardiacă

Inhibitorii enzimei de conversie ai angiotensienei (ACE)

Nume generice și de marcă uzuale
- Benazepril (Lotensin)
- Captopril (Capoten)
- Enalapril (Vasotec)
- Fosinopril (Monopril)
- Lisinopril (Prinivil, Zestril)
- Moexipril (Univasc)
- Quinapril (Accupril)
- Ramipril (Altace)
- Trandolapril (Mavik)

Acțiune

Blochează producția angiotensinei II, care determină vasoconstricție, cu retenție de apă și sare, și formare de țesut fibros (fibroză).

Indicații

Tratarea insuficienței cardiace congestive, hipertensiunii arteriale și suferinței renale și pentru prevenirea infarctelor miocardice recurente și a accidentelor vasculare cerebrale. Aceste medicamente ajută la prevenirea sau reducerea complicațiilor diabetului.

Reacții adverse

Tuse seacă, edem al feței, iritație cutanată, alterarea gustului, scăderea apetitului, somnolență, creșterea sensibilității la expunerea la soare și creșterea potasiului în sânge.

Notă

Anunțați medicul imediat dacă observați apariția unui edem facial sau la nivelul buzelor. Nu luați aceste medicamente dacă sunteți însărcinată sau dacă vreți să rămâneți gravidă. Aceste produse pot produce malformații congenitale grave.

Antiaritmice

Nume generice și de marcă uzuale
- Amiodaronă (Cordarone, Pacerone)
- Disopiramida (Norpace)
- Dofetilid (Tykosin)
- Flecainida (Tambocor)
- Mexiletina (Mexitil)
- Procainamidă (Procanbid, Pronestyl etc.)
- Propafenonă Rythmol)
- Chinidină (Cardioquin, Quinidex etc.)
- Toncainidă (Tonocard)

Acțiune

Întârzie transmiterea impulsurilor nervoase la nivelul nervilor și mușchiului cardiac, ajutând la restabilirea și menținerea ritmului cardiac.

Indicații

Corectarea neregularităților sau a ritmului cardiac accelerat (aritmii).

Reacții adverse

Gură uscată, constipație, somnolență, vedere încețoșată și scăderea diurezei.

Notă

Amiodarona poate produce disfuncție tiroidiană și pulmonară, de aceea este important să consultați în mod regulat un doctor în cazul în care luați acest medicament.

Anticoagulante (injectabile)

Nume generice și de marcă uzuale

- Dalteparina (Fragmin)
- Danaparoid (Orgaran)
- Enoxaparin (Lovenox)
- Heparina

Acțiune

Previn activarea factorilor de coagulare, proteine esențiale în procesul de formare a cheagurilor de sânge. Anticoagulantele administrate injectabil acționează mai rapid decât cele orale.

Indicații

Tratamentul tulburărilor circulatorii, cum ar fi tromboza venoasă profundă. Utilizate frecvent și după intervențiile chirurgicale sau pe perioada spitalizării pentru prevenirea apariției trombilor.

Reacții adverse

Apariția cu ușurință a echimozelor, sângerărilor și iritațiilor la locul de injectare.

Notă

Heparinele cu masă moleculară mică (dalteparina, danaparoid, enoxaparina) pot fi prescrise unui pacient neinternat în cazul anumitor persoane care au cheaguri la nivelul membrului inferior (tromboză venoasă profundă) și care au posibilitatea să-și administreze zilnic aceste medicamente.

Anticoagulante (orale)

Nume generice și de marcă uzuale

- Warfarina (Coumadin)

Acțiune

Scad formarea factorilor de coagulare, proteine esențiale pentru un proces normal de formare a cheagurilor sangvine. Numite deseori substanțe care subțiază sângele, în realitate nu fac acest lucru.

Indicații

Reducerea riscului de infarct miocardic și accident vascular cerebral la cei cu valve cardiace artificiale, ritm cardiac neregulat și tulburări de coagulare.

Reacții adverse

Sângerări și echimoze, erupții și diaree.

Notă

Consultați-vă medicul înainte de a lua alte medicamente pentru a preveni apariția unor interacțiuni periculoase. Poate fi necesară ajustarea dozelor în funcție de aportul de vitamina K din dietă. Fiți atent la apariția echimozelor și sângerărilor.

Antiagregante plachetare

Nume generice și de marcă uzuale

- Aspirina (Bayer, Bufferin etc.)
- Clopidogrel (Plavix)
- Dipiridamol (Persantine)

Acțiune

Reducerea procesului de coagulare prin inhibarea capacității plachetelor să se agrege pentru formarea cheagurilor.

Indicații

Ajută la prevenirea apariției cheagurilor sangvine, reducându-vă riscul de apariție al infarctului miocardic și accidentului vascular cerebral.

Reacții adverse

Sângerare prelungită după o leziune, iritație gastrică, crampe abdominale, diaree și somnolență.

Notă

Consultați cu medicul sau farmacistul înainte de a lua orice alt medicament eliberat fără rețetă.

Beta-blocante

Nume generice și de marcă uzuale

- Acebutolol (Sectral)
- Atenolol (Tenormin)
- Carvedilol (Coreg)
- Metoprolol (Lopressor, Toprol)
- Nadolol (Corgard)
- Propranolol (Inderal)

Acțiune

Blochează receptorii beta adrenergici în anumite părți ale corpului, scăzând necesarul de sânge și oxigen al cordului, precum și munca acestuia.

Indicații

Tratamentul hipertensiunii arteriale, durerii în piept (angină), unele aritmii, insuficienței cardiace congestive și pentru prevenirea repetării infarctului miocardic sau a accidentului vascular cerebral.

Reacții adverse

Oboseală, scăderea capacității efectuării activităților fizice solicitante, răcirea mâinilor, tulburări de somn, impotență, scăderea apetitului sexual, dispnee și wheezing.

Notă

Aceste medicamente pot produce agravarea simptomelor la cei cu astm.

Blocantele canalelor de calciu

Nume generice și de marcă uzuale

- Amlodipină (Norvasc)
- Diltiazem (Cardifem, Dilacor XR, Tiazac)
- Nicardipina (Cardene)
- Nifedipină (Adalat, Procardia)
- Verapamil (Calan, Isoptin etc.)

Acțiune

Prevenirea pătrunderii calciului prin canale în celulele musculare. Atunci când calciul pătrunde în celulele musculare din peretele arterelor, produce contracția acestora, îngustându-le și crescând tensiunea arterială.

Indicații

Tratamentul hipertensiunii arteriale, aritmiilor, durerilor toracice (angină pectorală), spasmului arterelor

coronariene şi a insuficienţei renale. Uneori, sunt administrate pentru prevenirea repetării infarctului miocardic.

Reacţii adverse

Constipaţie, cefalee, tahicardie, iritaţie, edem la nivelul gambelor şi picioarelor.

Notă

Nu consumaţi grapefruit sau suc de grapefruit atunci când luaţi aceste medicamente. O substanţă ce intră în compoziţia sucului scade capacitatea ficatului de a metaboliza aceste medicamente, putând duce la acumularea la nivele toxice ale acestora.

Digitalice

Nume generice şi de marcă uzuale
- Digoxin (Lanoxicaps, Lanoxin)

Acţiune

Cresc forţa de contracţie a cordului şi întârzie transmiterea impulsurilor prin nervii şi muşchiul cardiac.

Indicaţii

Îmbunătăţirea forţei şi eficienţei cordului la persoanele cu insuficienţă cardiacă congestivă şi controlul ratei şi ritmului cardiac ameliorând circulaţia sangvină şi reducând edemul.

Reacţii adverse

Anxietate, vedere înceţoşată, confuzie, somnolenţă, depresie, cefalee, greaţă, disconfort gastrointestinal şi pierderea apetitului.

Notă

Este important ca această medicaţie să fie luată exact cum a fost recomandat de către medicul dumneavoastră. Întreruperea bruscă a administrării acestei medicaţii poate produce modificări importante ale funcţiei cardiace.

Diuretice

Nume generice şi de marcă uzuale

Diuretice de ansă
- Bumetanid (Bumex)
- Furosemid (Lasix)
- Torsemid (Demadex)

Diuretice care economisesc potasiul
- Amilorid (Midamor)
- Eplerenone (Inspra)
- Spironolactonă (Aldactonă)
- Triamteren (Dyrenium)

Diuretice tiazidice
- Clorotiazida (Diuril)
- Clortalidona (Hygroton, Thalitone)
- Hidroclorotiazida (Hydrodiuril, Microzide etc.)
- Indapamida (Lozol)
- Meticlotiazida (Aquatensen, Enduron)
- Metolazonă (Mykrox, Zaroxolyn)

Acţiune

Stimulează rinichii să elimine mai mult sodiu decât în mod normal, acesta atrăgând după sine apa. Scăderea volumului sangvin poate produce scăderea tensiunii arteriale. Fiecare clasă de diuretice acţionează pe diferite părţi ale rinichilor.

Indicaţii

Tratamentul hipertensiunii arteriale şi reducerea acumulării de lichid (edem) asociată cu insuficienţa cardiacă congestivă.

Reacţii adverse

Creşterea diurezei, slăbiciune, ameţeală în poziţia ridicată, sete şi deshidratare.

Notă

Scăderea sodiului în dietă şi asigurarea unui aport corespunzător de potasiu vor creşte eficienţa acestor medicamente. Tiazidicele şi diureticele de ansă pot scădea potasiul din organism, astfel încât puteţi avea nevoie de un supliment de potasiu.

Nitraţii

Nume generice şi de marcă uzuale
- Isosorbid dinitrat (Isordil, Sorbitrat etc.)
- Isosorbid mononitrat (Imdur, Ismo)
- Nitroglicerină sublingual (Nitrogard, Nitrostat etc.)

Acţiune

Dilată vasele sangvine, crescând aportul de sânge şi oxigen la nivel cardiac şi reduc munca inimii. Dilată, de asemenea, şi venele reducând întoarcerea venoasă la nivelul cordului.

Indicaţii

Tratamentul durerii de piept (angina pectorală) şi prevenirea atacurilor anginoase.

Reacţii adverse

Cefalee, înceţoşarea vederii, uscăciunea gurii, confuzie, înroşire şi iritaţie cutanată.

Notă

Păstraţi nitroglicerina care se administrează sublingual în flaconul original şi puneţi-l într-o cutie sau într-un loc ferit de lumină. Înlocuiţi flaconul la fiecare 3-6 luni. Atunci când luaţi nitraţi sublingual, aveţi grijă să staţi aşezat şi nu încercaţi să conduceţi sau să manevraţi echipamente periculoase pentru că puteţi leşina. Apelaţi la serviciile medicale de urgenţă dacă simptomele persistă după administrarea a 2 tablete de nitroglicerină sublingual sau mai mult de 20 de minute.

Medicaţia pentru infecţia HIV-SIDA

Inhibitorii proteazei HIV

Nume generice şi de marcă uzuale
- Amprenavir (Agenerase)
- Indinavir (Crixivan)
- Nelfinavir (Viracept)
- Ritonavir (Norvir)
- Ritonavir şi lopinavir (Kaletra)
- Saquinavir (Fortovase, Invirase)

Acţiune

Blochează o enzimă a HIV (proteaza) ce împiedică maturizarea virusului.

Indicaţii

Tratamentul infecţiei cu HIV.

Reacţii adverse

Greaţă, dureri abdominale, diaree, cefalee şi iritaţie cutanată.

Notă

Este esențial să luați exact dozele recomandate.

Inhibitorii nonnucleozidici de revers transcriptază

Nume generice și de marcă uzuale
- Delavirdina (Rescriptor)
- Efavirenz (Sustiva)
- Nevirapina (Viramune)

Acțiune

Întrerup fazele inițiale de replicare a HIV, scăzând severitatea și extensia infecției cu HIV.

Indicații

Tratamentul infecției cu HIV.

Reacții adverse

Erupție, prurit, cefalee, oboseală, amețeală, insomnie și inflamația ficatului.

Notă

Pentru a obține efectul complet al medicației, este important să luați dozele așa cum vi s-au prescris.

Inhibitorii nucleozidici de reverstranscriptază

Nume generice și de marcă uzuale
- Abacavir (Ziagen)
- Abacavir, lamivudina și zidovudina (Trizivir)
- Didanozina (Videx)
- Lamivudina (Epivir)
- Stavudina (Zerit)
- Tenofovir (Viread)
- Zalcitabina (Hivid)
- Zidovudina (Retrovir)
- Zidovudina și lamivudina (Combivir)

Acțiune

Întrerup un stadiu inițial de replicare al HIV, limitând severitatea și extensia infecției cu HIV.

Indicații

Tratamentul infecției cu HIV. Lamivudina este folosită și pentru tratarea infecției cu virus hepatitic B.

Reacții adverse

Dureri de stomac, diaree, greață, vomă, cefalee, amețeală, rash, prurit, uscăciunea gurii, alterarea gustului.

Notă

Pentru a obține un beneficiu maxim al tratamentului, este esențial să luați exact dozele recomandate.

Medicația pentru impotență

Alprostadil

Nume de marcă uzuale
- Caverject
- Muse

Acțiune

Relaxează țesutul muscular neted din penis, crescând fluxul sangvin la acest nivel.

Indicații

Inducerea și menținerea erecției la bărbații cu disfuncție erectilă.

Reacții adverse

Dureri peniene și erecție prelungită. În cazul Caverject pot apărea echimoze la nivelul locului de injectare. Muse poate produce usturimi la urinat.

Notă

Ambele medicamente necesită dexteritate manuală pentru a putea fi utilizate.

Sildenafil

Nume de marcă
- Viagra

Acțiune

Întârzie acțiunea unei enzimei fosfodiesterază, care acționează la nivelul penisului.

Indicații

Ajută la menținerea erecției la bărbații cu disfuncție erectilă.

Reacții adverse

Îmbujorare, congestie nazală, cefalee, deranjament gastric și o încețoșare albastru-verzuie a vederii.

Notă

Acest medicament nu trebuie luat de bărbații ce iau medicamente de genul nitroglicerinei sau care au o afectare coronariană semnificativă.

Medicația ce previne coagularea sângelui

Antiagregante plachetare

Nume generice și de marcă uzuale
- Aspirina (Bayer, Bufferin etc.)
- Clopidogrel (Plavix)
- Dipiridamol (Persantine)

Acțiune

Reduc coagularea sângelui prin blocarea activării și acumulării plachetelor sangvine, care ar ajuta la formarea cheagurilor de sânge.

Indicații

Prevenirea coagulării sângelui, reducând astfel riscul infarctului miocardic și al accidentului vascular cerebral.

Reacții adverse

Sângerare prelungită după o leziune, iritație gastrică, crampe abdominale, diaree, amețeală.

Notă

Discutați cu medicul sau farmacistul înainte de a lua orice alt medicament eliberat fără rețetă.

Anticoagulante injectabile

Nume generice și de marcă uzuale
- Dalteparin (Fragmin)
- Danaparoid (Orgaran)
- Enoxaparină (Lovenox)
- Heparină

Acțiune

Previn activarea factorilor de coagulare, proteine esențiale pentru desfășurarea procesului de coagulare. Anticoagulantele injectabile acționează mai repede decât anticoagulantele orale.

Indicații

Tratamentul tulburărilor circulatorii, cum ar fi tromboza venoasă profundă. Sunt administrate și după intervenția chirurgicală sau pe perioada spitalizării pentru a preveni coagularea sângelui.

Reacții adverse

Sângerare și apariția cu ușurință a echimozelor și iritației la nivelul locurilor de injectare.

Notă

Heparinele cu masă moleculară mică (dalteparina, danaparoid, enoxaparina) pot fi prescrise unui pacient neinternat care are cheaguri de sânge la nivelul membrelor inferioare (tromboză venoasă profundă) și care poate să-și administreze singur injecțiile zilnic.

Anticoagulantele orale

Nume generice și de marcă uzuale
- Warfarina (Coumadin)

Acțiune

Scad formarea factorilor de coagulare, proteine esențiale în procesul normal de coagulare. Cunoscute deseori și ca subțiante ale sângelui, în realitate ele nu fac acest lucru.

Indicații

Reducerea riscului de infarct miocardic și de accident vascular la cei cu valve artificiale, ritmuri cardiace neregulate și tulburări de coagulare.

Reacții adverse

Apariția cu ușurință a echimozelor, sângerărilor, erupție și diaree.

Notă

Consultați medicul înainte de a lua alte medicamente pentru a evita interacțiunile medicamentoase. Dozele trebuie ajustate în funcție de aportul de vitamina K din dietă. Fiți atent la echimoze și sângerări.

Medicația antiinflamatorie

Corticosteroizii

Inhalatori

Vezi *Medicația pentru astm.*

Spray nazal

Vezi *Medicația antialergică.*

Corticosteroizii pe cale orală

Nume generice și de marcă uzuale
- Betametazonă (Celestone)
- Cortizon
- Dexametazonă (Decadron)
- Hidrocortizon (Cortef, Hydrocortone)
- Metilprednisolon (Medrol)
- Prednisolon (Deltasone, Sterapred etc.)
- Triamcinolon (Aristocort)

Acțiune

Diminuă procesul inflamator prin blocarea funcțiilor naturale de apărare ale leucocitelor.

Indicații

Tratamentul unei largi varietăți de tulburări alergice și inflamatorii, cum ar fi astmul, bolile cutanate și artrita.

Reacții adverse

Creșterea apetitului, retenție hidrică, creștere ponderală, creșterea glicemiei, probleme cu somnul, slăbiciune musculară și ușoară stare de euforie.

Notă

După utilizarea pe termen lung a unuia dintre aceste medicamente, întreruperea bruscă poate fi periculoasă. Este nevoie să scădeți progresiv dozele.

Corticosteroizii topici

Nume generice și de marcă uzuale
- Alclometazonă (Aclovate)
- Betametazonă (Diprolen)
- Desonid (DesOwen)
- Fluocinonid (Lidex)
- Halobetazol (Ultravate)
- Hidrocortizon (Cortizon-10, Hytone)
- Mometazonă (Elocon)
- Triamcinolon (Aristocort, Kenalog)

Acțiune

Reduc inflamația prin încetinirea reacției celulare la substanțe care declanșează inflamația.

Indicații

Tratamentul afecțiunilor cutanate, cum ar fi eczemele ce produc prurit și inflamație.

Reacții adverse

Subțierea pielii și creșterea susceptibilității la apariția echimozelor în cazul utilizării pe termen lung.

Notă

Aplicați un strat subțire. Evitați aplicarea medicamentului pe zone sensibile, cum ar fi ochii, mucoasele, zona inghinală și axile.

Inhibitorii de COX-2

Nume generice și de marcă uzuale
- Celecoxib (Celebrex)
- Rofecoxib (Vioxx)
- Valdecoxib (Bextra)

Acțiune

Inhibă enzima ciclooxigenază-2 (COX-2), care intervine în producerea unor substanțe de tipul hormonilor numite prostaglandine, implicate în dezvoltarea inflamației și a procesului dureros.

Indicații

Tratamentul durerii produse de inflamație, cum ar fi cea din artrită.

Reacții adverse

Diaree, indigestie, greață și cefalee.

Notă

Aceste medicamente pot fi mai puțin agresive pentru stomac în comparație cu aspirina sau cu alte AINS.

Antiinflamatoarele nonsteroidiene (AINS)

Nume generice și de marcă uzuale
- Diclofenac sodic (Voltaren)
- Etodolac (Lodine)
- Fenoprofen (Nalfon)
- Flurbiprofen (Ansaid)
- Ibuprofen (Advil, Motrin etc.)
- Indometacin (Indocin)
- Ketoprofen (Orudis)
- Ketorolac trometamină (Toradol)

- Meloxicam (Mobic)
- Nabumetonă (Relafen)
- Naproxen (Aleve, Naprosyn etc.)
- Oxaprozin (Daypro)
- Piroxicam (Feldene)
- Sulindac (Clinoril)

Acţiune

Îndepărtează durerea prin blocarea enzimei ciclooxigenază-2 (COX-2). Această enzimă intervine în producerea unor substanţe numite prostaglandine, implicate în dezvoltarea inflamaţiei şi în durere.

Indicaţii

Tratamentul durerii produse de inflamaţie şi edem, ca în cazul artritei şi tendinitei.

Reacţii adverse

Greaţă, dureri gastrice, sângerări la nivelul stomacului şi ulcere.

Notă

Multe medicamente analgetice conţin AINS. Consultaţi-vă cu medicul sau cu farmacistul pentru a fi sigur că nu luaţi o doză dublă.

Salicilaţii

Numele de marcă uzuale

- Aspirina (Bayer, Bufferin etc.)
- Colin salicilat (Arthropan)
- Diflunisal (Dolobid)
- Salicilat de magneziu (Doan`s pills, Mobidin etc.)
- Salsalat (Disalcid)

Acţiune

Inhibă sinteza prostaglandinelor, substanţe chimice din organism care produc inflamaţie. Tipuri specifice de AINS.

Indicaţii

Tratamentul durerii uşoare produse de inflamaţie, ca în cazul artritei şi controlul febrei. Aspirina ajută la prevenirea formării cheagurilor sangvine, diminuând riscul de infarct miocardic şi accident vascular cerebral.

Reacţii adverse

Iritaţie gastrică, creşterea timpului de sângerare după o leziune, erupţii şi ţiuituri în urechi.

Notă

Iritaţia şi sângerararea la nivelul tractului intestinal pot apărea dacă aspirina este luată în mod regulat. Consumul de alcool în asociere cu aspirina creşte riscul de probleme intestinale.

Medicaţia imunosupresoare

Corticosteroizi

Nume generice şi de marcă uzuale

- Dexametazonă (Decadron)
- Hidrocortizon (Cortef, Hydrocortone)
- Metilprednisolon (Medrol)
- Prednisolon (Pediapred)
- Prednison (Deltasone, Sterapred)
- Triamcinolon (Aristocort)

Acţiune

Modifică răspunsul imun al organismului în multe moduri, incluzând blocarea multiplicării anumitor celule albe (limfocite), ceea ce impiedică atacarea elementelor considerate străine de către aceste celule.

Indicaţii

Suprimarea răspunsului sistemului imun, cu scopul împiedicării respingerii unui organ transplantat

Gama largă de utilizare a aspirinei

Aspirina este un medicament puternic, cu o gamă largă de utilizare, considerat eficient în reducerea febrei, ameliorarea cefaleei sau calmarea artritei.

Aspirina este utilă şi pentru prevenirea infarctului miocardic şi a accidentului vascular cerebral. În conformitate cu Asociaţia Americană de Cardiologie, mestecarea unei aspirine la primul semn de infarct miocardic, cum ar fi durerea în piept, poate salva 5 000- 10 000 de vieţi anual. Datorită capacităţii aspirinei de a diminua coagularea sangvină, vă scade riscul de obstrucţie a unei artere coronariene. Mestecarea aspirinei aduce mai rapid medicamentul în circuitul sangvin.



Ce este aspirina?

Aspirina este acid acetilsalicilic. Această substanţă naturală provine din scoarţa de salcie. Aspirina este cunoscută în termeni medicali ca analgezic (antidureros) şi ca antiinflamator nesteroidian (AINS).

Reacţii adverse

În afara multiplelor beneficii, aspirina prezintă şi câteva reacţii adverse potenţial grave: iritaţie gastrică, sângerare gastrointestinală şi sângerare la nivelul tractului urinar. La copii poate produce sindrom Reye. Dacă luaţi aspirină în mod regulat, discutaţi cu medicul asupra posibilităţilor de reducere a reacţiilor adverse.

de către organism. Administrate și pentru probleme alergice și inflamatorii.

Reacții adverse

Creșterea apetitului, retenție hidrică, creștere ponderală, creșterea valorilor glicemiei, probleme cu somnul și slăbiciune musculară.

Notă

Aceste medicamente vă pot crește susceptibilitatea la infecții virale, bacteriene și fungice. Atunci când le luați, protejați-vă prin spălarea frecventă pe mâini și pe tot corpul, și evitarea contactului cu persoane bolnave.

Imunosupresoare

Nume generice și de marcă uzuale

- Azatioprina (Imuran)
- Basiliximab (Simulect)
- Ciclosporina (Neoral, Sandimmune)
- Daclizumab (Zenapax)
- Micofenolat (CellCept)
- Sirolimus (Rapamune)
- Tacrolimus (Prograf)

Acțiune

Blochează activarea limfocitelor, prevenind atacarea elementelor considerate străine de către acestea.

Indicații

Împiedicarea respingerii unui organ transplantat. Unele dintre aceste medicamente sunt utilizate și pentru tratarea poliartritei reumatoide severe și a psoriazisului.

Reacții adverse

Creșterea susceptibilității la infecții, tremor, creștere excesivă de păr, creșterea tensiunii arteriale, confuzie, convulsii.

Notă

Atunci când luați acest tip de medicație, organismul dumneavoastră este mai puțin capabil să reziste la infecții, de aceea adresați-vă medicului imediat în cazul în care vă îmbolnăviți.

Medicația pentru tratarea infecțiilor (antimicrobiană)

Antibiotice

Aminoglicozide

Nume generice și de marcă uzuale

- Amikacina (Amikin)
- Gentamicina (Garamycin)
- Kanamicina (Kantrex)
- Neomicina

Acțiune

Se leagă de formațiunile microscopice din bacterii, numite ribozomi, interferând astfel cu procesul de creștere bacteriană, distrugând astfel celule bacteriene.

Indicații

Tratamentul multor infecții bacteriene, de exemplu cutanate, oculare și intestinale.

Reacții adverse

Formele cu aplicare topică și picăturile pentru urechi produc iritație cutanată. Efectele adverse ale medicamentelor cu administrare intravenoasă (iv) și orală sunt pierderea apetitului, greață, vărsături, probleme cu auzul (tinitus), stângăcie, instabilitate și amețeală.

Notă

Reacții adverse mai grave ale formelor cu administrare orală sau iv apar mai frecvent la copii și la vârstnici.

Cefalosporine

Nume generice și de marcă uzuale

- Cefaclor (Ceclor)
- Cefadroxil (Duricef)
- Cefdinir (Omnicef)
- Cefixime (Suprax)
- Cefpodoxime (Vantin)
- Cefprozil (Cefzil)
- Ceftibuten (Cedax)
- Cefuroxim (Ceftin)
- Cefalexin (Keflex)
- Loracarbef (Lorabid)

Acțiune

Omoară anumite bacterii prin interferarea cu capacitatea fiecărei celule de a produce un perete celular protectiv pe măsură ce cresc.

Indicații

Tratarea multor infecții bacteriene, în special cutanate, de țesuturi moi și tract respirator.

Reacții adverse

Greață, dureri abdominale , diaree și erupții.

Notă

Informați-vă medicul asupra oricăror alergii medicamentoase, mai ales la penicilină, înainte de a lua aceste medicamente. Pacienții cu reacții alergice grave la penicilină pot fi alergici și la aceste medicamente.

Fluorochinolone

Nume generice și de marcă uzuale

- Ciprofloxacină (Cipro)
- Gatifloxacină (Tequin)
- Levofloxacină (Levaquin)
- Moxifloxacină (Avelox)
- Norfloxacină (Noroxin)
- Ofloxacina (Floxin)

Acțiune

Blochează enzima necesară ADN-ului bacterian pentru reproducție și reparare, oprind creșterea bacteriei.

Indicații

Tratamentul infecțiilor bacteriene care tind să fie rezistente la antibioticele uzuale. Infecțiile care pot fi tratate eficient cu aceste medicamente le includ pe cele de tract urinar, prostată, sinusuri și plămâni, precum și gonoreea și infecțiile cu *Chlamydia*, infecțiile cutanate, de țesuturi moi și osoase complicate.

Reacții adverse

Greață, diaree, durere abdominală, cefalee și erupții.

Notă

Nu luați antiacide care conțin aluminiu, magneziu sau sucralfat (Carafate) în același timp cu aceste medicamente. Aceste produse pot interfera cu absorbția fluorochinolonelor.

Macrolidele și ketolidele

Nume generice și de marcă uzuale
- Azitromicina ((Zithromax)
- Claritromicina (Biaxin)
- Eritromicina (Erygel, Erythrocin etc.)
- Telitromicina (Ketek)

Acțiune

Interferă cu formarea proteinelor esențiale bacteriene, privind creșterea și multiplicarea celulelor.

Indicații

Tratamentul infecțiilor bacteriene, cum ar fi angina streptococică, pneumonia, boala legionarilor și anumite boli cu transmitere sexuală (BTS). Azitromicina și claritromicina sunt eficiente împotriva anumitor infecții bacteriene la cei cu SIDA.

Reacții adverse

Greață, vărsături, diaree, durere abdominală și cefalee.

Notă

Persoanele cu boli hepatice grave au risc crescut de a prezenta reacții adverse. Eritromicina și claritromicina pot produce interacțiuni medicamentoase importante. Discutați acest lucru cu medicul dumneavoastră.

Metronidazol

Nume de marcă uzuale
- Flagyl
- MetroCream
- MetroGel

Acțiune

Distruge bacteriile sau protozoarele care produc infecția.

Indicații

Tratamentul anumitor boli cu transmitere sexuală (BTS) și a unor infecții gastrointestinale.

Reacții adverse

Preparatele orale pot produce diaree, confuzie, cefalee, greață și durere abdominală. Gelurile sau cremele pot produce prurit sau secreții vaginale.

Notă

Dacă aveți probleme gastrice în cazul administrării formelor orale, încercați să le luați în timpul meselor. Întrerupeți consumul de alcool atunci când luați medicamentul pe cale orală.

Peniciline

Nume generice și de marcă uzuale
- Amoxicilina (Amoxil, Trimox)
- Amoxicilină și clavulanat (Augmentin)
- Ampicilină (Omnipen, Principen)
- Bacampicilină (Spectrobid)
- Carbenicilina (Geocillin)
- Cloxacilina
- Dicloxacilina (Dynapen)
- Nafcilina (Unipen)
- Oxacilina
- Penicilina V (Veetids)

Acțiune

Distrug multe bacterii prin interferarea cu capacitatea acestora de a produce peretele bacterian preotector pe măsură ce cresc.

Indicații

Tratamentul multor infecții bacteriene, incluzându-le pe cele cutanate, ale țesuturilor moi și tractului respirator superior și inferior (angina streptococică, otite, pneumonia și sinuzitele).

Reacții adverse

Greață, diaree, dureri abdominale și vărsături.

Notă

Nu luați nici unul dintre aceste medicamente dacă aveți o reacție alergică la orice tip de penicilină.

Sulfonamidele

Nume generice și de marcă uzuale
- Sulfadiazina de argint (Silvadene)
- Sulfametoxazol
- Sulfisoxazol
- Trimetoprim și sulfametoxazol (Bactrim, Septra)

Acțiune

Opresc creșterea și reproducerea microorganismelor prin interferarea cu formarea folatului, un nutrient esențial pentru acestea.

Indicații

Tratamentul infecțiilor de tract urinar, sinuzite, otite și unele infecții respiratorii.

Reacții adverse

Erupții, prurit, cefalee, amețeală și țiuituri în urechi.

Notă

Unele dintre aceste medicamente vă pot crește sensibilitatea la lumina soarelui și pot produce reacții alergice.

Tetracicline

Nume generice și de marcă uzuale
- Doxiciclină (Doryx, Vibramycin etc.)
- Minociclina (Minocin)
- Tetraciclina (AchromycinV, Sumycin)

Acțiune

Interferă cu producerea de proteine necesare pentru replicarea anumitor microorganisme.

Indicații

Tratamentul diferitelor infecții, cum ar fi cele de tract respirator, cutanate, infecții cu *Chlamydia*. Doxiciclina poate fi prescrisă celor care călătoresc pentru prevenirea malariei.

Reacții adverse

Erupții, prurit, durere abdominală, diaree, durere de gât și creșterea sensibilității la lumina soarelui.

Notă

Antiacidele, calciul și produsele lactate pot scădea absorbția tetraciclinelor. Aceste medicamente pot produce malformații congenitale dacă sunt luate în sarcină. La copiii mai mici de 8 ani, tetraciclinele pot produce decolorare permanentă a dinților.

Antifungice

Nume generice și de marcă uzuale
- Flucitozina (Ancobon)
- Fluconazol (Diflucan)
- Griseofulvin (Fulvicin, Grisactin etc.)

- Itraconazol (Sporanox)
- Ketoconazol (Nizoral)
- Nistatin (Mycostatin)
- Terbinafin (Lamisil)

Acțiune

Omoară fungii prin distrugerea peretelui celular și blocarea enzimelor necesare creșterii și reproducerii.

Indicații

Tratamentul infecțiilor fungice grave precum și al infecțiilor fungice ale unghiilor și alte infecții cu ciuperci.

Reacții adverse

Medicamentele administrate oral pot produce greață, cefalee, diaree și erupții.

Notă

Mamele care alăptează nu trebuie să ia un antifungic deoarece trece în lapte. Pentru tratamentul infecțiilor unghiilor poate fi nevoie să luați medicamente timp de luni de zile. Unele antifungice, în special itraconazol și terbinafin pot produce afectare hepatică.

Antivirale

Nume generice și de marcă uzuale

- Aciclovir (Zovirax)
- Amantadina (Symmetrel)
- Famciclovir (Famvir)
- Ganciclovir (Cytovene)
- Oseltamivir (Tamiflu)
- Penciclovir (Denavir)
- Ribavirin (Virazole)
- Rimantadină (Flumadine)
- Valaciclovir (Valtrex)
- Valganciclovir (Valcyte)
- Zanamivir (Relenza)

Acțiune

Blochează pătrunderea virusurilor în celule și le inhibă replicarea.

Indicații

Tratamentul infecțiilor produse de anumite virusuri, cum ar fi varicela, zona zoster, gripa (influenza), herpes și citomegalovirus.

Reacții adverse

Greață, vărsături, diaree, amețeală și slăbiciune.

Notă

Vârstnicii care iau amantadină pot prezenta confuzie și agitație.

Medicație pentru bolile psihice

Antipsihotice

Nume generice și de marcă uzuale

- Clorpromazina (Thorazine)
- Clozapin (Clozaril)
- Flufenazina (Prolixin)
- Haloperidol (Haldol)
- Molindon (Moban)
- Olanzapina (Zyprexa)
- Perfenazina (Trilafon)
- Proclorperazina (Compazine)
- Quetiapin (Seroquel)
- Risperidon (Risperdal)
- Tioridazina (Mellaril)
- Tiotixen (Navane)
- Trifluoperazina (Stelazine)
- Ziprasidon (Geodon)

Acțiune

Blochează efectele neurotransmițătorului dopamină, care este asociat cu psihoza.

Indicații

Tratamentul psihozelor, cum ar fi schizofrenia, unele forme de boală maniaco-depresivă și depresia severă cu psihoză.

Reacții adverse

Creștere ponderală, uscăciunea gurii, încețoșarea vederii, constipație, somnolență și creșterea susceptibilității apariției arsurilor solare.

Notă

Clozapina necesită o monitorizare strictă datorită reacțiilor adverse potențial grave.

Benzodiazepine

Nume generice și de marcă uzuale

- Alprazolam (Xanax)
- Clordiazepoxid (Librium)
- Clonazepam (Klonopin)
- Diazepam (Valium)
- Lorazepam (Ativan)

Acțiune

Încetinesc activitatea (sedare) sistemului nervos central prin creșterea activității neurotransmițătorului acid gamma aminobutiric (GABA).

Indicații

Tratamentul anxietății. Unele benzodiazepine pot fi luate pe perioade scurte de timp pentru a ajuta la inducerea somnului.

Reacții adverse

Somnolență, amețeală, dezechilibru și scăderea coordonării musculare.

Notă

Utilizarea îndelungată poate duce la dependență. Alcoolul poate amplifica efectele sedative ale medicației.

Beta-blocante

Numele generic și de marcă uzuale

- Propranolol (Inderal)

Acțiune

Reduce efectul hormonului adrenalină.

Indicații

Tratamentul hipertensiunii arteriale, a unor tulburări cardiace și pentru controlul anxietății.

Reacții adverse

Oboseală, extremități reci, tulburări de somn, disfuncție sexuală.

Notă

Medicamentul poate agrava astmul și diabetul.

Inhibitorii de monoaminooxidază

Nume generice și de marcă uzuale

- Fenelzina (Nardil)
- Tranilcipromina (Parnate)

Acțiune

Blochează acțiunea enzimelor din interiorul celulelor nervoase care metabolizează neurotransmițătorii norepinefrină și serotonină.

Indicații

Tratamentul depresiei.

Reacții adverse

Cefalee, hipertensiune arterială și tahicardie.

Notă

Interacțiunile cu alimentele și cu medicamentele sunt o problemă importantă. Alimentele care conțin nivele crescute de tiramină (un aminoacid), cum ar fi brânza și vinul, pot interacționa cu inhibitorii de monoaminoxidază, producând o creștere importantă a tensiunii arteriale.

Medicamente ce stabilizează dispoziția

Nume generice și de marcă uzuale

- Litiu (Eskalith, Lithobid)

Acțiune

Produc modificări ale substanțelor chimice din creier ce ajută la controlarea maniei, ameliorarea tristeții și prevenirea modificărilor extreme ale dispoziției.

Indicații

Tratamentul tulburării bipolare.

Reacții adverse

Greață, diaree, oboseală, confuzie și tremurături ale mâinilor.

Notă

Anumite medicamente pot crește nivelul litiului în sânge. Acestea includ antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS) și anumite medicamente antihipertensive.

Inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (SSRI)

Nume generice și de marcă uzuale

- Citalopram (Celexa)
- Escitalopram (Lexapro)
- Fluoxetin (Prozac)
- Fluvoxamina (Luvox)
- Paroxetin (Paxil)
- Sertralina (Zoloft)

Acțiune

Cresc nivelele neurotransmițătorului serotonină.

Indicații

Tratamentul depresiei, anxietății și tulburării obsesiv-compulsive.

Reacții adverse

Diaree, greață, cefalee, somnolență, insomnie, uscăciunea gurii, scăderea libidoului, imposibilitatea de a atinge orgasmul, impotență, transpirații, tremor și scăderea apetitului.

Notă

Poate fi necesară administrarea timp de 2-3 săptămâni până când medicamentul să intre în acțiune, posibil în cazul tulburării obsesiv compulsive.

Antidepresivele triciclice și tetraciclice

Nume generice și de marcă uzuale

- Amitriptilina (Elavil)
- Clomipramina (Anafranil)
- Desipramina (Norpramin)
- Doxepin (Sinequan)
- Imipramina (Tofranil)
- Maprotilina
- Mirtazapin (Remeron)
- Nortriptilina (Aventyl, Pamelor)
- Protriptilina (Vivactil)
- Trimipramina (Surmontil)

Acțiune

Cresc nivelele neurotransmițătorilor noradrenalină și serotonină, printre multiple alte activități.

Indicații

Tratamentul depresiei. Unele medicamente sunt utilizate pentru tratamentul anxietății și a tulburării obsesiv-compulsive.

Reacții adverse

Somnolență, uscăciunea gurii, amețeală, încețoșarea vederii, creștere ponderală, greață, constipație și dificultăți de urinare.

Notă

Pot fi necesare 2-3 săptămâni până când medicamentul să înceapă să acționeze.

Altele

Nume generice și de marcă uzuale

- Bupropiona (Wellbutrin)
- Nefazodona (Serzone)
- Trazodona (Desyrel)
- Venlafaxina (Effexor)

Acțiune

Cresc nivelurile anumitor substanțe chimice cerebrale, care se pare că sunt asociate cu depresia atunci când au nivelurile scăzute.

Indicații

Tratamentul depresiei. Bupropiona este utilizată și pentru terapia de întrerupere a fumatului (Zyban).

Reacții adverse

Cefalee, insomnie, somnolență, amețeală, diaree, constipație, greață, uscăciunea gurii și creștere sau scădere ponderală.

Notă

Pot fi necesare 2-3 săptămâni până când medicamentele să înceapă să acționeze.

Medicația antimigrenoasă

Medicamente anticonvulsivante

Nume generice și de marcă uzuale

- Divalproex (Depakote)

Acțiune

Influențează activitatea fibrelor nervoase și a neurotransmițătorilor.

Indicații

Tratamentul convulsiilor și prevenirea migrenelor.

Reacții adverse

Greață și vărsături, arsuri gastrice, diaree, căderea părului, oboseală, amețeală și instabilitate.

Notă

Pot fi necesare 2-3 săptămâni înainte să observați apariția beneficiilor acestor medicamente. Beneficiile maxime pot să nu fie evidente timp de 2-3 luni.

Beta blocante

Nume generice și de marcă uzuale

- Atenolol (Tenormin)
- Metoprolol (Lopressor, Toprol)
- Nadolol (Corgard)
- Propranolol (Inderal)

Acțiune

Nu este clar modelul în care acțiunea lor previne migrenele.

Indicații

Tratamentul hipertensiunii arteriale și a altor tulburări cardiovasculare, precum și prevenirea migrenelor.

Reacții adverse

Oboseală, răcirea mâinilor, tulburări de somn, impotență și disfuncție sexuală.

Notă

Aceste medicamente vă vor încetini ritmul cardiac.

Derivații de ergot

Nume generice și de marcă uzuale
- Dihidroergotamina (D.H.E. 45)
- Ergotamina (Ergomar)
- Metisergid (Sansert)

Acțiune

Interacționează cu receptorii de serotonină și posibil produce constricția vaselor sangvine în zona externă a creierului și scalpului.

Indicații

Combaterea simptomelor migrenei și prevenirea cefaleei recurente.

Reacții adverse

Răcirea extremităților, furnicături și amorțeală ușoară la nivelul mâinilor și picioarelor, somnolență, confuzie, amețeală și greață.

Notă

Metisergidul are rol preventiv și nu trebuie folosit pentru tratamentul migrenei acute. Alcoolul contracarează efectele acestor medicamente.

Gabapentin

Numele de marcă
- Neurontin

Acțiune

Neclară.

Indicații

Tratamentul convulsiilor și anumitor tipuri de durere, incluzând migrena.

Reacții adverse

Sedare, oboseală, amețeală și creștere ponderală.

Notă

Puteți observa beneficiile maxime ale acestui medicament după 2-3 luni.

Antidepresivele triciclice

Nume generice și de marcă uzuale
- Amitriptilina (Elavil)
- Doxepin (Sinequan)
- Nortriptilina (Aventyl, Pamelor)
- Protriptilina (Vivactil)

Acțiune

Neclară. Pot modifica substanțele chimice cerebrale ce intervin în cefalee.

Indicații

Prevenirea migrenelor și cefaleei de tensiune.

Reacții adverse

Sedare, creștere ponderală, uscăciunea gurii, confuzie.

Notă

Pot trece câteva săptămâni înainte să observați beneficiile acestor medicamente.

Triptani

Nume generice și de marcă uzuale
- Almotriptan (Axert)
- Frovatriptan (Frova)
- Naratriptan (Amerge)
- Rizatriptan (Maxalt)
- Sumatriptan (Imitrex)
- Zolmitriptan (Zomig)

Acțiune

Mimează neurotransmițătorul serotonină dezactivând nervii și scăzând dilatația vaselor sangvine.

Indicații

Combaterea simptomelor migrenei.

Reacții adverse

Greață, somnolență, slăbiciune musculară, senzație de presiune la nivelul pieptului și gâtului, sete, micțiuni frecvente, alterarea simțului gustului, modificări ale tensiunii arteriale și oboseală.

Notă

Aceste medicamente sunt utilizate doar pentru tratarea și nu pentru prevenirea migrenelor. Nu se recomandă persoanelor cu boli cardiace severe.

Relaxantele musculare

Nume generice și de marcă uzuale
- Baclofen (Lioresal)
- Carisoprodol (Soma)
- Clorzoxazonă (Parafon Forte)
- Ciclobenzaprină (Flexeril)
- Metaxalonă (Skelaxin)
- Metocarbamol (Robaxin)
- Orfenadrina (Norflex)
- Tizanidina (Zanaflex)

Acțiune

Acționează pe sistemul nervos central, producând relaxarea mușchilor.

Indicații

Combaterea durerii și disconfortului produs de crampele musculare și de spasm.

Reacții adverse

Gândire încețoșată, somnolență, oboseală și amețeală.

Notă

Alcoolul crește în mod dramatic efectele adverse ale acestor medicamente

Medicația pentru osteoporoză

Bifosfonații

Nume generice și de marcă uzuale
- Alendronat (Fosamax)
- Etidronat (Didronel)
- Pamidronat (Aredia)
- Risedronat (Actonel)
- Acid zoledronic (Zometa)

Acțiune

Ajută la prezervarea masei osoase prin prevenirea distrugerii în exces a osului.

Indicații

Prevenirea și tratarea osteoporozei și tratarea bolii Paget a osului.

Reacţii adverse

Greaţă, dureri abdominale, iritaţie esofagiană şi dificultăţi la înghiţit.

Notă

Luaţi bifosfonaţii cu un pahar mare de apă pentru a vă proteja împotriva iritaţiei esofagului. Administraţi-vă doza cu 30 de minute înainte de a mânca sau de a bea orice altceva în afară de apă. Nu vă întindeţi timp de 30 de minute după ce aţi luat medicamentul.

Calcitonina

Nume de marcă

- Miacalcin

Acţiune

Ajută la menţinerea densităţii şi previne pierderea osoasă. Disponibil sub formă de spray nazal pentru tratamentul osteoporozei.

Indicaţii

Tratamentul osteoporozei, bolii Paget şi a creşterii cantităţii de calciu în sânge (hipercalcemie).

Reacţii adverse

Poate produce iritaţie nazală.

Notă

Suflaţi-vă nasul cu grijă înainte de a folosi acest spray şi nu inhalaţi în timp ce-l administraţi.

Suplimentele de calciu

Nume generice şi de marcă uzuale

- Carbonat de calciu (Caltrate, Os-Cal etc.)
- Calciu citrat (Citracal)
- Calciu glubionat (Calcionate)

Acţiune

Ajută la menţinerea densităţii şi prevenirea pierderii osoase.

Indicaţii

Tratamentul şi prevenirea osteoporozei şi a altor tulburări apărute prin reducerea nivelului calciului. Aceste produse sunt disponibile fără reţetă.

Reacţii adverse

Constipaţie şi cefalee.

Notă

Tabletele de calciu masticabile, pudrele şi soluţiile de calciu se pot absorbi mai uşor decât tabletele tari, compacte de calciu. Calciul se absoarbe mai bine atunci când se ia împreună cu alimentele.

Terapia de substituţie hormonală

Nume generice şi de marcă uzuale

- Estrogeni conjugaţi (Premarin)
- Estrogeni esterificaţi (Estratab)
- Estradiol (Estrace, Estraderm)
- Estropipate (Ogen)

Acţiune

Mimează acţiunea hormonilor estrogeni naturali de la femeie. Estrogenii previn distrugerea osoasă în exces ce apare după menopauză.

Indicaţii

Ajută la prevenirea osteoporozei la femeile în postmenopauză şi la reducerea simptomelor menopauzei.

Reacţii adverse

Creştere ponderală, durere în sâni, edeme la nivelul picioarelor şi gambelor, sângerări menstruale anormale.

Notă

Femeile la menopauză care primesc terapie de substituţie hormonală, dar nu au făcut histerectomie, trebuie să ia un progestativ împreună cu estrogenii pentru a preveni cancerul endometrial.

Analgezice

Nume de marcă

- Tylenol

Acţiune

Blochează efectele substanţelor pirogene, factorii naturali ce induc febra, împreună cu substanţele care intervin în producerea durerii.

Indicaţii

Reducerea febrei şi a durerii.

Reacţii adverse

Reacţiile adverse sunt foarte rare. Dozele excesive pot produce afectare hepatică.

Notă

Dacă luaţi în mod regulat aceste medicamente în combinaţie cu alcoolul, vă cresc şansele de a face o afectare hepatică.

Inhibitorii de COX-2

Nume generice şi de marcă uzuale

- Celecoxib (Celebrex)
- Rofecoxib (Vioxx)
- Valdecoxib (Bextra)

Acţiune

Îndepărtează durerea prin blocarea unei enzime numite ciclooxigenază 2 (COX-2), care stimulează producerea de substanţe (prostaglandine) implicate în durere şi inflamaţie.

Indicaţii

Tratamentul durerii din inflamaţie.

Reacţii adverse

Erupţie, ameţeală şi iritaţie gastrică.

Notă

Aceste medicamente se crede că sunt mai puţin iritante pentru stomac decât AINS standard.

Narcotice (opioide şi sedative)

Nume generice şi de marcă uzuale

- Butorfanol (Stadol)
- Codeina
- Fentanyl (Actiq, Duragesic)
- Hidrocodon şi acetaminofen (Lortab, Vicodin etc.)
- Hidromorfona (Dilaudid)
- Levorfanol (Levo-Dromoran)
- Mepiridina (Demerol)
- Metadona (Dolophine)
- Morfina (MS Contin, Roxanol etc.)
- Oxicodon (OxyContin, Roxicodone)
- Propoxifen (Darvon)

Acţiune

Scad percepţia durerii la nivel cerebral.

Indicații

Combaterea durerii severe produse de afecțiuni importante, leziuni grave sau intervenție chirurgicală.

Reacții adverse

Greață, constipație, sedare și gândire neclară.

Notă

Nu asociați aceste medicamente cu alcoolul deoarece ambele categorii acționează ca depresante. Unele persoane pot deveni dependente de aceste narcotice dacă sunt luate pe o perioadă mai lungă.

Antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS)

Nume generice și de marcă uzuale
- Aspirina (Bayer, Bufferin etc.)
- Diclofenac sodic (Voltaren XR)
- Etodolac (Lodine)
- Fenoprofen
- Flurbiprofen (Ansaid)
- Ibuprofen (Advil, Motrin etc.)
- Indometacin (Indocin)
- Ketoprofen (Orudis)
- Ketorolac trometamină (Toradol)
- Meloxicam (Mobic)
- Nabumetona (Relafen)
- Naproxen (Aleve, Naprosyn etc.)
- Oxaprozin (Daypro)
- Piroxicam (Feldene)
- Sulindac (Clinoril)

Acțiune

Îndepărtează durerea prin blocarea enzimei ciclooxigenază (COX) care stimulează producția de prostaglandine, implicate în inflamație și durere. Reduc febra prin acțiunea asupra zonei din creier ce controlează temperatura corpului.

Indicații

Îndepărtarea durerii produse de inflamație și edem, și reducerea febrei. Aspirina se administrează și pentru inhibarea formării cheagurilor de sânge.

Reacții adverse

Greață, dureri gastrice, sângerări gastrice și ulcere.

Notă

Multe analgezice eliberate fără rețetă conțin AINS. Consultați medicul sau farmacistul pentru a fi sigur că nu luați o doză dublă. Riscul reacțiilor adverse crește cu vârsta, în special pentru femei.

Tramadol

Nume de marcă
- Ultran

Acțiune

Interferă cu transmiterea semnalelor durerii și declanșează eliberarea substanțelor chimice cerebrale noradrenalină și serotonină, ambele acțiuni ajutând la diminuarea durerii.

Indicații

Reducerea durerii moderate din unele boli sau după intervenții chirurgicale.

Reacții adverse

Somnolență, sedare, cefalee, greață, constipație.

Notă

Cu toate că este un narcotic, tramadolul este unul slab și dă mai puțin dependență în comparație cu celelalte.

Medicația pentru boala Parkinson

Amantadina

Nume de marcă
- Symmetrel

Acțiune

Acțiuni complexe la nivelul creierului, incluzând creșterea eliberării de dopamină. Blochează unele efecte ale substanței chimice cerebrale numite glutamat. Aceste efecte se crede că sunt benefice în tratarea bolii Parkinson.

Indicații

Tratamentul gripei și al bolii Parkinson. Ajută la controlul mișcărilor involuntare (diskinezii) produse de un alt medicament utilizat în tratamentul bolii Parkinson, levodopa.

Reacții adverse

Modificări de culoare cutanate în roșu sau purpuriu la nivelul picioarelor, deseori însoțite de edem. Acesta nu este un motiv de îngrijorare din punct de vedere medical.

Notă

Reacțiile adverse dispar dacă medicamentul este întrerupt sau redus.

Anticolinergice

Nume generice și de marcă uzuale
- Benztropina (Copentin)
- Biperiden (Akineton)
- Prociclidina (Kemadrin)
- Trihexifenidil (Artane)

Acțiune

Blochează acțiunea neurotransmițătorului acetilcolină.

Indicații

Tratamentul bolii Parkinson. Aceste medicamente au însă beneficii mici, iar beneficiile sunt deseori depășite de reacțiile adverse.

Reacții adverse

Scăderea memoriei, încețoșarea vederii, uscăciunea gurii, constipație și scăderea diurezei.

Notă

Aceste medicamente vă pot face să transpirați mai puțin, ducând la creșterea temperaturii corpului. Aveți grijă să evitați încălzirea excesivă atunci când este vreme călduroasă și faceți exerciții fizice.

Inhibitorii COMT

Nume generice și de marcă uzuale
- Entacapon (Comtan)
- Tolcapon (Tasmar)

Acțiune

Prelungesc efectul medicamentului levodopa prin blocarea unei enzime care îl metabolizează.

Indicaţii

Tratamentul bolii Parkinson în asociere cu administrarea levodopa.

Reacţii adverse

Diaree. Aceste medicamente pot accentua reacţiile adverse produse de levodopa.

Notă

Tolcapon poate produce afectare hepatică importantă.

Agoniştii dopaminei

Nume generice şi de marcă uzuale

- Bromocripina (Parlodel)
- Pergolid (Permax)
- Pramipexol (Mirapex)
- Ropinirol (Requip)

Acţiune

Mimează acţiunea neurotransmiţătorului dopamină.

Indicaţii

Tratamentul bolii Parkinson

Reacţii adverse

Confuzie, ameţeală, leşin datorat scăderii tensiunii arteriale, somnolenţă, halucinaţii, mişcări involuntare ale corpului.

Notă

Dacă luaţi unul dintre aceste medicamente observaţi mai întâi cum vă reacţionează organismul înainte de a conduce sau de a manevra anumite echipamente.

Levodopa şi carbidopa

Nume generice şi de marcă uzuale

- Levodopa (Larodopa)
- Levodopa şi carbidopa (Sinemet)

Acţiune

Cresc nivelul neurotransmiţătorului dopamină. Levodopa este o substanţă naturală pe care creierul o transformă în dopamină. Carbidopa, administrată în combinaţie cu levodopa, ajută la diminuarea greţei şi creşte potenţa acesteia.

Indicaţii

Tratamentul bolii Parkinsin. Este cel mai potent şi mai eficient tratament al bolii.

Reacţii adverse

Mişcări involuntare (diskinezie), scăderea tensiunii arteriale când staţi în picioare, greaţă şi halucinaţii.

Notă

În cazul persoanelor care iau doar levodopa, vitamina B6 poate reduce efectele medicamentului. Nu luaţi produse ce conţin vitamina B6. Alimentele care conţin vitamina B6 sunt bananele, gălbenuşul de ou, fasolea, carnea şi cerealele.

Selegilin

Nume de marcă

- Eldepryl

Acţiune

Inhibă enzima care metabolizează dopamina la nivelul creierului.

Indicaţii

Tratamentul bolii Parkinson.

Reacţii adverse

Mişcări neobişnuite ale corpului, schimbări ale stării de dispoziţie şi uscăciunea gurii.

Notă

Bomboanele fără zahăr, guma sau substituenţii de salivă pot fi de ajutor în cazul uscăciunii gurii.

Medicaţia pentru prostată

Alfa-blocante

Nume generice şi de marcă uzuale

- Doxazosin (Cardura)
- Tamsulosin (Flomax)
- Terazosin (Hytrin)

Acţiune

Relaxează anumiţi muşchi netezi de la nivelul tractului urinar, uşurând micţiunea.

Indicaţii

Tratamentul hipertensiunii arteriale şi a măririi prostatei de cauză noncanceroasă (benignă).

Reacţii adverse

Congestie nazală, ameţeală, cefalee, tahicardie, greaţă, oboseală, slăbiciune şi edeme la nivelul gleznelor.

Notă

Pentru a minimaliza reacţiile adverse, luaţi medicamentul înainte de culcare.

Antiandrogenice

Nume generice şi de marcă uzuale

- Bicalutamida (Casodex)
- Flutamida (Eulexin)
- Nilutamida (Nilandron)

Acţiune

Opresc producţia majorităţii, dar nu a tuturor hormonilor sexuali care hrănesc glanda prostată şi tumorile maligne ale prostatei.

Indicaţii

Tratamentul cancerului de prostată.

Reacţii adverse

La bărbaţi, scăderea sau dispariţia apetitului sexual şi impotenţă. Bufeuri, tumefiere şi durere a sânilor, creştere ponderală, scăderea masei musculare şi osoase, greaţă, diaree şi oboseală.

Notă

Nilutamida poate modifica temporar modul în care ochii reacţionează la lumină. Se poate să nu vedeţi bine timp de câteva minute dacă treceţi de la lumină puternică la întuneric sau viceversa.

Blocantele conversiei

Nume generice şi de marcă uzuale

- Finasterida (Proscar)

Acţiune

Micşorează ţesutul prostatei prin inhibarea conversiei testosteronului la dihidrotestosteron.

Indicații

Tratamentul hipertrofiei de prostată. O formă mai slabă a acestui medicament (Propecia) este folosită pentru prevenirea alopeciei de tip masculin.

Reacții adverse

Impotență, scăderea apetitului sexual și scăderea cantității de lichid seminal eliberat în timpul ejaculării.

Notă

Este nevoie de aproximativ 6-12 luni pentru a apărea efectul complet.

Agoniștii hormonului de eliberare a gonadotropinei

Nume generice și de marcă uzuale

- Goserelin (Zoladex)
- Leuprolid (Lupron)

Acțiune

Scăderea estrogenilor și testosteronului din sânge.

Indicații

Tratamentul unui număr de probleme medicale incluzând cancerul de prostată la bărbați și, la femei, cancer de sân și endometrioză.

Reacții adverse

Bufeuri, constipație și, la bărbați, incapacitatea de a atinge sau de a menține erecția.

Notă

Rareori, aceste medicamente pot produce durere toracică. Adresați-vă imediat unui doctor dacă apare acest lucru.

Medicația anticonvulsivantă

Nume generice și de marcă uzuale

- Acetazolamida (Diamox)
- Carbamazepina (Carbatrol, Tegretol)
- Clonazepam (Klonopin)
- Divalproex (Depakote)
- Etosuaximida (Zarontin)
- Etotoin (Peganone)
- Felbamat (Felbatol)
- Fosfenitoina (Cerebyx)
- Gabapentin (Neurontin)
- Lamotrigin (Lamictal)
- Levetiracetam (Keppra)
- Metosuximida (Celontin)
- Oxcarbazepina (Trileptal)
- Fenitoina (Dilantin, Phenytek)
- Primidona (Mysoline)
- Topiramat (Topamax)
- Valproat (Depacon)
- Acid valproic (Depakene)
- Zonisamida (Zonegran)

Acțiune

Reduce activitatea electrică excesivă de la nivelul creierului, rărind sau prevenind convulsiile. Mecanismul prin care aceste medicamente reduc activitatea electrică variază.

Indicații

Tratamentul convulsiilor și al bolilor legate de acestea. Divalproex și gabapentin pot fi utilizate pentru tratamentul migrenelor. Carbamazepina, gabapentin și oxcarbazepina se pot prescrie pentru nevralgia de trigemen și a durerilor din neuropatia periferică.

Reacții adverse

Somnolență, amețeală, greață, alterarea coordonării și a memoriei.

Notă

Pot fi necesare 2-3 săptămâni, înainte de a observa beneficiile acestor medicamente.

Hormonii sexuali

Androgenii

Nume generice și de marcă uzuale

- Danazol (Danocrine)
- Fluoximesterone (Halotestin)
- Metiltestosteron (Android, Testred etc.)
- Testosteron (AndroGel, Delatestryl etc.)

Acțiune

Mimează acțiunea hormonilor sexuali masculini (androgeni).

Indicații

Asigură aportul suplimentar de hormoni sexuali masculini atunci când un bărbat nu produce o cantitate suficientă (hipogonadism). Utilizați și pentru tratamentul angioedemului ereditar și a anumitor tipuri de cancer de sân la femei.

Reacții adverse

Piele grasă și acnee. La bărbați, poate apărea hipertrofia de prostată. La femei, pot apărea micșorarea sânilor, creșterea cantității de păr la nivelul feței și pe corp, și scăderea tonalității vocii.

Notă

Spuneți medicului despre orice alt medicament pe care îl luați, inclusiv cele eliberate fără rețetă.

Estrogenii

Nume generice și de marcă uzuale

- Clorotrianisen
- Estrogeni conjugați (Premarin)
- Estrogeni esterificați (Estratab)
- Estradiol (Estarce, Estraderm etc.)
- Etinil estradiol (Estinyl)

Acțiune

Mimează acțiunea hormonilor sexuali feminini, estrogenii.

Indicații

Asigurarea unui supliment de estrogeni atunci când organismul nu produce suficient. Utilizați la femei pentru tratamentul bufeurilor și a uscăciunii vaginale, și pentru prevenirea osteoporozei.

Reacții adverse

Retenție lichidiană, creștere ponderală, dureri la nivelul sânilor, edem al picioarelor și gambelor. La femei, modificarea ciclurilor menstruale și sângerare la jumătatea perioadei ciclului.

Notă

Discutați cu medicul dumneavoastră despre beneficiile și riscurile hormonilor estrogeni. Femeile la menopauză care primesc terapie de substituție hormonală, dar nu sunt histerectomizate, trebuie să ia un progestativ asociat cu estrogeni pentru a preveni cancerul de endometru.

Progestativele

Nume generice şi de marcă uzuale

- Medroxiprogesteron (Amen, Provera etc.)
- Megestrol (Mepace)
- Noretindron (Aygestin, Micronor)
- Progesteron (Prometrium)

Acţiune

Mimează acţiunea hormonului sexual feminin natural, progesteron.

Indicaţii

Reglarea ciclului menstrual, ajută la menţinerea unei sarcini, tratarea endometriozei sau sângerărilor uterine anormale. Unele progestative sunt folosite pentru tratarea cancerelor de sân, rinichi şi uter.

Reacţii adverse

Retenţie lichidiană, creştere ponderală şi modificări ale sângerărilor vaginale.

Notă

Aceste medicamente pot agrava simptomatologia persoanelor ce prezintă migrene.

Medicaţia pentru renunţarea la fumat

Nume generice şi de marcă uzuale

- Bupropion (Zyban)
- Guma cu nicotină (Nicorette)
- Nicotină inhalator (Nicotrol)
- Nicotină spray nazal (Nicotrol)
- Nicotină plasture transdermic (Habitrol, Nicoderm CQ etc.)

Acţiune

Asigură niveluri controlate de nicotină la nivelul creierului prin intermediul circulaţiei. Se pare că bupropiona creşte nivelul neurotransmiţătorului dopamină, substanţă chimică afectată de nicotină.

Indicaţii

Reducerea simptomatologiei sevrajului de nicotină.

Reacţii adverse

Bupropiona poate produce agitaţie şi anxietate. Guma cu nicotină poate irita mucoasa bucală. Medicamentele inhalatorii pot irita gâtul. Spray-ul nazal poate produce iritaţie nazală, rinoree şi înlăcrimarea ochilor. Un plasture transdermic poate produce iritaţie cutanată locală.

Notă

Dacă nu sunt administrate conform prescrierii, produsele ce substituie nicotina pot aduce o supradoză de nicotină. Urmaţi cu atenţie instrucţiunile. Persoanele cu tulburări convulsivante nu trebuie să ia bupropionă.

SFATURI PENTRU PREVENIRE

Luaţi-vă următoarele măsuri de precauţie pentru a evita interacţiunile cu alimentele şi medicamentele.

- Urmaţi instrucţiunile medicului sau farmacistului despre când şi cum trebuie să vă luaţi medicaţia.
- Nu luaţi medicamentele în acelaşi timp cu suplimentele de vitamine sau minerale. Unele suplimente, mai ales calciul, se pot lega de multe medicamente şi le alterează absorbţia.
- Dacă sunteţi sfătuit să luaţi un medicament pe stomacul gol, luaţi-l cu cel puţin o oră înainte sau 2 ore după masă.
- Nu puneţi medicamentul în alimente. Acizii sau mineralele din anumite alimente pot altera componentele medicamentului.
- Nu amestecaţi medicamentul cu băuturi calde. Căldura poate schimba sau distruge unele componente ale medicamentului.



Stimulente

Nume generice şi de marcă uzuale

- Dextroamfetamina şi amfetamina (Adderall)
- Metamfetamina
- Metilfenidat (Concerta, Ritalin)
- Pemolina (Cylert)

Acţiune

Stimulează celulele de la nivelul creierului şi măduvei spinării (sistemul nervos central), crescând starea de alertă şi concentrarea.

Indicaţii

Tratamentul narcolepsiei şi tulburării cu deficit de atenţie/hiperactivitate (ADHD).

Reacţii adverse

Nervozitate, tulburări de somn, creşterea ritmului cardiac şi scăderea apetitului.

Notă

Atunci când luați unul dintre aceste medicamente evitați consumul de cofeină, care este, de asemenea, un stimulent.

Medicația tiroidiană

Medicația pentru hipertiroidism

Nume generice și de marcă uzuale
- Metimazol (Tapazole)
- Propiltiouracil sau PTU

Acțiune

Interferă cu iodul, care este necesar producerii hormonilor tiroidieni.

Indicații

Tratamentul hipertiroidismului prin împiedicarea producerii în exces a hormonilor tiroidieni.

Reacții adverse

Erupții, prurit, greață, vomă și dureri abdominale.

Notă

Pot fi necesare câteva zile sau săptămâni pentru ca aceste medicamente să intre în acțiune. Rareori, acestea pot altera producția de celule sangvine sau pot produce inflamația ficatului.

Medicația pentru hipotiroidism

Nume generice și de marcă uzuale
- Levotiroxina (Levothroid, Synthroid etc.)
- Liotironina (Cytomel)
- Liotrix (Thyrolar etc.)
- Tiroida (Armour Thyroid)

Acțiune

Cresc nivelul hormonului tiroidian în sânge.

Indicații

Restabilirea nivelurilor de hormoni tirodieni la valorile normale în cazul în care glanda tiroidă nu produce suficient. Utilizați și pentru substituția cu hormoni tiroidieni după îndepărtarea sau distrugerea glandei tiroide.

Reacții adverse

În general, nici una.

Notă

Tratamentul este, în general, necesar toată viața. Testele sangvine pot confirma care este doza corectă. ■

CAPITOLUL 41 PARTEA a VI-a

Intervenţia chirurgicală

Pentru multe persoane, intervenția chirurgicală este o perspectivă înfricoșătoare. Faptul de a lua parte activă în procesul dumneavoastră de îngrijire și de a vă asigura că ați înțeles bine acest proces, vă poate ajuta să vă atenuați anxietatea. A cunoaște ceea ce se petrece vă poate ajuta să diminuați componenta înfricoșătoare în majoritatea situațiilor.

Evaluarea preoperatorie

Înainte de a face o operație, medicul dumneavoastră sau chirurgul vă vor revedea antecedentele medicale și vor căuta orice afecțiune, reacție sau alergie care poate influența rezultatul final. Pe cât este posibil, orice afecțiune medicală trebuie corectată înaintea unei operații.

În majoritatea cazurilor, și anestezistul vă va face o vizită înainte de operație. Scopul acesteia este de a detecta orice afecțiune care v-ar putea afecta reacția la anestezie. Anestezistul va reevalua orice problemă medicală pertinentă și vă va întreba dacă ați avut în trecut reacții adverse determinate de anestezie.

Informați-vă cu atenție medicul despre toate medicamentele pe care le luați, chiar și despre cele luate direct din farmacie, fără prescripție, care par nesemnificative, precum și despre suplimente. Acestea sunt subiecte care sunt ușor trecute cu vederea, deoarece sunt folosite foarte frecvent, dar pot avea un efect semnificativ asupra refacerii postoperatorii.

Ca parte a evaluării preoperatorii, este probabil să fiți supus unor teste de laborator, în special dacă aveți peste 40 de ani sau alte probleme medicale. Aceste teste pot cuprinde o electrocardiogramă (ECG), pentru a vă evalua inima, și o radiografie toracică. De asemenea, vi se pot face teste de sânge.

Anestezia

Anestezia este reprezentată de pierderea sensibilității la durere, care se realizează prin medicamente variate (anestezice). Este utilizată în cadrul multor proceduri medicale, inclusiv al intervenției chirurgicale. Anestezicele sunt administrate de specialiști, cum sunt medicul anestezist și asistenta de anestezie.

Tipul de anestezie pe care îl veți primi în timpul operației depinde de tipul procedurii și de starea dumneavoastră fizică și emoțională.

În cazul majorității intervențiilor chirurgicale, este important să evitați să mâncați alimente solide cu cel puțin 8-10 ore înainte de a primi un anestezic. Aceste precauții vor ajuta la prevenirea inspirării (aspirării) în plămâni a conținutului stomacului în timpul sau după intervenția chirurgicală.

Este posibil să primiți indicații și cu cât timp înainte de operație să nu mai beți lichide. În majoritatea situațiilor, veți continua să vă luați medicamentele obișnuite, cu înghițituri mici de apă, în dimineața dinaintea operației.

Tipurile de anestezie includ:

Sedarea conștientă

Sedarea conștientă sau intravenoasă (iv) este utlizată pentru a vă relaxa și a vă face să vă simțiți adormit, deși rămâneți conștient. Acest tip de anestezie este utilizat pentru proceduri cum este colonoscopia, un examen al colonului și rectului. Ea constă, în general, în administrarea intravenoasă a analgezicelor și a unor sedative ușoare care să diminueze orice disconfort.

Anestezia locală

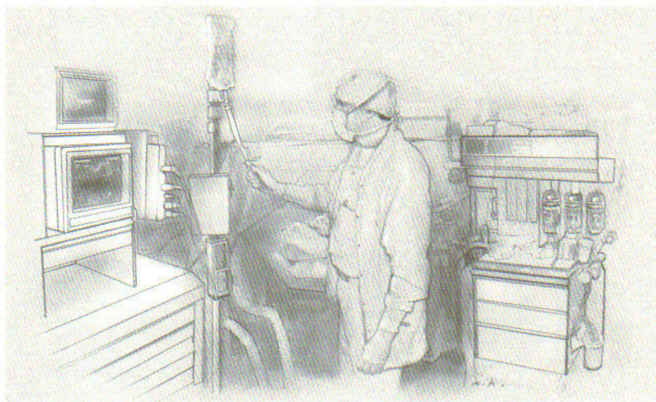
Anestezia locală este folosită pentru a bloca durerea într-o anumită regiune a corpului, permițându-vă să vă păstrați starea de conștiență. Caracteristic, anestezia locală este folosită pentru proceduri cum sunt lucrările dentare, biopsiile cutanate sau coaserea unei tăieturi. Uneori, anestezia locală este folosită în cadrul unor proceduri de mai mare întindere în cazul persoanelor la care anestezia generală sau regională nu sunt posibile.

Pentru anestezia locală, anestezicul este injectat în sau în apropierea locului procedurii. Injecția amorțește zona, făcând să nu mai simțiți durerea sau alte senzații. În cazul unei proceduri mai întinse, este posibil să vi se monteze un cateter la nivelul unei vene – de obicei a brațului – așa că veți primi lichide pe această cale. Cateterul oferă o cale de acces pentru administrarea sedativelor sau a altor medicamente, în cazul în care acest lucru este necesar.

În general, anestezia locală are o durată scurtă. Ea poate îmbrăca diferite forme, care cuprind injecții, spray-uri sau unguente. Numai rareori ea poate fi cauza unor reacții alergice.

Anestezia regională

Anestezia regională este folosită pentru a bloca transmiterea senzațiilor într-o anumită regiune a corpului. Ca și în cazul anesteziei locale, și în cazul anesteziei



Specialiștii în anestezie au la dispoziție monitoare sofisticate care să-i ajute să depisteze prezența unei probleme în cursul intervenției chirurgicale. Acesta este unul dintre motivele pentru care decesele datorate anesteziei s-au diminuat de 25 de ori în ultima decadă.

regionale rămâneţi conştient. Uneori, se poate administra un sedativ înainte de procedură, pentru a vă ajuta să vă relaxaţi. Sedativul vă va face să vă simţiţi somnoros, deşi veţi rămâne conştient.

Anestezicul este injectat în jurul unui singur nerv sau reţea de nervi care deserveşte zona implicată în procedura chirurgicală. Vi se va face o injecţie, care în general este nedureroasă, în timp ce staţi lungit pe o parte sau aşezat. Anestezia spinală, epidurală sau caudală constau în injectarea unui anestezic în apropierea măduvei spinării. Acest lucru anihilează durerea în jumătatea inferioară a corpului. Aceste forme de anestezie sunt adeseori utilizate pentru operaţiile în zona pelvină şi pentru intervenţiile chirurgicale la şold sau picioare. Anestezia epidurală este adeseori folosită în cursul naşterii.

Efectele adverse, cum sunt greaţa şi voma, dificultăţile respiratorii, confuzia şi cefaleea sunt rare şi uşor de rezolvat. După aceea, puteţi resimţi o oarecare senzaţie de disconfort la locul injecţiei.

Anestezia regională se poate face şi la nivelul braţului sau unei alte regiuni a corpului. Acest tip este frecvent denumit blocare nervoasă regională. Medicul anestezist introduce un ac mic în zona prin care trece un nerv important. Adeseori, veţi simţi o senzaţie asemănătoare unui şoc electric de intensitate mică. Acest lucru îi indică specialistului că acul a fost introdus în locul potrivit. Apoi, acesta va injecta un medicament anestezic local, astfel încât zona deservită din corpul dumneavoastră va deveni amorţită sau imobilă.

Principalul avantaj al anesteziei regionale este utilitatea în cadrul unor proceduri mai extinse decât cele care necesită doar anestezie locală, dar afectează doar regiunea din corp care are nevoie de intervenţie. Ea are un efect minor asupra altor zone, cum ar fi inima, plămânii sau creierul. Anestezia regională mai poate fi folosită pentru atenuarea durerii postoperatorii.

Anestezia generală

Anestezia generală este folosită pentru proceduri mai extinse, care necesită ca dumneavoastră să fiţi inconştient. Medicamentele folosite în anestezia generală sunt administrate intravenos sau prin inhalaţie pe o mască. Ele vor circula în sânge către toate zonele corpului, inclusiv la creier. Acţionează ca hipnotice, analgezice şi relaxante musculare, şi anulează memoria operaţiei. Vârsta, starea dumneavoastră şi tipul de intervenţie chirurgicală pe care îl veţi suferi sunt determinante pentru tipul de medicamente pe care îl veţi primi.

Deoarece anestezicele generale vă afectează toate regiunile corpului, cum ar fi inima şi plămânii, efectele lor adverse sunt mai frecvente. Totuşi, majoritatea sunt temporare şi pot fi uşor rezolvate de către personalul medical. Pentru a preveni apariţia unor probleme, pe parcursul intervenţiei sunt monitorizate în mod continuu tensiunea arterială, frecvenţa şi ritmul cardiac, respiraţia şi temperatura.

La sfârşitul intervenţiei chirurgicale care a necesitat anestezie generală, anestezistul va anihila efectele medicamentelor anestezice. Vă veţi recăpăta conştienţa, veţi fi cu atenţie monitorizat de către personalul medical specializat în recuperarea postoperatorie. Dacă aveţi dureri, anunţaţi medicul sau asistenta care se ocupă de dumneavoastră, astfel încât aceştia să vă poată administra ceva care să le atenueze. Faptul de a tolera durerea după o intervenţie chirurgicală nu aduce nici un câştig şi, dimpotrivă, poate fi dăunător.

Efectele adeverse ale anesteziei generale după o operaţie cuprind greaţa, voma şi durerile musculare. De obicei, acestea sunt de scurtă durată şi pot fi tratate. Complicaţii mult mai grave, cum sunt atacurile de cord, afectarea renală şi accidentele vasculare cerebrale, sunt extrem de rare. Depistarea atentă şi tratarea adecvată a oricărei afecţiuni medicale grave, înainte de operaţie, precum şi monitorizarea atentă a semnelor dumneavoastră vitale în cursul intervenţiei, reduc astfel de riscuri.

Intervenţia chirurgicală

Adeseori, sunteţi adus în sala de operaţie pe un brancard şi apoi transferat şi poziţionat adecvat pe masa de operaţie. Vi se ataşează diferitele dispozitive de monitorizare şi vi se administrează anestezicul. Personalul medical poate bărbieri şi dezinfecta zona implicată în intervenţia chirurgicală sau aceste pregătiri pot fi făcute înainte de a fi adus în sala de operaţii. În timpul operaţiei, echipa chirurgicală poate rota sau înclina masa de operaţie pentru a oferi un mai bun acces către locul intervenţiei.

Se acordă o atenţie specială evitării apariţiei unei infecţii pe parcursul operaţiei. Toate elementele şi materialele sunt sterilizate, iar echipa chirurgicală poartă îmbrăcăminte sterilă, mănuşi şi măşti chirurgicale.

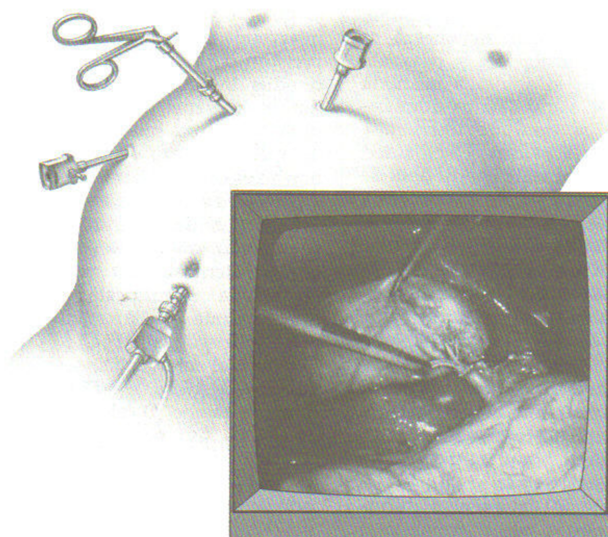
În timpul intervenţiei, semnele dumneavoastră vitale sunt monitorizate cu atenţie. O cale de abord intravenos (iv) poate fi folosită pentru a menţine un nivel adecvat de lichide în organism şi poate servi pentru administrarea medicamentelor, dacă acest lucru este necesar, pe parcursul operaţiei.

Tipuri de intervenţii chirurgicale

În trecut, singura modalitate de a efectua o intervenţie chirurgicală era prin intermediul unei incizii mari în pielea de la locul procedurii. Acest lucru este cunoscut în general sub denumirea de intervenţie chirurgicală tradiţională sau operaţie deschisă. Intervenţia tradiţională este în continuare executată pentru multe tipuri de proceduri în care medicul are nevoie de spaţiu suficient pentru a ajunge la organul care trebuie reparat sau îndepărtat.

Din ce în ce mai frecvent, multe intervenţii chirurgicale sunt executate prin intermediul unei tehnici mai puţin invazive, denumită chirurgie endoscopică. Chirurgia endoscopică se bazează pe folosirea unei ustensile sofisticate, denumită endoscop – un tub subţire ca un creion care este dotat cu propriul sistem de iluminare şi propria cameră video. El permite chirurgului să vadă în interiorul corpului fără să facă o incizie mare.

Pentru efectuarea intervenţiei endoscopice, chirurgul introduce endoscopul prin intermediul unei incizii mai mici de 2 cm. În timp ce vizualizează procedura pe un ecran video, chirurgul operează cu ajutorul unor instrumente miniaturale inserate prin una sau mai multe alte mici incizii.



Această ilustrație arată procedura de îndepărtare a vezicii biliare prin intermediul chirurgiei laparoscopice. Se fac mai multe incizii de dimensiuni mici în abdomen, prin care se introduc instrumente mici, asemănătoare unor tuburi, denumite endoscoape. O cameră de luat vederi și un monitor de televizor îl ajută pe chirurg să vadă cu claritate organele interne.

Specificul zonei din corpul dumneavoastră care trebuie tratată determină tipul de intervenție endoscopică ce trebuie executat. De exemplu, artroscopia se referă la chirurgia articulară realizată cu ajutorul unui endoscop, iar operația laparoscopică la procedurile la nivelul abdomenului care se realizează cu ajutorul acestui instrument.

Avantajele chirurgiei endoscopice asupra intervenției tradiționale cuprind o viteză mai mare de recuperare, o spitalizare mai scurtă, mai puține complicații și un cost mai mic.

Pacientul ambulator

Chirurgia în ambulator, chirurgia ambulatorie, chirurgia în aceeași zi – acestea sunt denumirile aceluiași concept. Veniți în secția de chirurgie, vi se face operația și plecați în aceeași zi. Datorită costurilor ridicate ale unei spitalizări peste noapte și a presiunilor crescânde pentru menținerea cheltuielilor la un nivel cât mai redus, chirurgia în ambulator a devenit din ce în ce mai frecventă.

Intervenția în ambulator poate fi realizată cu pacientul spitalizat sau într-un cadru specializat, separat. Avantajul de a se realiza în cadrul unui spital este ușurința de abordare a unor complicații grave, în cazul în care acestea apar.

Înainte de intervenție, vi se va face o evaluare preoperatorie. Atunci când veniți pentru operație, medicul sau asistenta medicală vă vor explica la ce să vă așteptați. În cazul în care nu ați făcut-o deja, avertizați-vă medicul sau asistenta despre orice afecțiune aveți și despre orice medicament pe care îl luați.

În cazul în care vi se va face o anestezie regională sau generală, este posibil să nu fiți capabil să conduceți singur mașina la întoarcerea acasă. Rugați un membru al familiei sau un prieten să vă însoțească.

Timpul pe care îl veți petrece în spital după operație depinde de mai mulți factori, inclusiv dacă durerea dumneavoastră este sub control sau dacă puteți bea lichide, puteți merge sau urina.

Recuperarea postoperatorie

După intervenția chirurgicală, probabil că veți fi condus într-o cameră de recuperare unde veți rămâne până când anestezicul va fi eliminat și semnele dumneavoastră vitale sunt stabile. Un personal medical specializat vă va monitoriza respirația și vă va ajuta să controlați durerea.

După unele tipuri de intervenții chirurgicale majore, cum sunt procedurile neurologice sau cardiace, probabil că veți fi mutat într-o secție de terapie intensivă. Aceasta este echipată cu un sistem sofisticat de monitorizare, dispozitive speciale de asistare a respirației și echipament de resuscitare.

În zilele imediat următoare intervenției chirurgicale este posibil să treceți prin:

- *Delir.* Este comun faptul de a vă simți confuz și de a avea probleme de memorie în ce privește evenimentele din jurul operației. Acest efect poate fi dat atât de anestezia generală cât și de stresul operator.
- *Greață și vomă.* Acestea pot fi determinate de durere sau pot fi un efect advers al medicamentelor.
- *Dificultățile digestive.* Unele intervenții chirurgicale pot face ca sistemul dumneavoastră gastrointestinal să se oprească din funcționare pentru un timp scurt. Vă poate fi greu să mâncați și să beți primele câteva zile după operație.

În timp ce stați în spital, probabil că personalul vă va încuraja să faceți exerciții de respirație profundă, să stați în șezut sau să vă plimbați. Aceștia sunt pași importanți pentru recuperare și pentru a reduce riscul de complicații, cum ar fi pneumonia sau formarea cheagurilor de sânge.

În afară de procesul de îngrijire propriu-zisă, o asistentă medicală sau altcineva din personalul medical vă vor da informații despre orice procedură care trebuie urmată în timpul spitalizării sau după ce vă întoarceți acasă. După externare, probabil că va trebui să vă întoarceți la spital sau la cabinetul medicului pentru control.

Recuperarea după o intervenție chirurgicală poate necesita dedicație, disciplină și efort fizic. Deși veți primi ajutor în stadiile precoce ale recuperării, este de datoria dumneavoastră să vă automotivați după ce ieșiți din spital. ■

CAPITOLUL 42 PARTEA a VI-a

Metode de control al durerii

Durerea fizică face parte din viaţă. Dovada acestui lucru o vedeţi în farmacii, unde rafturle sunt pline de medicamente antidurere. şi există riscul să simţiţi pe propria piele dovada acestui lucru, cel puţin din când în când.

Există momente în care durerea are trăsături benefice. Probabil că vi s-a întâmplat să puneţi mâna pe un fier încins sau v-aţi lovit cu degetul de un dulap. Asemeni unei sirene de alarmă, durerea este un strigăt de avertizare că ceva nu este în ordine şi că trebuie să luaţi măsuri să rezolvaţi problema.

Dar alte tipuri de durere – cum este cea de zi cu zi care însoţeşte artrita sau apăsarea continuă a unei dureri de cap – nu au un scop util. Deja ştiţi că ceva nu este în regulă şi faceţi tot ce puteţi pentru a trata problema. Dureri continue de tipul acesta pot fi o adevărată povară.

De asemenea, durerea este unică. Două persoane care se rănesc în acelaşi mod pot resimţi grade radical diferite de disconfort şi pot reacţiona total diferit. Toleranţa la durere a fiecărui individ în parte este rezultatul unor factori variaţi, care sunt legaţi de caracteristicile biologice proprii, de construcţia psihică şi culturală.

Strategiile pentru modul optim de control al durerii continuă să evolueze. În cazul durerilor acute, cum sunt cele care urmează unui accident sau unei operaţii, adeseori medicamentele pot atenua durerea pe timpul în care rana se vindecă. În cazul durerii persistente – denumită în mod obişnuit durere cronică – medicamentele singure nu sunt întotdeauna potrivite sau optime pentru tratament. Controlul durerii poate fi îmbunătăţit printr-o abordare mai largă, care cuprinde exerciţii fizice, tehnici de relaxare şi modificări comportamentale.

Oamenii din ziua de azi trăiesc mai mult, dar adeseori având boli care determină dureri. Devin astfel importante metodele de control al durerii.

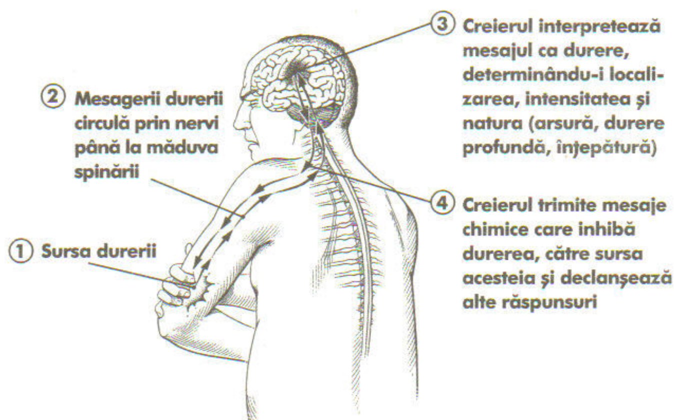
Modul în care percepeţi durerea

Înţelegerea modului în care corpul dumneavoastră percepe durerea vă poate ajuta să-i evaluaţi caracteristicile particulare. De asemenea, vă poate ajuta să înţelegeţi de ce durerea cronică este adeseori dificil de tratat.

Fundamental, durerea este rezultatul unei serii de schimburi electrice şi chimice care implică 3 sisteme componente majore: nervii periferici, măduva spinării şi creierul.

Nervii periferici

Nervii periferici constau într-o reţea de fibre nervoase care se ramifică prin corp, până în vârful degetelor de la mâini şi picioare. La capătul unora dintre aceste fibre se găsesc terminaţii nervoase senzitive care detectează un stimul neplăcut, cum este o tăietură, arsură sau o senzaţie de presiune dureroasă. Aceste terminaţii nervoase sunt denumite nociceptori, termen derivat din cuvânt latin care înseamnă "a răni".



Aveţi milioane de nociceptori în piele, oase, articulaţii, muşchi şi membranele protectoare care înconjoară organele interne. Puteţi simţi durerea şi chiar la nivelul organelor interne. Nociceptorii sunt mai frecvenţi în zone mai predispuse la rănire, cum ar fi degetele de la mâini şi picioare. De aceea, o aşchie intrată în deget doare mai tare decât una intrată în coapsă sau umăr.

Într-un centimetru pătrat de piele se pot găsi până la 250 de nociceptori. Muşchii, care sunt protejaţi de piele, au mai puţine terminaţii nervoase. Iar membranele care învelesc organele, protejate de piele, muşchi şi oase, au şi mai puţine.

Unii nociceptori percep înţepăturile, alţii căldura. Un alt tip percepe presiunea, temperatura şi modificările chimice. Nociceptorii pot detecta şi inflamaţia determinată de răni, boli şi infecţii.

Atunci când nociceptorii detectează un stimul dăunător, ei eliberează mesagerii durerii – sub forma impusurilor electrice de-a lungul terminaţiilor nervoase senzitive – spre măduva spinării şi creier. Viteza cu care circulă aceşti mesageri poate varia, chiar dacă sunt legaţi de acelaşi stimul. De exemplu, dacă vă loviţi degetul cu un ciocan, veţi simţi întâi o durere rapidă, ascuţită şi apoi, lent, una mai profundă.

Măduva spinării

Atunci când durerea ajunge la măduva spinării, este modificată (modulată) în cadrul unor reţele de terminaţii nervoase. În funcţie de circumstanţe, această modulare poate fie scădea, fie creşte rata cu care aceste semnale sunt transmise la creier.

În cazul unei dureri severe care este legată de o primejdie imediată, cum ar fi atingerea unei sobe încinse, mesajul ia o cale rapidă către creier. Celulele nervoase de la nivelul măduvei spinării răspund şi ele la această avertizare urgentă, prin punerea în acţiune a altor părţi ale sistemului nervos central, cum ar fi nervii motori. Nervii motori pot semnaliza muşchilor să

se contracte şi mâinii să se retragă departe de arsură. Semnale dureroase de mică intensitate, cum sunt cele de la o mică zgârietură, pot nici să nu ajungă la creier.

La nivelul măduvei spinării, mesajele pot fi modificate în alte moduri. Unele senzaţii pot diminua mesajele dureroase. Acest lucru se întâmplă atunci când masaţi sau presaţi zona lezată. Rezultatul este că mesajul de avertizare perceput de nervii periferici este modulat la o intensitate mai mică.

Apar modificări şi atunci când celulele nervoase de la nivelul măduvei spinării eliberează substanţe chimice care amplifică sau subordonează mesajele. Acest lucru afectează viteza cu care mesajele călătoresc spre creier.

Creierul

Atunci când mesajele merg la creier, ajung la talamus, o staţie de sortare şi modificare, localizată profund în interiorul creierului. Talamusul le ghidează simultan atât spre partea care se ocupă de gândire a creierului, denumită cortexul cerebral, şi spre partea creierului denumită sistemul limbic.

Sistemul limbic este responsabil de producerea emoţiilor care adeseori acompaniază durerea, cum sunt de exemplu anxietatea, teama şi frustrarea. Acesta este momentul în care începeţi de fapt să resimţiţi durerea.

Cortexul cerebral reacţionează la mesajele legate de durere prin localizarea sursei leziunii, evaluarea distrugerilor şi determinarea conduitei care trebuie adoptate, cum ar fi ordinul de a diminua presiunea pe care o exercitaţi prin intermediul greutăţii asupra piciorului în cazul în care v-aţi scrântit glezna.

Cortexul cerebral direcţionează şi alte mesaje cheie. De exemplu, dacă vă tăiaţi la deget, cortexul cerebral semnalizează sistemului nervos autonom – sistemul care controlează curgerea sângelui – să trimită o cantitate suplimentară de sânge şi substanţe nutritive către locul lezat, pentru a ajuta la repararea distrugerilor. Şi dispune eliberarea unor substanţe chimice care inhibă durerea şi trimite mesaje spre măduva spinării, care opresc transmiterea durerii.

Răspunsul la durere

Atunci când mesajele dureroase ajung la creier, 2 componente determină cum va răspunde organismul la durere: senzaţia fizică şi structura personalităţii dumneavoastră.

Senzaţia fizică

Durerea poate îmbrăca mai multe forme: junghi, împunsătură, arsură, înţepătură, senzaţie de gâdilare, durere supărătoare, profundă şi cu apariţie bruscă. De asemenea, este foarte probabil să vă facă anxios sau să vă dea senzaţia de teamă.

Durerea variază şi ca intensitate, de la uşoară la severă. Durerea de intensitate mare vă captează imediat atenţia şi produce, în general, un răspuns fizic şi emoţional mai puternic decât o face o durere de intensitate moderată. Durerea severă vă poate afecta activitatea, nepermiţându-vă nici să staţi aşezat, nici în picioare.

Şi localizarea durerii vă poate influenţa modalitatea în care răspundeţi la ea. O durere de cap vă poate afecta capacitatea de a lucra, iar concentrarea poate fi mai dificilă şi, de aceea, ea determină un răspuns mai puternic decât o durere artritică la genunchi sau o tăietură la deget.

Structura personalităţii

Starea dumneavoastră psihică şi emoţională, memoria şi experienţele anterioare legate de durere, rememorarea şi atitudinea afectează modul în care interpretaţi mesajele legate de durere şi modul în care o toleraţi. De exemplu, o senzaţie minoră care în mod normal abia poate fi numită durere, cum este atingerea cu sonda stomatologică, poate produce o durere exagerată în cazul cuiva care nu a fost niciodată la dentist, dar care a auzit poveşti de groază despre aceasta.

Dar emoţiile pot acţiona şi în interesul dumneavoastră prin reducerea chiar şi a unor dureri de intensitate mare. Acest lucru a fost ilustrat printr-un studiu asupra durerii, care compara veterani răniţi în război cu bărbaţi din populaţia generală. Bărbaţii din ambele grupuri au suferit acelaşi tip de intervenţie chirurgicală. Veteranii de război au avut nevoie de mai puţine analgezice, probabil pentru că durerea determinată de intervenţia chirurgicală era minoră în comparaţie cu ce au suferit ei pe parcursul războiului.

Şi atleţii se pot autosugestiona să îndure dureri care pe alţii i-ar scoate din uz. Suplimentar, dacă aţi fost crescut într-o casă sau faceţi parte dintr-o cultură care vă învaţă "Taci şi îndură", "Fără durere nici un câştig" sau "Strânge din dinţi", puteţi resimţi mai puţin disconfort decât cei care se focalizează asupra durerii sau sunt obişnuiţi să se plângă.

Durerea acută versus durerea cronică

Cele 2 tipuri principale de durere sunt durerea acută şi cea cronică. Durerea acută este de obicei de scurtă durată şi adeseori utilă deoarece vă avertizează asupra prezenţei unei probleme fizice de care trebuie să vă ocupaţi. Durerea cronică este de lungă durată şi, în loc să fie utilă, este adeseori debilitantă.

Durerea acută

Probabil că ştiţi deja ce este durerea acută din experienţa proprie. Durerea acută este declanşată de distrugerea ţesuturilor. Este tipul de durere care acompaniază în mod obişnuit un accident sau o intervenţie chirurgicală. Atunci când o resimţiţi, de obicei ştiţi foarte exact ce vă doare. De fapt, cuvântul *acută* vine de la denumirea latină pentru "ac", referindu-se la o durere ascuţită.

Durerea poate fi uşoară şi poate dura doar un moment, cum este cazul unei ciupituri. Sau poate fi severă şi poate dura timp de săptămâni sau luni, cum este cazul unei arsuri, întinderi musculare sau a unui os rupt. Alte exemple de durere acută includ durerea dată de o carie dentară, cotul care vă arde datorită unei julituri sau durerea de gât de după scoaterea amigdalelor.

Totuşi, unele tipuri de durere acută sunt mult mai dificil de legat de cauza care le-a determinat. De exemplu, braţul stâng vă poate durea atunci când aveţi un atac de

cord sau puteţi avea o durere abdominală generalizată în cazul unei apendicite acute.

Atunci când aveţi o durere acută, în general medicii pot să-şi dea seama despre ce este vorba şi pot rezolva cauza. Scopul tratamentului este calmarea durerii până la apariţia vindecării – când caria este reparată, pielea se reface sau incizia se vindecă.

Durerea cronică

Durerea cronică este cea care se prelungeşte după ce leziunea se vindecă, părând neafectată de trecerea timpului. Durerea cronică mai poate fi rezultatul unei leziuni progresive care nu se vindecă, cum ar fi cazul artritei sau unor forme de cancer. Acest lucru este reflectat de cuvântul în sine: *cronic*, ca şi *cronologie*, vine de la cuvântul grecesc ce înseamnă «timp».

Ca şi durerea acută, cea cronică poate îmbrăca un întreg cortegiu de senzaţii şi intensităţi. Poate fi profundă sau ascuţită, se poate asemăna cu o gâdilitură, zguduitură sau arsură, poate rămâne constantă sau poate apărea şi trece, cum ar fi durerea de cap care apare brusc, fără nici un fel de avertizare.

Uneori, cauza durerii cronice nu poate fi determinată. Poate să nu existe nici o dovadă a unei afecţiuni sau distrugeri tisulare pe care doctorii să o pună în legătură cu durerea. Alteori, medicii pot găsi cauza.

Adeseori, durerea cronică este rezultatul uneia dintre următoarele 3 mari tipuri de leziuni:

Leziunea articulară sau osoasă

Cauzele frecvente ale durerii cronice osoase şi articulare sunt afecţiuni cronice, de exemplu artroza, poliartrita reumatoidă, afecţiunile degenerative ale discurilor intervertebrale şi stenoza canalului vertebral. Osteoporoza, o afecţiune cronică frecventă la femeile de peste 45 de ani, face ca oasele să devină poroase şi puţin rezistente. Poate rezulta creşterea riscului de fracturi, care pot fi dureroase, în special dacă este vorba de fracturile vertebrale compresive.

Distrugerea tisulară

Afectarea tendoanelor sau muşchilor este o altă cauză frecventă de durere cronică. Afecţiuni cum ar fi tendinita sau fibromialgia pot produce o durere supărătoare persistentă.

Leziunea nervoasă

Uneori, durerea cronică poate fi rezultatul unui accident, infecţii sau intervenţii chirurgicale care distruge nervii periferici sau spinali. Distrugerea nervoasă continuă să producă durere chiar după ce leziunea iniţială pare să se fi vindecat. Acest tip de durere nervoasă este denumită neuropatică. Durerea neuropatică mai poate fi rezultatul unor afecţiuni care distrug nervii, cum ar fi diabetul sau zona zoster.

O dată distrus, nervul poate trimite mesaje dureroase nespecifice. De exemplu, creşterea nivelului zahărului din sânge datorată diabetului poate distruge nervii mici de la nivelul mâinilor şi picioarelor, lăsându-vă o senzaţie de arsură dureroasă la nivelul degetelor.

Multe dintre motivele pentru care terminaţiile nervoase distruse trimit mesaje înşelătoare şi eronate sunt înconjurate de mister. Totuşi, atunci când celula nervoasă este distrusă, terminaţiile nervoase care supravieţuiesc se pot aduna într-un mănunchi de fibre nervoase dezorganizate (nevrom). Acest mănunchi de ţesut nervos poate fi generatorul unor semnale de avertizare asupra unor leziuni care nu există. De fapt, nervii distruşi pot fi mai sensibili la stimuli externi sau pot trimite semnale spontane în absenţa unor stimuli dureroşi.

Provocările legate de durerea cronică

Durerea acută tinde să fie mai uşor de tratat decât durerea cronică. Frecvent, ea răspunde bine la tratament şi, cu timpul – câteva zile până la câteva săptămâni – începe să cedeze.

Durerea cronică poate fi dificil de tratat. Pentru unele tipuri de durere cronică, medicamentele sau injecţiile sunt benefice. Dar aceste măsuri nu sunt întotdeauna eficace sau efectele lor sunt de scurtă durată. Rareori, intervenţia chirurgicală poate vindeca sau reduce durerea.

Atunci când durerea poate fi controlată, tratamentul adeseori se centrează pe modalitatea de a trăi cu durerea, reducându-i intensitatea şi efectele asupra vieţii de zi cu zi. Faptul de a învăţa să trăiţi cu durerea cronică este foarte tare legat de atitudine şi de stilul de viaţă. Persoanele care îşi pot aborda afecţiunea cu o atitudine pozitivă şi cu dorinţa de a-şi modifica stilul de viaţă în aşa fel încât să prevină sau să reducă stimulii care declanşează durerea sunt adeseori cei care au cel mai mult succes în procesul de adaptare la durere.

Metode de tratament al durerii

Atunci când vine vorba de controlarea durerii, primul lucru la care se gândesc majoritatea oamenilor sunt medicamentele. E de înţeles. Medicamentele sunt modul cel mai obişnuit de tratament al durerii. Dar nu sunt singura metodă. Există o varietate de posibilităţi care pot fi folosite pentru atenuarea durerii sau pentru reducerea neplăcerilor legate de ea:

- Medicamentele, de la aspirină până la narcotice.
- Metodele mecanice de tratament, cum sunt aplicaţiile de gheaţă, căldură sau masajul.
- Tratamentele invazive, inclusiv injecţiile.
- Terapia comportamentală, care începe cu exerciţiul fizic şi tehnicile de adaptare la stres.

Adeseori, combinarea acestor tipuri de tratament oferă calea cea mai bună de abordare pentru controlul durerii şi reducerea efectelor adverse nedorite.



Analgezicele

Analgezicele (medicamentele antidureroase) sunt cele mai folosite medicamente pentru controlul durerii. Ele o controlează prin interferarea dezvoltării mesajelor dureroase, a frecvenţei lor, căii de transmitere sau modului în care sunt interpretate. Există multe tipuri de astfel de medicamente care se pot elibera cu sau fără prescripţie medicală.

Acetaminofen

Acetaminofenul este cel mai eficient pentru durerile minore până la moderate care nu sunt însoţite de inflamaţie. El nu interferă cu enzimele din organism care servesc drept catalizatori ai inflamaţiei. Dar acest medicament este adeseori eficient pentru controlul altor tipuri de durere.

Există multe produse care se pot elibera fără prescripţie medicală. Numele de marcă al medicamentelor antidureroase care conţin acetaminofen cuprind:

- Anacin Aspirin Free
- Aspirin Free Excedrin
- Anacin-3
- Tylenol

Atunci când este luat ocazional şi când este recomandat, acetaminofenul este, în general, sigur. Dar dacă luaţi o doză mai mare de medicament decât cea recomandată de instrucţiuni, acest lucru poate duce la distrugerea ficatului. Se pare că alcoolul accentuează acest risc.

Acetaminofenul este uneori combinat cu un narcotic pentru accentuarea efectului antidureros. Această formă de medicament poate fi eliberată doar pe baza prescripţiei medicale. Este în general eficientă, dar poate determina dependenţă atunci când este luată regulat pe o durată mare de timp.

Antiinflamatoare nesteroidiene

Medicamentele antiinflamatoare nesteroidiene (AINS) sunt cele mai eficiente pentru durerile uşoare până la moderate care sunt însoţite de tumefacţie şi inflamaţie. Acestea atenuează durerea prin inhibarea producerii de substanţe chimice care accentuează durerea şi care sunt activate de ţesuturile distruse.

AINS sunt utile în special în cazul artritei şi al durerilor care sunt rezulatul leziunilor şi întinderilor musculare, leziunilor la spate sau gât şi a crampelor.

AINS care se pot cumpăra direct, fără prescripţie medicală, cuprind:

- Aspirină (Bayer, Bufferin etc.)
- Ibuprofen (Advil, Motrin etc.)
- Ketoprofen (Orudis)
- Naproxen (Aleve)

AINS disponibile cu prescripţie medicală cuprind:

- Diclofenac sodic (Voltaren XR)
- Etodolac (Lodine)
- Fenoprofen
- Flurbiprofen (Ansaid)
- Indometacin (Indocin)
- Ketorolac (Toradol)
- Meloxicam (Mobic)
- Nabumetonă (Relafen)
- Naproxen (Naprelan, Naprosyn)
- Oxaprozin (Daypro)
- Piroxicam (Feldene)
- Sulindac (Clinoril)

Atunci când sunt luate ocazional şi conform prescripţiei, AINS sunt în general sigure. Dar atunci când sunt luate în mod regulat timp de luni sau ani, sau dacă este depăşită doza recomandată, AINS pot cauza greaţă, dureri de stomac, sângerări gastrice şi ulcer.

Dozele mari de AINS pot duce şi la apariţia problemelor renale, retenţiei lichidiene şi insuficienţei cardiace. Riscul de apariţie a acestor afecţiuni creşte cu vârsta, în special în cazul femeilor. În cazul în care luaţi AINS în mod regulat, discutaţi cu medicul despre monitorizarea efectelor adverse potenţiale.

AINS pot avea şi un efect de plafon – o limitare a capacităţii de control a durerii. Peste o anumită doză, ele nu mai oferă beneficii suplimentare în atenuarea durerii. În cazul în care aveţi dureri moderate sau severe, este posibil ca un medicament AINS să nu fie capabil să vă atenueze durerea.

Inhibitorii COX-2

Inhibitorii COX-2 sunt un tip mai nou de AINS, destinat să atenueze durerea, având mai puţine efecte adverse decât AINS tradiţionale.

AINS atenuează durerea prin inhibarea enzimelor din organism denumite ciclooxigenaze (COX). Aceste enzime produc substanţe asemănătoare hormonilor denumite prostaglandine, care sunt implicate în apariţia durerii şi inflamaţiei.

AINS tradiţionale acţionează împotriva a două versiuni ale ciclooxigenazei prezentă în corp: COX-1 şi COX-2. Totuşi, există dovezi că inhibarea COX-1 poate determina afectarea stomacului şi sângerare, deoarece ea este enzima care protejează stratul interior al stomacului şi permite trombocitelor să formeze cheagurile de sânge.

Inhibitorii COX-2 suprimă în principal enzimele COX-2. Deoarece nu afectează la fel de mult COX-1, medicamentele sunt considerate mai puţin dăunătoare pentru sistemul digestiv. Totuşi, inhibitorii COX-2 nu protejează contra cheagurilor de sânge, precum aspirina şi alte AINS – un punct important pentru cei cu afecţiuni cardiovasculare.

Iată câteva exemple de inhibitori COX-2 care se pot cumpăra cu prescripţie medicală:

- Celecoxib (Celebrex)
- Rofecoxib (Vioxx)
- Valdecoxib (Bextra)

În studiile realizate cu inhibitori COX-2, participanţii au raportat o reducere cu 30-70% a durerii, fără efectele adverse obişnuite asociate AINS tradiţionale. De obicei, inhibitorii COX-2 sunt mai scumpi decât AINS tradiţionale. Efectele adverse posibile cuprind diaree, indigestie, gaze, greaţă şi dureri de cap. Efectele pe termen lung ale acestui tip de medicamente sunt necunoscute.

Antidepresivele triciclice

Unele medicamente, destinate tratării altor afecţiuni, cum sunt depresia sau convulsiile, sunt şi ele folosite în tratamentul durerii cronice. Un astfel de grup de medicamente sunt antidepresivele triciclice. Deşi nu sunt analgezice, ele pot fi foarte eficiente în diminuarea anumitor forme de durere. Medicamentele interferă cu anumite procese chimice de la nivelul creierului, care vă fac să simţiţi durerea.

Când este vorba de dependenţă?

Dependenţa chimică se poate manifesta în 3 feluri: creşterea toleranţei, dependenţă fizică şi dependenţă completă. Cele 3 forme sunt adeseori subînţelese sub termenul comun de dependenţă, dar acesta are o semnificaţie foarte specifică. Deşi dependenţa totală ridică riscuri serioase de sănătate, celelalte 2 forme nu sunt obligatoriu "rele".

Creşterea toleranţei

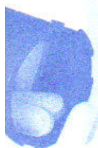
Pe măsură ce organismul se obişnuieşte cu medicamentul, acesta îşi poate pierde din eficienţă. Pentru a obţine acelaşi grad de ameliorare a durerii, va trebui să luaţi doze din ce în ce mai mari. Nu creşteţi doza decât dacă sunteţi sub supraveghere medicală şi medicul vă recomandă să faceţi acest lucru.

Dependenţa fizică

Pentru a vă controla durerea, vă bazaţi pe luarea medicamentelor la intervale regulate. Atunci când folosirea medicamentului este întreruptă în mod brusc sau doza este substanţial redusă, veţi trece prin simptomele fizice ale sevrajului. Simptomele sevrajului pot fi evitate prin reducerea gradată a dozei de medicament. Dacă luaţi în mod regulat medicamente narcotice, cereţi sfatul medicului înainte de a începe scăderea dozelor.

Dependenţa totală

Dependenţa totală cuprinde atât dependenţa fizică cât şi pe cea psihologică. Acest tip de dependenţă poate apărea în cazul unui medicament recomandat de medic, la nicotină, alcool sau droguri ilegale, cum ar fi marijuana şi cocaina. În cazul dependenţei psihologice, tânjiţi după efectele psihologice ale medicamentului, ceea ce duce la pierderea controlului asupra folosirii acestuia. Luaţi medicamentul chiar dacă acesta nu vă ajută şi, de fapt, obişnuinţa duce la apariţia unor efecte nocive – profesionale, sociale şi psihologice.



Antidepresivele triciclice cuprind:
- Amitriptilina (Elavil)
- Clomipramina (Anafranil)
- Desipramina (Norpramin)
- Doxepina (Sinequan)
- Imipramina (Tofranil)
- Nortriptilina (Aventyl, Pamelor)
- Protriptilina (Vivactil)
- Trimipramina (Surmontil)

Spre deosebire de narcotice, antidepresivele triciclice nu duc la apariţia dependenţei. Ele pot, totuşi, să vă facă să vă simţiţi ameţit, de aceea se recomandă să luaţi medicamentul înainte de culcare.

Suplimentar, acest tip de medicamente poate cauza uscăciunea gurii, constipaţie, creştere în greutate şi dificultăţi la urinare. Pentru a reduce sau preveni apariţia acestor simptome, probabil că medicul vă va recomanda să începeţi cu o doză redusă şi va creşte gradat cantitatea de medicament pe care o luaţi. Majoritatea persoanelor suportă antidepresivele triciclice cu preţul unor efecte adverse uşoare.

Anticonvulsivantele

Create în special pentru a reduce sau controla crizele epileptice, medicamentele anticonvulsivante pot fi utile şi pentru controlul durerilor ca un junghi, împunsătură sau zdruncinătură care acompaniază distrugerea nervoasă. Ele par să acţioneze prin încetinirea sau prevenirea transmiterii mesajelor dureroase necontrolate datorate distrugerilor nervoase.

Anticonvulsivantele folosite în tratamentul durerilor cronice cuprind:
- Carbamazepina (Carbatrol, Tegretol)
- Gabapentina (Neurontin)
- Lamotrigina (Lamictal)
- Fenitoina (Dilantin, Phenytek)
- Topiramat (Topamax)

Deşi aceste medicamente pot determina apariţia ameţelilor, greţurilor şi constipaţiei, majoritatea celor care le iau sunt deranjaţi doar într-o măsură foarte mică de aceste efecte adverse. Efecte adverse mai severe, dar mai puţin frecvente cuprind afecţiuni sangvine, cardiace şi hepatice.

Pentru a diminua riscul efectelor adverse, medicul vă poate începe tratamentul cu o doză redusă pe care o va creşte gradat pe o perioadă de mai multe săptămâni – posibil monitorizând anumite teste de sânge pe parcursul acestui interval.

Narcoticele

Unele narcotice sunt compuşi naturali derivaţi din opiu. Altele sunt medicamente sintetice care acţionează într-un mod similar. Aceste analgezice puternice, cunoscute sub denumirea de opioide sau opiacee, interferă transmiterea semnalelor dureroase şi sunt recomandate cel mai adesea pentru atenuarea durerilor datorate unor leziuni severe, intervenţiilor chirurgicale, cancerului sau altor boli terminale.

Narcoticele cuprind produsele următoare – cele marcate cu un asterix conţin mai multe ingrediente:
- Butorfanol (Stadol)
- Codeină (aspirină cu codeină, acetaminofen cu codeină)
- Fentanil (Actiq, Duragesic)
- Hidrocodonă (Lorcet*, Lortab*, Vicodin* etc.)
- Hidromorfonă (Dilaudid)
- Levorfanol (Levo-Dromoran)
- Meperidină (Demerol)
- Metadonă (Dolophine)
- Morfină (MS Contin, Roxanol)
- Oxicodonă (OxyContin, Percocet*, Roxicet*, Tylox* etc.)
- Propoxifen (Darvon, Darvocet*).

Folosirea pe termen scurt a narcoticelor determină în general apariţia unor efecte adverse minore cum ar fi greaţă, constipaţie, sedare şi gândire neclară. Atunci când sunt luate timp de mai multe săptămâni sau luni, aceste efecte adverse pot deveni mai supărătoare. Medicamentele narcotice îşi pot pierde din eficienţă pe măsură ce organismul se obişnuieşte cu ele.

Preocuparea cea mai mare legată de folosirea narcoticelor este riscul de dependenţă. Narcoticele pot determina apariţia obişnuinţei şi acesta este motivul pentru care medicii au tendinţa să le limiteze folosirea la durerile acute. Totuşi, în ultimii ani au apărut unele diferenţe de opinie în ce priveşte folosirea acestor medicamente. Majoritatea medicilor au început să prescrie narcotice în tratamentul unor dureri cronice, ca răspuns la unele studii care sugerează că riscul de dependenţă este mai mic decât se credea în trecut.

Mai multe studii au indicat că majoritatea celor care iau în mod regulat narcotice pentru o perioadă mai lungă de timp devin dependenţi fizic de medicament şi prezintă unele simptome minore de sevraj atunci când îl întrerup. Doar un mic procent chiar abuzează de acest tip de medicamente sau devin dependenţi de ele. Deşi dependenţa este o problemă gravă, dependenţa fizică prin ea însăşi nu poate avea consecinţe grave, atât timp cât medicamentul este luat conform recomandărilor.

Totuşi, riscurile potenţiale asociate folosirii pe termen lung a narcoticelor face dificilă justificarea folosirii acestora în cazul multor tipuri de durere cronică.

Tramadol

Tramadolul (Ultram) este un analgezic eliberat cu prescripţie medicală, care acţionează în 2 moduri. Interferă transmiterea semnalelor dureroase, precum narcoticele, şi declanşează eliberarea unor neurotransmiţători de la nivelul creierului, precum norepinefrina şi serotonina, care ajută la reducerea intensităţii durerii.

Tramadolul este recomandat în special pentru atenuarea durerilor acute moderate sau severe. Administrarea lui în cazul durerilor cronice nu a fost la fel de bine studiată. În puţinele studii în care medicamentul a fost prescris pentru dureri cronice, unele persoane au prezentat o atenuare semnificativă a durerilor, iar altele de loc.

Deoarece este un narcotic slab, riscul de apariţie a dependenţei fizice sau complete este redus. Efectele adverse ale tramadolului cuprind ameţeli, sedare, cefalee, greaţă şi constipaţie. Posibilele efecte adverse pe termen lung nu sunt cunoscute.

Terapia mecanică

Metodele care încearcă să atenueze durerea prin abordarea muşchilor şi ţesutului conjunctiv implicat într-o leziune sunt denumite terapii mecanice. Ele cuprind aplicaţiile reci, aplicaţiile de căldură, exerciţiul fizic, masajul, chiropractica, terapia cu ultrasunete şi stimularea electrică nervoasă transcutanată (TENS).

Aplicaţiile reci

Gheaţa scade durerea prin amorţirea zonei afectate. Este utilă în special în cazul spasmelor musculare, tumefacţiilor şi durerilor articulare. Atunci când zona răcită se încălzeşte, se mobilizează în zona respectivă o cantitate suplimentară de sânge, care accelerează vindecarea.



Masajele cu gheaţă

Pentru a vă face singur un masaj cu gheaţă, frecaţi uşor un cub de gheaţă de zona afectată, timp de 5-7 minute, până simţiţi o uşoară amorţeală. Supravegheaţi modificarea culorii pielii. Dacă observaţi că aceasta începe să-şi piardă coloraţia roşiatică obişnuită, opriţi-vă imediat deoarece poate indica apariţia unei degerături. Dacă pielea devine din ce în ce mai amorţită în timpul masajului cu gheaţă, opriţi tratamentul.

Împachetările reci

Pentru o împachetare rece, puneţi întâi un prosop umed peste zona dureroasă. Apoi puneţi un pachet rece – cum ar fi o pungă mică de mazăre congelată - deasupra prosopului

Cremele analgezice

Unele analgezice sunt făcute sub formă de cremă sau gel. Medicamentul este absorbit prin piele. Cremele şi gelurile analgezice pot uneori ajuta la atenuarea durerii şi inflamaţiei situate chiar sub piele, cum ar fi cazul artritei, al afectării nervoase sau al durerii din apropierea unei incizii chirurgicale.

EMLA

EMLA este o cremă analgezică făcută din 2 anestezice topice: lidocaină şi prilocaină. Pielea devine amorţită la o oră de la aplicare şi efectul durează 2-3 ore. EMLA este folosită în mod obişnuit – în special la copii – pentru a reduce durerea cauzată de o injecţie, punerea unei perfuzii sau tratarea unui neg.

Capsaicina

Capsaicina (Dolorac, Zostrix) este o cremă topică, eliberată fără prescripţie medicală, făcută pe bază de seminţe de ardei iute. Se crede că acţionează prin golirea celulelor nervoase de substanţele chimice implicate în transmiterea mesajelor dureroase. Trebuie să frecaţi pielea pentru a face crema să pătrundă, de 3-4 ori pe zi. De obicei, durează 1-2 săptămâni până când efectele devin observabile. Efectul maxim este adeseori atins după 3-4 săptămâni.

Capsaicina este cea mai eficientă pentru atenuarea temporară a durerii artritice de la nivelul articulaţiilor situate în apropierea pielii, cum ar fi degetele, genunchii sau coatele. Mai este utilă pentru diminuarea sensibilităţii cutanate din herpesul zoster, durerilor rezultate din distrugerea nervoasă, celei care urmează mastectomiei şi durerii cronice din vecinătatea cicatricelor chirurgicale.

Cremele pe bază de metil

Unele medicamente conţinând ingrediente multiple şi care se pot elibera fără prescripţie, cum ar fi ArthriCare, Ben-Gay şi Icy Hot folosesc căldura şi recele pentru a reduce durerea. Uneori, pot atenua durerile musculare uşoare, dar nu sunt eficiente pentru majoritatea formelor de durere cronică. Căldura creşte

Cremele pe bază de substanţe asemănătoare aspirinei

Cremele cu trolamină, eliberate fără prescripţie, cum ar fi Aspercreme, Sportscreme şi Myolex Creme conţin o substanţă chimică asemănătoare aspirinei. Food and Drug Administration descrie aceste creme drept sigure, dar nu neapărat eficiente pentru atenuarea durerilor.

şi acoperiţi cu un alt prosop uscat pentru izolare. Nu lăsaţi pachetul mai mult de 20 de minute. Verificaţi regulat culoarea pielii, pentru a vedea dacă nu a început să-şi piardă roşeaţa obişnuită, semn că începe să degere.

Aplicaţiile calde

Căldura creşte fluxul sangvin şi nutrienţii către muşchii şi articulaţiile dureroase. Aceasta ajută la vindecare şi la îmbunătăţirea flexibilităţii.

Împachetările calde

Pentru a trata durerea cu împachetări calde, puneţi câteva prosoape peste zona dureroasă. Puneţi deasupra acestora un pachet cald. Acoperiţi pachetul cald cu alte straturi pentru a păstra căldura. Adăugaţi sau mai luaţi din straturi pentru a varia cantitatea de căldură. Controlaţi-vă pielea la fiecare 15 minute. Dacă observaţi pete roşii sau albe, opriţi tratamentul pentru a evita o arsură.

Perna electrică

Pentru a trata durerea cu o pernă electrică, puneţi mai întâi un prosop pe zona dureroasă. Apoi aplicaţi perna electrică. Limitaţi utilizarea acesteia la 30 de minute pentru o dată. Verificaţi din când în când dacă au apărut pete albe sau roşii – semne că aţi încălzit zona prea tare.

Lampă de raze infraroşii

Acest tip de lampă produce radiaţii infraroşii care vă încălzesc pielea, ceea ce duce la creşterea fluxului sangvin. Utilizaţi un bec reflector de 250 w. Plasaţi lampa la o distanţă de 45-50 cm de piele. Dacă vreţi să reduceţi căldura, plasaţi lampa la distanţă mai mare. Aplicaţi căldură pe aria dureroasă nu mai mult de 30 de minute. În cazul în care vă este teamă că veţi adormi în timpul tratamentului, folosiţi o alarmă sau un timer.

Băile calde şi sauna

O baie fierbinte timp de 15 minute poate fi la fel de eficientă în tratarea unei dureri musculare sau osoase ca o saună. Nu folosiţi totuşi apă extrem de fierbinte. Nu vreţi să vă ardeţi singur. Dacă aveţi o saună, limitaţi folosirea acesteia la nu mai mult de 30 de minute o dată.

În căutarea ajutorului

Contactaţi unul dintre următorii specialişti pentru a începe un program de exerciţii fizice:

Fizioterapeutul

Majoritatea spitalelor şi clinicilor au angajat un fizioterapeut. Acesta este specializat în utilizarea exerciţiilor fizice pentru a obţine o condiţie fizică bună. Vă poate ajuta să alegeţi cele mai potrivite exerciţii în funcţie de localizarea durerii şi vă poate arăta cum să le executaţi corect.

Terapeutul ocupaţional

În multe spitale există şi terapeuţi ocupaţionali. Aceştia vă pot arăta cum să vă desfăşuraţi activităţile zilnice astfel încât să reduceţi stresul asupra articulaţiilor dumneavoastră.

Antrenor

Multe cluburi de sănătate au angajaţi special antrenaţi în terapia prin exerciţiu fizic. Dacă frecventaţi un club de sănătate sau doriţi să o faceţi, stabiliţi o întâlnire cu un antrenor pentru a vă stabili un plan de exerciţii potrivit.

Exerciţiile fizice

O concepţie greşită este aceea că exerciţiile fizice amplifică durerea. Astăzi, exerciţiile fizice o pot reduce. În timpul activităţii fizice, organismul dumneavoastră eliberează substanţe chimice – endorfine şi encefaline – care blochează semnalul dureros să ajungă la creier. De asemenea, aceste substanţe chimice reduc starea de anxietate şi de depresie, care fac ca durerea dumneavoastră să fie mai greu de controlat.

Un program regulat de exerciţii fizice, care cuprinde exerciţii de flexibilitate, aerobic şi de fortificare, vă poate ajuta să vă îmbunătăţiţi condiţia fizică şi să vă controlaţi durerea. De asemenea, exerciţiile fizice:

- vă cresc energia şi vă îmbunătăţesc somnul;
- vă ajută la menţinerea sau scăderea în greutate, reducând stresul asupra articulaţiilor;
- vă cresc masa osoasă, reducând riscul de fracturi.

Este important să fiţi în siguranţă când practicaţi exerciţiile fizice. Iată câteva precauţii:

- dacă aţi avut de curând un accident sau nu aţi mai făcut până acum exerciţii fizice, este bine să consultaţi un medic înainte de a începe un program de exerciţii;



- cereţi sfatul unui specialist pentru a alege cele mai bune exerciţii pentru dumneavoastră;
- fiţi atent să nu exageraţi. Începeţi încet şi creşteţi gradat timpul şi viteza exerciţiilor.

Pentru informaţii suplimentare, vezi cap. 4 "Menţineţi-vă activ".

Masajul

Masajul reprezintă una dintre cele mai vechi metode de tratament cunoscute. El presupune folosirea diferitelor tehnici de manipulare pentru a pune în mişcare muşchii şi ţesuturile moi ale organismului.

Maseurul îşi foloseşte în primul rând propriile mâini pentru a

manipula muşchii şi ţesuturile. Uneori, el se poate folosi şi de antebraţe, coate sau picioare.

Terapia prin masaj se bazează pe ideea că atunci când un muşchi lucrează în exces, substanţele reziduale se acumulează la nivelul lui, producând sensibilitate şi rigiditate. Masajul îmbunătăţeşte circulaţia sangvină în muşchi, crescând fluxul de nutrienţi şi eliminarea substanţelor reziduale.

Masajul vă poate relaxa muşchii, vă poate îmbunătăţi nivelul de mişcare în articulaţii şi vă poate creşte producţia de analgezice naturale de către organism. De asemenea, ajută la scăderea stresului şi a anxietăţii. Evitaţi masajul dacă aveţi ulcere cutanate deschise, inflamaţii acute sau probleme circulatorii.

Chiropractica

Tratamentul chiropractic se bazează pe ideea că unele boli şi tulburări, cum ar fi durerea, rezultă din proasta funcţionare a sistemului nervos datorată problemelor articulaţiilor, în special ale coloanei vertebrale. Pentru a ameliora sau a elimina efectele negative asupra nervilor, chiropracticienii manipulează articulaţiile învecinate. Aceasta se face prin întinderi sau aranjări uşoare ale articulaţiilor.

Există două tipuri de chiropracticieni: cei care fac doar chiropractică şi cei care o combină cu alte metode de tratament, cum ar fi acupunctura, exerciţiile fizice, plantele medicinale şi suplimente dietetice.

Eficacitatea metodelor de chiropractică sunt controversate. Durerea de spate este motivul cel mai frecvent pentru care oamenii se adresează chiropracticianului; studiile arată că pentru unele tipuri de durere lombară, în special forma acută, chiropractica s-a dovedit eficientă.

Tratamentul cu ultrasunete

Ultrasunetele pot face mai mult decât să ajute medicul să vadă în interiorul corpului dumneavoastră. Fizioterapeuţii utilizează ultrasunetele pentru a trata traumatismele dureroase şi pentru a grăbi procesul de vindecare. Ultrasunetele acţionează ca nişte instrumente de încălzire în profunzime, încălzind ţesuturile de sub tegumente.

Efectul de încălzire – pe care dumneavoastră nu-l puteţi simţi – este de ajutor în special în tratarea leziunilor musculare, ale tendoanelor şi ligamentelor. El poate ajuta, de asemenea, la ameliorarea durerilor asociate cu aceste leziuni. În plus, pulsaţiile ultrasunetelor pot fi de ajutor la pătrunderea cremelor antiinflamatorii în profunzimea ţesuturilor lezate.

Stimularea nervoasă electronică transcutanată

Stimularea nervoasă electronică transcutanată (Transcutaneous Electronic Nerve Stimulation – TENS) este un tratament prescris numai de doctor. Scopul lui este de a ameliora durerea prin împiedicarea semnalelor dureroase să ajungă la creier. TENS este un tratament sigur şi, de obicei, nu provoacă durere.

Aparatul este prevăzut cu mici electrozi care se plasează pe tegument în apropierea zonei dureroase. Electrozii sunt ataşaţi la un mic stimulator portabil pe care dumneavoastră îl purtaţi.

Stimulatorul alimentat cu baterii eliberează impulsuri electrice mici prin intermediul electrozilor plasaţi în vecinătatea căii nervoase. Dumneavoastră puteţi deschide sau închide aparatul după cum aveţi nevoie.

Nu se cunoaşte cu exactitate cum acţionează aparatul. Una dintre teorii susţine a TENS blochează transmiterea impulsurilor dureroase. Altă teorie susţine că TENS stimulează producţia de endorfine, analgezicele naturale produse de organismul dumneavoastră.

TENS este eficientă în special în durerile acute asociate cu compresia nervoasă. Este mai puţin eficientă în durerea cronică, deşi unele persoane au rezultate bune. Cel mai frecvent, acest tratament este utilizat în asociere cu alte tratamente, cum ar fi exerciţiile fizice.

Un procedeu mai nou, aflat încă în cercetare, numit stimulare electronică nervoasă percutanată (Percutaneous Electronic Nerve Stimulation – PENS), utilizează ace asemănătoare celor din acupunctură în locul electrozilor plasaţi pe piele, pentru a transmite curentul electric la nervi.

Terapii invazive

Terapiile invazive variază de la simple injecţii la implanturi chirurgicale. Pentru unele tipuri de durere, cea mai bună abordare este de a le trata local, în apropierea zonei dureroase. Terapiile invazive pot reprezenta, de asemenea, o opţiune atunci când medicamentele sau abordările mecanice nu dau rezultate satisfăcătoare.

Injecţiile



O injecţie este mai eficientă pentru o durere musculară, articulară sau nervoasă decât pentru o durere legată de o anumită zonă. Injecţiile pot fi cu anestezic pentru controlul durerii, cu un corticosteroid pentru a reduce inflamaţia sau cu o combinaţie a acestora.

Beneficiile injecţiilor constau în faptul că medicamentele acţionează în primul rând în aria dureroasă şi nu se răspândesc în întreg organismul. Aceasta reduce efectele secundare potenţiale ale medicamentului. Dezavantajul injecţiilor constă în faptul că rezultatul este de multe ori doar temporar. În plus, este limitat de cât de des vi se pot administra, depinzând de locul de injectare şi de tipul de medicament utilizat.

Există două tipuri de injecţii: diagnostice şi terapeutice. Injecţiile diagnostice sunt utilizate pentru a testa de unde vine durerea. Injecţiile terapeutice sunt utilizate pentru a ajuta la ameliorarea pe termen lung a simptomelor. Uneori, cele două tipuri se combină.

În general, injecţiile nu vindecă, dar ele pot ajuta unele persoane în perioada iniţială de durere intensă sau în perioada de acutizare a bolii. Cele trei tipuri principale de injecţii utilizate în controlul durerii sunt: injecţiile intraarticulare, injecţiile în ţesuturile moi şi blocurile nervoase.

Injecţiile intraarticulare

Dacă aveţi o inflamaţie sau o durere produsă de o frecare a unui os pe altul, medicul vă poate recomanda o injecţie în apropierea sau chiar în articulaţia afectată. De obicei, se injectează iniţial un anestezic local pentru a amorţi zona şi, apoi, un medicament.

Întrebare şi răspuns

Care este diferenţa dintre o clinică pentru tratamentul durerii şi şi un centru de tratament al durerii?

De obicei, o clinică pentru tratamentul durerii oferă un set mult mai restrâns de servicii decât un centru de tratament al durerii.

Clinica este în mod tipic un loc unde unul sau mai mulţi doctori sunt specializaţi în tratarea unuia sau mai multor tipuri de afecţiuni dureroase. De exemplu, medicii pot fi specializaţi în tratarea durerii de spate sau a durerilor de cap.

Un centru pentru tratarea durerii este în general compus dintr-un grup multidisciplinar de medici, specializaţi în tratamentul complet al durerilor. Experienţa lor colectivă le permite abordarea unei largi varietăţi de probleme dureroase. Adeseori, un centru pentru tratamentul durerii are activitate de cercetare şi participă la instruirea specialiştilor în tratamentul acestei probleme.

Centrul sau clinica pentru tratamentul durerii sunt similare multor situaţii din viaţă – ajungeţi acolo doar când aveţi nevoie. Dacă nu doriţi să căpătaţi experienţă suplimentară în abordarea durerii şi păstraţi o atitudine negativă, programul oferit vă va fi de mic ajutor. Dar dacă aveţi o atitudine pozitivă şi aşteptări realiste, puteţi pleca având un punct de vedere mai complet asupra durerii dumneavoastră şi asupra a ce trebuie să faceţi pentru a o învinge.

Cele două tipuri principale de medicamente utilizate pentru injecţiile intraarticulare sunt: corticosteroizii şi acidul hialuronic.

Corticosteroizii

Corticosteroizii suprimă inflamaţia. Adeseori ei îşi încep acţiunea în decurs de 3-4 zile şi o pot atenua oarecum timp de 4-6 luni. Atunci când sunt folosiţi timp de mai multe luni sau ani, tind să fie mai puţin eficienţi.

Acidul hialuronic

Acidul hialuronic – hialuronatul (Hyalgan, Supartz) şi hylan G-F 20 (Synvisc) – sunt folosiţi pentru tratamentul artrozei genunchiului şi pot fi eventual folosiţi şi pentru alte articulaţii. Acidul hialuronic este o substanţă care se găseşte în mod obişnuit în lichidul articular şi care acţionează ca un lubrifiant. Hialuronatul şi hylan G-F 20 ajută la atenuarea durerii prin înlocuirea acidului hialuronic. Adeseori, este administrat întâi un anestezic local, care să diminueze durerea datorată injecţiei. Ameliorarea poate dutra 6-12 luni.

Injecţiile în ţesuturile moi

Atunci când o anume parte a corpului, cum ar fi un muşchi sau sacul care căptuşeşte o articulaţie (bursă), devine inflamată sau dureroasă, injecţia se poate face direct în ţesuturile moi înconjurătoare.

Injectarea punctelor de declanşare

Punctele de declanşare sunt zonele unde muşchiul sau ţesuturile înconjurătoare aflate imediat sub piele sunt sensibile la atingere sau la mişcare. Aceste zone se află de obicei în zona superioară sau inferioară a muşchilor spatelui. Injectarea punctelor de declanşare (blocurile locale) – de obicei cu un preparat care conţine un anestezic local şi un corticosteroid – este folosită pentru tratamentul unei astfel de zone. În funcţie de medicamentul folosit, injectarea punctelor de declanşare poate reduce durerea musculară şi inflamaţia, poate relaxa muşchiul sau creşte gradul de mobilitate.

Injecţia în burse

Bursele sunt saci mici, plini cu lichid, care lubrifiază şi căptuşesc zonele de presiune aflate între oase şi tendoanele sau muşchii aflaţi în vecinătatea articulaţiei. Ele vă ajută să vă mişcaţi fără a avea dureri. Atunci când bursa se inflamează (bursită), mişcarea sau presiunea pot determina apariţia durerilor. Bursita poate adeseori interesa articulaţia umărului, cotului sau a coapsei. Pentru a reduce inflamaţia de la acest nivel, se poate face o injecţie de corticosteroid.

Blocurile nervoase

Blocurile nervoase constau în injectarea unui anestezic în jurul unor fibre nervoase, pentru a împiedica transmiterea mesajelor dureroase pe căile nervoase până la creier. Blocurile nervoase sunt cel mai des folosite pentru atenuarea durerii pe o perioadă foarte scurtă de timp, până când alte tipuri de terapie sau medicamente încep să-şi facă efectul. Mai sunt folosite pentru anestezia regională în cazul unor intervenţii chirurgicale sau pentru controlul durerii din timpul naşterii.

Există 3 tipuri principale de blocuri nervoase:

Periferic

În cazul blocului nervos periferic, anestezicul este injectat într-un loc specific, cum ar fi la nivelul gleznei, pentru a reduce perceperea durerii în zona respectivă.

Spinal

Blocurile nervoase spinale sunt cel mai frecvent folosite în cazul durerilor care afectează o zonă mai largă, cum ar fi partea inferioară a spatelui sau piciorul. Anestezicul se injectează în vecinătatea măduvei spinării, la baza coloanei vertebrale, pentru a reduce durerea pe toată calea nervoasă, până la nivelul degetelor picioarelor. Acest tip de tehnică include injecţiile rahidiene (intratecale) şi epidurale.

Simpatic

Unele forme de durere cronică, cum ar fi sindromul durerii regionale complexe, pot fi rezultatul creşterii anormale a activităţii la nivelul sistemului nervos simpatic. Nervii simpatici, componentă a sistemului nervos autonom, controlează circulaţia şi respiraţia. Pentru a împiedica transmiterea mesajelor de-a lungul nervilor simpatici către zona afectată a corpului, anestezicul poate fi injectat în apropierea nervilor simpatici. Aceste injecţii se fac la nivelul gâtului pentru durerea în braţe şi în zona inferioară a spatelui pentru durerea la nivelul picioarelor.

Stimularea măduvei spinării

Micul dispozitiv pentru stimularea măduvei spinării este implantat chirurgical în porţiunea inferioară

a abdomenului. Este legat prin fire la coloana vertebrală, astfel încât eliberează impulsuri electrice care blochează transmiterea mesajelor dureroase către creier. Dispozitivul funcţionează pe bază de baterii, foarte asemănător unui pace-maker, care este programat printr-o unitatea externă, care porneşte sau opreşte stimulatorul şi ajustează impulsul electric. Unele persoane care folosesc aceste dispozitive spun că impulsul le dă o senzaţie de gâdilitură.

Stimularea măduvei spinării este, de obicei, folosită atunci când alte metode de tratament au eşuat. Totuşi, studiile efectuate arată că poate realiza o atenuare semnificativă a durerii. Procedura este folosită în cazul unor forme variate de durere, inclusiv cea de spate care nu este atenuată de intervenţia chirurgicală şi în cazul durerii datorate leziunilor nervoase.

Pompele analgezice

În cazul celor care au dureri insuportabile care nu pot fi ameliorate de alte măsuri terapeutice, una dintre opţiuni ar fi o pompă analgezică. Micul dispozitiv este implantat pe cale chirurgicală în porţiunea inferioară a abdomenului, unde eliberează o cantitate constantă de medicamente – în mod obişnuit un narcotic – la măduva spinării. Uneori, este eliberată o combinaţie de substanţe, ca de exemplu un narcotic, un relaxant muscular şi un anestezic local.

Frecvent, aceste pompe sunt folosite pentru a controla durerea asociată distrugerilor nervoase grave sau bolilor terminale. Majoritatea celor cărora li se implantează o pompă continuă să aibă dureri, dar tratamentul le face suportabile.

Terapia comportamentală

Scopul terapiei comportamentale este de a identifica şi modifica factorii care declanşează durerea şi reacţiile personale, şi de a modifica stilul de viaţă astfel încât să faciliteze controlul durerii.

Lucruri simple, cum ar fi organizarea programului zilnic, pot avea un efect semnificativ asupra capacităţii de control al durerii. Dacă vă suprasolicitaţi pentru a duce un lucru la îndeplinire la serviciu sau dacă treceţi fără repaus de la o activitate la alta, se instalează oboseala, iar durerea creşte în intensitate. Opusul – dacă evitaţi orice activitate şi zaceţi prin casă- nu e mai bine. Dacă vă izolaţi, acest lucru vă va face să vă concentraţi asupra durerii. Terapia comportamentală se referă la găsirea unei balanţe sănătoase la serviciu, în relaţiile sociale, în recreere şi relaxare.

Controlul timpului

Pentru multe persoane, un pas important în organizarea echilibrată a zilei este să înveţe să-şi folosească timpul în mod eficient. Solicitarea serviciului, îndatoririle casnice şi activităţile sociale vă pot ocupa o mare parte din zi. Tărăgănarea, perfecţionismul sau suprasolicitarea pot face organizarea timpului mult mai dificilă.

Încercaţi să abordaţi una dintre acesta strategii pentru a vă folosi timpul cu mai multă înţelepciune.

Planificaţi

Organizaţi-vă ziua astfel încât să aveţi timp pentru lucrurile pe care trebuie şi pentru cele pe care vreţi să le faceţi. Notaţi-vă toate activităţile într-o agendă zilnică. Verificaţi apoi des pentru a fi siguri că-l respectaţi.

Aţi putea şi să notaţi toate evenimentele şi întâlnirile într-un calendar aflat în apropierea telefonului, astfel încât să nu fiţi luat prin surprindere şi să evitaţi să vă suprasolicitaţi.

Identificaţi

Fiţi atent la lucrurile care vă fac să pierdeţi timp şi încercaţi să le evitaţi. Dacă nu puteţi să faceţi acest lucru, măcar încercaţi să le transformaţi în ceva productiv. De exemplu, în timp ce aşteptaţi la medic sau în timpul mersului zilnic cu mijloacele de transport în comun, ascultaţi o casetă de relaxare sau faceţi-vă conturile.

Stabiliţi priorităţi

Dacă sunteţi implicat în prea multe activităţi care vă mănâncă din timp, decideţi care sunt mai importante şi lăsaţi restul deoparte. Sănătatea dumneavoastră trebuie să treacă înaintea dorinţelor altora. Consecinţele faptului de nu a avea grijă de dumneavoastră înşuşi sunt durerea şi oboseala.

Cereţi ajutor

În zilele în care aveţi mai multe lucruri de făcut decât puteţi face în mod confortabil, cereţi ajutorul altora. Rugaţi-vă soţul, fiul sau fiica să pună rufele la spălat sau să prepare cina.

Evaluaţi

Gândiţi-vă la ce aţi făcut în ziua respectivă. Aţi evaluat în mod realist toate îndatoririle pe care vroiaţi să le îndepliniţi într-o zi ?

Educaţi

Discutaţi nevoia dumneavoastră de timp cu cei pe care vă bazaţi cel mai mult. Dacă membrii familiei, prietenii sau colegii de serviciu vă cer să le acordaţi prea mult timp, explicaţi-le că trebuie să faceţi totul în ritmul dumneavoastră.

Aptitudinile organizatorice



Faptul de a fi mai organizat vă poate economisi timpul astfe încât să puteţi face mai multe lucruri într-o zi. Organizarea vă poate ajuta şi să vă conservaţi energia, eliminând paşii şi mişcările nenecesare.

Gândiţi înainte de a acţiona

Înainte de a începe un lucru, adunaţi toate informaţiile de care aveţi nevoie şi faceţi o listă cu ce trebuie făcut. De exemplu, păstraţi într-un singur container toate produsele necesare la curăţenie, pentru a evita astfel să faceţi nenumărate drumuri în sus şi în jos pe scări. Înainte de a alerga încoace şi încolo, gândiţi-vă la tot ce aveţi de făcut pentru a evita un drum suplimentar mai târziu.

Păstraţi lucrurile la îndemână

Organizaţi-vă zona de lucru acasă şi la serviciu astfel încât lucrurile pe care le folosiţi în mod frecvent să se afle la îndemână. Acest lucru vă poate ajuta să evitaţi să vă întindeţi sau să vă aplecaţi inutil.

Diminuaţi numărul spaţiilor de depozitare

Căutarea unui lucru consumă atât timp cât şi energie. Organizaţi-vă

Durerea din cancer

În SUA, aproximativ 9 milioane de oameni trăiesc cu cancer-aproape 1 din 30 de oameni. Deşi nu toţi bolnavii de cancer au dureri, cel puţin 1/3 prezintă. Durerea din cancer nu poate fi întotdeauna combătută, dar poate fi în mod frecvent controlată pentru a diminua impactul asupra activităţilor de zi cu zi.

Tratamentul durerii din cancer

Durerea dată de cancer poate fi tratată în multe moduri. Metoda ideală este de a îndepărta sursa durerii, de exemplu, prin intermediul chirurgiei, chimioterapiei, radioterapiei sau altor forme de tratament. Dacă acest lucru nu se poate face, atunci obţiunea următoare este medicaţia antidureroasă.

Tipul de medicaţie prescrisă pentru durerea din cancer depinde de sveritatea acesteia. Uneori poate fi util un analgezic simplu, ca acetaminofenul (Tylenol) sau un antiinflamator nesteroidian (aspirina, ibuprofen). Alteori, este necesar un analgezic mai puternic. Acesta poate fi un narcotic slab, de tipul codeinei, sau un narcotic puternic, cum ar fi morfina. Pentru a oferi un control mai bun asupra durerii, se prescriu de regulă formele de narcotice cu eliberare prelungită. Veţi lua medicaţia cu acţiune lungă pe baza unor recomandări, în mod regulat. Medicul vă poate prescrie şi un narcotic cu acţiune mai scurtă pentru utilizare intermitentă, în momentele de exacerbare ale durerii. În cazul în care formele orale creează probleme, se pot administra narcotice sub formă de plasturi, absorbţia făcându-se prin piele. Alte căi de administrare sunt transmucoasă, inhalatorie, intravenoasă, subcutanată, spinală şi rectală.

În unele forme de cancer, cum ar fi cel pancreatic, controlul eficient al durerii se poate face printr-un bloc nervos. În cadrul acestei metode, medicul injectează medicaţia în nervii importanţi din jurul zonei afectate pentru a-i distruge, prevenind astfel transmiterea semnalelor dureroase către creier.

Tratarea ineficientă a durerii din cancer

Din nefericire, durerea din cancer nu este întotdeauna adecvat controlată. Un motiv este legat de cunoştinţele doctorilor asupra durerii şi capacitatea acestora de a evalua şi de a trata durerea. Unii doctori şi alţi furnizori de servicii medicale pot să nu se preocupe în mod specific de durere, lucru care ar trebui să fie o parte normală a controlului cancerului.

Un al doilea factor este şovăiala persoanelor cu cancer. Unii se tem că durerea arată că boala lor merge prost sau cred că doctorii îi consideră persoane slabe dacă se plâng de durere. Mulţi oameni cred că durerea trebuie să însoţească un cancer şi consideră că ar trebui să fie capabili să o rezolve singuri. Nu este adevărat.

Un alt factor este teama de dependenţă. Persoanele cu cancer se tem că pot deveni dependente de narcoticele administrate pentru controlul durerii din cancer. Riscul de apariţie a dependenţei în cazul celor care iau în mod corect medicaţia pentru durere este însă mic. Problema este estimată că apare doar la 1 din 10 000 de pacienţi cu cancer.

Unele persoane se tem că dacă iau medicamente, ca morfina, îşi scurtează viaţa. Dacă medicaţia este dozată corect, nu ar trebui să scurteze viaţa sau să producă reacţii adverse importante. Multe persoane care iau morfină rămân totuşi active.

O abordare în echipă

Informaţi-vă medicul dacă aveţi durere şi colaboraţi împreună printr-un plan de control al durerii. Stabiliţi-vă o ţintă principală, cum ar fi să ţineţi durerea la un nivel la care vă simţiţi confortabil. Dacă nu v-aţi atins scopul, continuaţi să colaboraţi cu medicul. Puteţi să vă întrebaţi şi asupra posibilităţii consultării unui specialist în durere. Multe instituţii medicale, mai ales centrele mari, au clinici sau centre pentru durere în care personalul medical este instruit asupra diferitelor tehnici de control ale durerii.

rafturile, vitrinele, dulapurile şi sertarele astfel încât să găsiţi uşor lucrul de care aveţi nevoie.

Moderaţia

Moderaţie înseamnă cît de mult, cât timp sau cât de repede faceţi lucrurile pentru a evita încărcarea zilei sau lăsarea acestora la jumătate. Moderarea vă ajută să evitaţi modificările importante ale nivelului durerii, astfel încât la sfârşitul fiecărei activităţi durerea să fie aproape la fel ca la începutul acesteia. Pentru a fi moderaţi:

Fragmentaţi activităţile lungi

Activităţile lungi vă pot diminua energia şi vă pot creşte durerea. În loc să petreceţi toată ziua cu grădinăritul, staţi 1 sau 2 ore pe zi în grădină timp de 3 sau 4 zile. Împărţiţi o călătorie de 10 ore cu maşina pentru a merge la prieteni sau la rude în 2 zile.

Alternaţi activităţile

Alternaţi activităţile care necesită mai mult efort cu cele mei uşoare. După ce aţi făcut curat într-o cameră, staţi jos şi citiţi sau plătiţi-vă poliţele. Apoi puneţi rufele în maşina de spălat. Observaţi momentele din zi în care aveţi cea mai multă energie şi cea mai puţină durere. Planificaţi-vă activităţile în special în aceste perioade.

Odihniţi-vă periodic

Frecvenţa pauzelor depinde de activitatea pe care o faceţi. Puteţi descoperi că faceţi anumite activităţi timp de 30 de minute până la o oră înainte de a avea nevoie de o pauză. Activităţile mai solicitante, cum ar fi tunderea gazonului cu o maşină, pot necesita o pauză la fiecare 10 – 20 minute.

Stabiliţi-vă un ritm

În loc să vă grăbiţi să terminaţi o activitate, lucraţi cu o viteză convenabilă – în ritmul în care simţiţi că nu vă suprasolicitaţi. Consumaţi de două ori mai multă energie atunci când lucraţi într-un ritm rapid decât atunci când o faceţi într-un ritm moderat. Vă poate lua mai mult timp ca să terminaţi treaba, dar la sfârşit vă veţi simţi mai bine.

Controlul stresului

Durerea şi stresul merg mână în mână. Atunci când vă doare, vă scade capacitatea de a face faţă stresului de zi cu zi. Micile ciondăneli devin obstacole majore. Stresul vă determină să faceţi lucruri care vă intensifică durerea, cum ar fi tensionarea muşchilor, scrâşnitul dinţilor şi încordarea umerilor. Pe scurt, durerea produce stres, iar stresul intensifică durerea.

Primul pas în întreruperea acestui ciclu durere-stres este să realizaţi că stresul este răspunsul dumneavoastră la un eveniment, nu un eveniment în sine. Este ceva ce puteţi controla. De aceea evenimentele care sunt stresante pentru unii nu sunt stresante pentru alţii.

De exemplu, radio deşteptătorul dumneavoastră vă poate crea anxietate şi încordare deoarece îl folosiţi pe post de alarmă. O altă persoană, totuşi, găseşte acelaşi deşteptător relaxant. Aceasta agreează petrecerea timpului singură, ascultând probabil o muzică sau o poveste.

Înţelegerea faptului că aveţi controlul asupra stresului vă ajută să adoptaţi strategii pozitive pentru a trece peste acesta. Pentru informaţii asupra tehnicilor de control al stresului, vezi cap. 5, "Controlul stresului".

Tratamentul depresiei şi anxietăţii

Aproximativ 50% dintre persoanele care suferă de durere cronică prezintă depresie uşoară până la severă şi anxietate. Este normal să vă simţiţi terminat, frustrat sau anxios în momentul apariţiei durerii sau pentru perioade scurte după aceea.

Durerea însăşi poate produce semne şi simptome asociate cu depresia, cum ar fi încetinirea mişcărilor sau pierdera energiei. În cazul în care simptomele se întind însă pe câteve luni sau devin severe, puteţi prezenta o depresie sau anxietate.

Depresia şi anxietatea sunt condiţii complexe care vă pot agrava durerea. Acest fenomen se datorează dificultăţii separării stării dumneavoastră de dispoziţie de intensitatea durerii. Persoanele care sunt deprimate sau anxioase prezintă deseori durere mai puternică, de durată mai lungă şi mai severă decât cei care nu sunt deprimaţi. Aceste persoane sunt mai puţin capabile să suporte durerea.

Depresia şi anxietatea trebuie să fie tratate. Printr-un tratament corespunzător, majoritatea oamenilor încep să prezinte o ameliorare, de regulă în câteva săptămâni. Pentru informaţii asupra acestor probleme, vezi cap. 37, "Bolile psihice".

Afecţiuni cronice frecvente

Durerea cronică poate apărea la nivelul oricărei părţi a corpului, de la cap la degetele de la picioare, de la piele până la organele interne bine protejate. Durerea dată de artrită, durerea de spate şi cefaleea sunt cele mai frecvente tipuri de durere cronică. Durerea cronică poate apărea însă sub multe forme şi din multe motive.

Durerea se poate datora unei suferinţe existente sau apare după un accident sau o leziune. Se poate ca durerea să fie legată de o suferinţă pe care medicul să nu o înţeleagă în totalitate. Este posibil ca durerea să nu aibă o cauză aparentă.

Această secţiune trece în revistă câteva dintre cele mai frecvente tipuri de durere cronică.

Afecţiuni osoase şi articulare

Există multe afecţiuni dureroase ale oaselor şi articulaţiilor, dar cea mai frecventă este artrita. Cuvântul artrită înseamnă „inflamaţia articulaţiei". Deşi oamenii vorbesc despre artrită ca fiind o singură boală, nu este aşa. Ea poate îmbrăca mai multe forme. Unele forme apar treptat. Altele debuteză brusc şi apoi dispar, pentru a reapărea mai târziu.

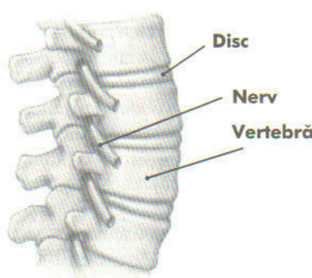
Boala poate afecta orice articulaţie a corpului dumneavoastră şi poate fi declanşată de diverse cauze, incluzând o leziune, lipsa activităţii fizice, solicitarea naturală a articulaţiilor şi modificări genetice. Cele mai frecvente forme de artrită sunt artroza şi poliartrita reumatoidă.

Artroza

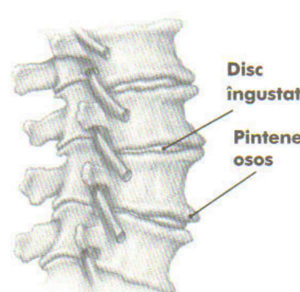
Artroza afectează aproape 20 milioane de americani. Această afecţiune frecventă apare când cartilajul care căptuşeşte capetele oaselor din articulaţie începe să se deterioreze. În cazul în care cartilajul este distrus în totalitate, oasele din articulaţie încep să se frece unul de celălalt, producând iritaţie şi durere.

Organismul încearcă să repare leziunea, dar deseori o face fără succes, ducând la creşterea de os nou la nivelul marginilor osului existent. Noul os poate produce proeminenţe osoase, remarcabile mai ales la nivelul mâinilor şi picioarelor, şi în special la nivelul

Coloana normală



Artroză



În coloana normală, vertebrele sunt căptuşite de structuri elastice numite discuri, care ajută la menţinerea flexibilităţii coloanei. Atunci când aveţi artroză la nivelul coloanei, discurile se îngustează, ducând la apariţia de proeminenţe osoase de-a lungul marginilor vertebrelor. Durerea şi rigiditatea pot apărea acolo unde suprafeţele osoase se freacă între ele.

articulaţiilor medii şi a ultimelor articulaţii de la nivelul degetelor. Aceste proeminenţe, unele dintre ele numite osteofite, pot produce sau nu durere şi tensiune.

Artroza poate apărea oriunde, dar este mai frecventă la nivelul mâinilor, picioarelor şi articulaţiilor mari de la nivelul gâtului, genunchilor şi şoldurilor. Iniţial, durerea poate fi uşoară şi apare doar atunci când vă folosiţi articulaţia afectată. Cu timpul însă, durerea se poate intensifica şi apare chiar şi atunci când nu vă folosiţi articulaţia.

Deşi nu se cunoaşte nici un tratament curativ pentru artroză, în ultimii ani, tratamentele de combatere a durerii şi de menţinere a mobilităţii articulare s-au îmbunătăţit. Controlul durerii cuprinde, în general, o combinaţie de medicamente, măsuri de autoîngrijire şi fizioterapie, incluzând şi exerciţiile fizice zilnice.

Medicaţia cuprinde atât produsele cu aplicare topică, cum ar fi cremele şi gelurile care reduc temporar durerea, cât şi cele cu administrare orală, cum ar fi antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS), cum sunt inhibitorii de COX-2. Medicamentele eliberate fără reţetă pot fi suficiente în cazul artrozei uşoare. În cazul afecţiunilor moderate şi severe, puteţi avea nevoie de o medicaţie mai puternică, eliberată pe bază de reţetă.

Suplimentele dietetice glucozamina şi condroitin sulfat sunt tratamente alternative populare pentru artroză, dar până acum studiile nu au confirmat că acestea pot preveni pierderea cartilajului. Totuşi, câteva studii mici arată că, în cazul anumitor persoane, cele 2 suplimente pot ameliora durerea la fel de eficient ca şi antiinflamatoarele nesteroidiene. Nu se cunosc reacţii adverse semnificative în cazul acestor suplimente, dar pot creşte nivelul glicemiei, ceea ce poate crea probleme în cazul persoanelor cu diabet.

Poliartrita reumatoidă

Spre deosebire de artroză, poliartrita reumatoidă se presupune că are drept cauză un defect imun care face ca propriul dumneavoastră sistem imun să atace structurile ce căptuşesc articulaţiile, aşa cum atacă invadatorii de tipul virusurilor sau bacteriilor.

Leucocitele desemnate să distrugă virusurile şi bacteriile pătrund în ţesuturile articulaţiei, producând inflamaţie şi durere. Umflarea ţesuturilor declanşează descărcarea de substanţe chimice naturale care pot dizolva cartilajul şi lezează tendoanele şi ligamentele articulare. Treptat, articulaţia se deformează. Poliartrita reumatoidă afectează mai frecvent articulaţiile pumnului, mâinilor, picioarelor şi gleznelor.

Antiinflamatoarele pot deseori ajuta la ameliorarea durerii din poliartrita reumatoidă. Medicamentele eliberate fără reţetă pot fi suficiente în cazul durerii uşoare. În cazul durerii moderate-severe puteţi avea nevoie de medicamente mai puternice, eliberate pe bază de reţetă.

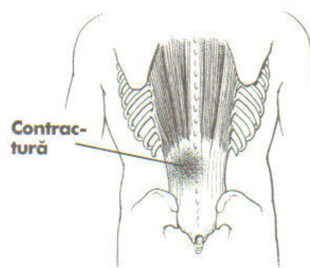
Bolile de ţesut conjunctiv

Muşchii vă ajută să vă mişcaţi. Fiecare muşchi scheletic este ataşat de oase prin benzi fibroase numite tendoane. Muşchii şi tendoanele lucrează împreună cu alte ţesuturi moi, cum ar fi cartilajele articulare, pentru a vă permite să alergaţi, să mergeţi şi să urcaţi scările. Leziunile ţesutului conjunctiv pot face mişcarea dureroasă. Bolile frecvente de ţesut conjunctiv sunt durerea lombară, bursita, tendinita şi fibromialgia.

Durerea lombară

Durerea de spate ocupă locul 2 după cefalee în ceea ce priveşte cele mai frecvente tipuri de durere. 4 din 5 adulţi, la un moment dat, prezintă o durere de spate ce îi determină să consulte un medic.

În majoritatea cazurilor, durerea de spate apare în zona inferioară (zona lombară) care suportă cea mai mare greutate a corpului. Contractura musculară este o cauză frecventă de durere de spate. Aceasta poate apărea dacă ridicaţi ceva greu, vă rotiţi prea brusc sau staţi în picioare prea mult timp. Poate apărea şi spasm muscular, ca răspuns al spatelui dumneavoastră la suferinţă. Are rolul de a vă imobiliza şi de a preveni afectarea



Partea inferioară a spatelui, un punct de pivotare pentru greutatea dumneavoastră, este vulnerabilă la contracturi musculare.

ulterioară. Orice mişcare a muşchilor implicaţi poate declanşa o durere ca un junghi.

Vestea bună este că aproximativ 90% dintre contracturile musculare se vindecă în 4 săptămâni şi chiar mai repede. 10% necesită o perioadă mai lungă. În unele cazuri durerea devine cronică şi nu trece niciodată.

Tratamentul cuprinde repaus, antiinflamatoare nesteroidiene (AINS), exerciţii şi terapie cu aplicaţii calde sau reci. Dacă aceste măsuri nu merg, există şi alte opţiuni, ca ultrasunetele sau stimularea electronică transcutanată a nervilor (TENS).

Bursita

Există peste 150 de burse în organism. Aceşti săculeţi mici, plini cu lichid lubrifiază şi căptuşesc punctele de presiune dintre oase, tendoane şi muşchi din apropierea articulaţiilor. Bursele vă ajută să vă mişcaţi fără durere. Însă atunci când se inflamează – deseori prin suprasolicitare sau prin lezare ca în cazul unei lovituri puternice – mişcarea sau apăsarea devin dureroase.

Bursita afectează mai frecvent umerii, coatele sau şoldurile. Poate apărea şi la nivelul genunchilor, călcâielor şi chiar la baza degetului mare de la picior. Cu ajutorul unui tratament corespunzător, durerea din bursită trece de obicei cam într-o săptămână, dar recăderile sunt frecvente.

Inflamaţia poate fi îndepărtată şi cu ajutorul unei injecţii cu un steroid la nivelul bursei. Deseori se foloseşte un anestezic pentru a

îndepărta durerea. Alte alternative pentru tratamentul durerii şi a inflamaţiei sunt antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS), cum ar fi inhibitorii de COX-2. Pot fi de ajutor şi aplicaţiile reci sau calde. Articulaţia poate fi protejată până la diminuarea umflăturii cu ajutorul unui bandaj.

Tendinita

Tendinita este o inflamaţie sau iritaţie a unui tendon – un cordon fibros, gros, care ataşează muşchii de oase. Cea mai frecventă cauză de tendinită este accidentarea sau suprasolicitarea în cazul muncii sau jocului. Afecţiunea produce, în general, tensiune şi rigiditate în apropierea unei articulaţii, care sunt agravate de mişcare. Mai frecvent, tendinita apare la nivelul umărului, cotului (cotul tenismenului) sau genunchiului.

Dacă tendinita este severă şi produce ruptura unui tendon, puteţi avea nevoie de o intervenţie chirurgicală reparatorie. În multe cazuri, totuşi, repausul şi medicaţia antidureroasă şi antiinflamatorie rămân singurele metode terapeutice de care aveţi nevoie. Uneori, medicul poate injecta un steroid în ţesutul din jurul tendonului pentru a diminua inflamaţia.

Fibromialgia

Fibromialgia este o afecţiune care implică muşchii, tendoanele şi ligamentele. Diferă de artrită prin faptul că durerea apare în ţesuturile din vecinătate şi nu chiar în articulaţie. De asemenea, spre deosebire de artrită, produce doar durere şi nu inflamaţie.

Simptomul principal al fibromialgiei este apariţia de dureri peste tot. Durerea poate fi ca un junghi profund sau ca o arsură. Simptomele fibromialgiei pot apărea şi dispărea, dar de regulă niciodată complet.

În general, fibromialgia se tratează printr-o combinaţie de medicamente pentru reducerea durerii şi îmbunătăţirea somnului. Scopul este de diminuare a simptomatologiei şi de îmbunătăţire a stării generale de sănătate. Printre medicamente găsim, de obicei, analgezice eliberate cu sau fără reţetă. Medicaţia se asociază deseori cu terapii comportamentale, de tipul controlului stresului şi activităţilor fizice zilnice.

Afecţiunile nervoase

Durerea produsă de afectarea sau distrugerea nervilor poate fi printre cele mai dificil de tratat. Reţeaua nervoasă internă a corpului controlează mesajele de durere transmise către creier. Atunci când nervii nu funcţionează normal, se pot produce diverse simptome greu de tratat.

Neuropatia diabetică

Nivelele crescute de zahăr în sânge caracteristice diabetului se pot asocia cu afectarea fibrelor nervoase periferice de la nivelul mâinilor şi picioarelor. Aproximativ 6 din 10 persoane cu diabet prezintă acest tip de afectare nervoasă, care poate fi dureroasă şi invalidantă. Sunt afectaţi mai frecvent nervii de la nivelul picioarelor şi mai rar cei de la nivelul degetelor. Neuropatia periferică poate produce o senzaţie de furnicături, amorţeală, durere sau o combinare a acestora.

Medicamentele care se pare că au cel mai bun efect de ameliorare a durerii din neuropatie sunt anticonvulsivantele şi antidepresivele. O altă opţiune terapeutică este crema din ardei eliberată fără reţetă (Dolorac, Zostrix) făcută din extract de ardei iute. Atunci când vă frecaţi peste zona dureroasă, extractul ajută la blocarea semnalelor dureroase. Totuşi, pot fi necesare 1 – 4 săptămâni pentru ca această cremă să devină eficientă. Alte terapii benefice sunt acupunctura, biofeedback-ul şi tehnicile de relaxare.

Zona zoster şi nevralgia postherpetică

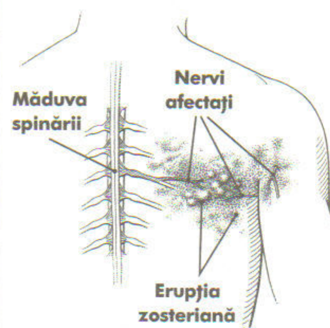
Zona zoster (herpes zoster) se poate manifesta cu dureri acute şi nervoase persistentă, cunoscute ca nevralgie postherpetică.

Zona zoster este reactivarea virusului care a produs în trecut varicela. Virusul se reactivează după ce a stat în formă dormantă în celula nervoasă timp de ani de zile. Atunci când se reactivează, virusul produce tipic durere sau furnicături într-o zonă limitată, de obicei pe o singură parte a corpului sau feţei. Pe măsură ce virusul se deplasează de-a lungul unui nerv ce porneşte din măduva spinării sau a nervilor faciali, această durere sau furnicăturile pot continua câteva zile sau mai mult. Urmează apoi apariţia unei erupţii tipice formate din vezicule.

Majoritatea oamenilor cu zona zoster au durere ce necesită tratament cu analgezice, chiar şi cu narcotice. Medicaţia antivirală, ca acyclovir (Zovirax) şi famciclovir (Famvir) poate ajuta la vindecare leziunilor cutanate şi reduce severitatea unor complicaţii produse de zona zoster.

Dacă durerea persistă după dispariţia erupţiei, acest fenomen se numeşte nevralgie postherpetică. Această durere cronică apare prin lezarea fibrelor nervoase după infecţia cu herpes zoster. Nevralgia postherpetică se poate trata cu antidepresive triciclice şi anticonvulsivante, printre altele. Acestea sunt mai eficiente pentru anumite persoane, ele inhibând transmiterea semnalelor durerii de la nivelul nervului afectat.

Alte metode de reducere a durerii sunt aplicarea unui gel anestezic, cum ar fi capsaicina (Dolorac, Zostrix) şi a unor comprese umede, reci peste erupţie.



Zona zoster este o erupţie asociată cu inflamaţia nervilor situaţi subcutanat. Lezarea nervilor poate produce durere chiar şi după ce a trecut erupţia (nevralgia postherpetică).

Sciatica

Numele de sciatică vine de la nervii sciatici, fiecare dintre aceştia având un traseu pe partea posterioară a membrelor inferioare, de la nivelul feselor până la călcâie. Inflamaţia nervului sau compresia unei rădăcini nervoase la nivelul coloanei poate produce sciatică. Puteţi simţi o durere care iradiază de la nivelul spatelui, prin fese până la nivelul părţii inferioare a piciorului. Pot apărea furnicături, amorţeală sau slăbiciune musculară.

De obicei, durerea trece de la sine. Totuşi, compresia nervoasă severă poate duce la slăbiciune musculară progresivă şi durere continuă. Medicul vă poate recomanda aplicarea de comprese calde şi reci pentru a îndepărta inflamaţia din jurul nervului. Se pot administra şi antiinflamatoare nesteroidiene (AINS) pentru diminuarea edemului şi a durerii.

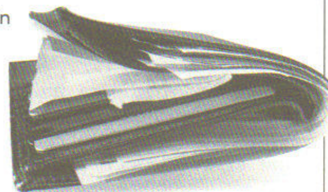
Dacă aceste măsuri nu sunt eficiente, se pot încerca alte metode terapeutice macanice sau comportamentale. Pot fi utile şi injecţiile cu corticosteroid în apropierea coloanei. Ultima soluţie este intervenţia chirurgicală la nivelul spatelui pentru îndepărtarea presiunii.

În cazul acestui tip de durere, ca şi în celelalte cazuri, o combinaţie de medicamente, terapie fizică şi terapie comportamentală vă pot permite de obicei să duceţi o viaţă normală. ■

Sfaturi pentru prevenire

Sciatica poate fi produsă de mulţi factori, dar una dintre cauzele frecvente este statul pe scaun timp îndelungat. Pentru a minimaliza simptomele de sciatică datorate acestei cauze:

- Aşezaţi-vă pe scaune cu stabilitate şi staţi lipit de spătar. Acest lucru vă ajută să diminuaţi presiunea exercitată asupra nervului sciatic, care are un traseu de la nivelul părţii inferioare a spatelui până la călcâi.
- Evitaţi să vă ţineţi picioarele încrucişate. Sprijiniţi-vă picioarele pe podea sau pe un suport.
- Faceţi pauze frecvente. Plimbaţi-vă puţin cel puţin o dată pe oră.
- Faceţi exerciţii în mod regulat pentru a vă întări musculatura spatelui şi pentru a vă îmbunătăţi postura.
- Adaptaţi-vă scaunul de la maşină astfel încât picioarele să fie îndoite din şolduri şi din genunchi. Folosiţi un suport lombar sau un prosop rulat pentru a vă susţine partea inferioară a spatelui.
- Nu vă puneţi portofelul în buzunarul de la spate deoarece exercitaţi o presiune asupra nervului sciatic.





Iritarea nervului de la nivelul părţii inferioare a spatelui poate produce sciatică – durere ce iradiază de la nivelul spatelui prin fese, până la nivelul părţii inferioare a piciorului.

Durerea de cauză necunoscută

Uneori, durerea cronică apare fără o cauză aparentă. În ciuda investigaţiilor repetate, medicul dumneavoastră nu este capabil să lege durerea de o cauză fizică sau de o afecţiune. Acest lucru nu înseamnă că durerea nu există. Pur şi simplu, durerea este asociată unor factori dificil de diagnosticat.

Starea dumneavoastră de sănătate este influenţată de interacţiunea dintre minte şi corp. În unele cazuri, motivele psihologice pot juca un rol major în durerea cronică. De exemplu, oamenii care au suferit abuzuri sexuale sau fizice par să aibă un risc mai mare de apariţie a anumitor tipuri de durere cronică. Nu se ştie dacă durerea este rezultatul leziunilor fizice sau este rezultatul cicatricelor emoţionale sau stresului. Se poate datora unui complex de factori.

CAPITOLUL **43** PARTEA a VI-a

Medicina alternativă și complementară



Pe măsură ce oamenii încearcă să joace un rol cât mai activ în îngrijirea sănătății, din ce în ce mai mulți se îndreaptă către tehnici aflate în afara principalelor domenii ale practicii medicale convenționale – ceea ce poartă numele de medicină complementară și alternativă. Poate că ați încercatat deja astfel de tehnici. Poate că ați practicat meditația pentru a reduce stresul sau ați încercat acupunctura pentru îndepărtarea durerii.

Centrul Național pentru Medicină Complementară și Alternativă (NCCAM) din SUA, o divizie a Institutului Național pentru Sănătate (NUH), definește medicina complementară și alternativă ca tratamente și metode de menținere a stării de sănătate care nu sunt învățate pe scară largă în școlile de medicină, nu sunt utilizate în general în spitale și nu sunt de obicei acoperite de asigurările medicale. Aceste tehnici includ o gamă largă de filosofii asupra vindecării, abordări și terapii. Unele exemple sunt practicarea tai chi – în asociere cu medicația – pentru tratarea anxietății sau folosirea unui preparat din plante în loc de chimio- sau radioterapie pentru tratarea cancerului.

Deseori, ideea de bază a medicinei complementare și alternative are ca substrat abordarea ce ia în considerare aspectele fizice, mentale, emoționale și spirituale ale sănătății. Profilaxia – prevenirea apariției problemelor de sănătate în locul tratării acestora după apariție – joacă, de asemenea, un rol important. Unele metode terapeutice din medicina complementară și alternativă sunt în conformitate cu medicina occidentală convențională și au devenit părți componente ale practicii clinice. Altele nu au fost acceptate de medicina convențională.

Multe dintre aceste metode nu sunt noi. De fapt, unele, cum este acupunctura, sunt folosite de mii de ani. Altele s-au modificat de-a lungul timpului deoarece s-au dovedit a fi periculoase sau le-au fost descoperite noi proprietăți. Digitala, care originar era considerată un medicament alternativ, este utilizată astăzi de medici în tratarea bolilor cardiovasculare.

Schimbarea vremurilor

În conformitate cu un studiu publicat de *Jurnalul Asociației Medicale Americane*, între 1990 și 1997 americanii au vizitat practicienii medicinei alternative și complementare mai frecvent decât pe medicii de familie, chiar știind că multe dintre serviciile medicinei complementare și alternative nu sunt acoperite de asigurările medicale.

De ce? Un motiv este că oamenii încearcă să capete mai mult control asupra propriei stări de sănătate. Un altul este că mulți consideră drept naturale metodele complementare. Tratamentele sunt în mare măsură noninvazive și ușor accesibile. În plus, multe dintre terapiile netradiționale sunt îndreptate asupra întregii persoane, ocupându-se de starea de bine fizică, mentală, emoțională și spirituală a fiecărui individ. Această abordare se adresează celor care văd că medicina convențională este orientată mai mult asupra bolii decât asupra persoanei.

Interesul mare pentru practicile alternative și complementare nu este limitat doar la cei care caută tratament. Mulți medici au fost foarte sceptici în ceea ce privește tratamentele alternative și complementare, dar, în zilele noastre, un număr în creștere de medici din SUA folosesc unele metode terapeutice neconvenționale sau trimit pacienții cuiva care face acest lucru. În fine, medicii sunt mai bine informați asupra tratamentelor neconvenționale decât erau în trecut.

Opțiunea de a căuta și a alege între metodele terapeutice neconvenționale complică și mai mult această lume a îngrijirii medicale. Fiți foarte atent la opțiunea dumneavoastră și nu credeți tot ceea ce auziți sau citiți despre medicina alternativă și complementară. Puteți găsi ceva potrivit pentru dumneavoastră, dar unele metode vă pot face mai mult rău decât bine.

Atunci când vă decideți asupra oricărui tratament neconvențional – sau convențional – trebuie să considerați că este sigur și eficient. În conformitate cu NCCAM, sigur înseamnă că beneficiile unui tratament depășesc riscurile. O metodă sigură este aceea care nu este periculoasă atunci când este folosită cum trebuie. Eficiența este probabilitatea ca tratamentul să aducă beneficii atunci când este aplicat cum trebuie.

Unde puteți găsi informații?

Medicina complementară și alternativă este un domeniu în continuă schimbare. Puteți găsi informații importante despre aceste metode în bibliotecile medicale, bibliotecile publice, magazinele cu cărți și pe Internet. Din păcate, veți găsi și o mulțime de informații greșite, mai ales pe Internet.

Atunci când căutați pe Internet, cea mai bună metodă de a găsi informații de încredere este să accesați paginile despre sănătate ale centrelor medicale mari, organizațiilor naționale de renume, universităților și guvernului federal. Un exemplu de sursă bună de informații online este pagina Centrului Național pentru Medicină Complementară și Alternativă din SUA (vezi pag. 1385). De aici, vă puteți lega de organizații ca Institutul Național pentru Sănătate și Biblioteca Națională de Medicină (din SUA).

O altă sursă online este Fundația pentru Sănătate pe Net (HON). Această fundație, creată în 1995, este o organizație non profit, desemnată să ghideze utilizatorii internetului care sunt sau nu din domeniul medical pentru a găsi informații utile și corecte despre sănătate online (vezi pag. 1383). HON este și organizația ce conduce stabilirea standardelor etice pentru cei care au pagini pe Internet.

Dacă nu aveți acces la Internet, mergeți la biblioteca publică. Multe biblioteci oferă spre utilizare computere cu conexiune la Internet.

Aplicaţi regula celor 3 D

Puteţi găsi mii de pagini de internet dedicate sănătăţii. Materialele prezentate variază de la studii solide la şarlatanii. Pentru a evalua calitatea informaţiilor găsite, aplicaţi regula celor 3 D.

Datele

Căutaţi cele mai recente informaţii pe care le puteţi găsi. Paginile cu renume prezintă o dată pentru fiecare articol prezentat şi indică dacă şi când articolul a fost îmbunătăţit.

Documentarea

Căutaţi sursa informaţiei. Observaţi dacă articolele au referinţe la o cercetare medicală publicată. Verificaţi dacă articolul a fost revizuit înainte de publicare de un grup de persoane calificate. Aveţi grijă la paginile comerciale sau mărturiile personale care exprimă un singur punct de vedere sau prezintă vindecări mirculoase.

Dublă verificare

Navigaţi pe câteva pagini dedicate sănătăţii şi comparaţi informaţiile. Înainte să urmaţi orice sfat medical, consultaţi-vă medicul.

Ce trebuie să căutaţi?

Persoanele care fac cercetări exagerate înainte de a se decide asupra unei noi maşini sau articol, deseori nu abordează de aceeaşi manieră domeniul sănătăţii. Stereotip sau nu, cunoaşterea este puterea. Dacă luaţi în considerare un tratament alternativ sau complementar, aflaţi tot ceea ce se poate despre acesta. Pentru a vă proteja starea de sănătate şi portofelul, evaluaţi beneficiile şi riscurile – mai ales riscurile. "Natural" nu înseamnă lipsit de pericole.

Diferenţa între metodele complementare sau alternative şi medicina convenţională este suportul ştiinţific asupra siguranţei şi eficacităţii. De aceea, medicii se bazează pe cercetări şi vă vor sfătui să faceţi la fel.

Întrebaţi-vă medicul despre rezultatele cercetărilor pentru a putea lua o decizie documentată despre orice tratament vreţi să urmaţi. Puteţi studia informaţia singur, ţinând cont că nu orice proces de cercetare îndeplineşte toate standardele pentru a fi credibil. Este important pentru dumneavoastră să înţelegeţi calitatea studiilor pe care le citiţi.

Fiţi atent la termeni

Sunt utilizaţi diverşi termeni pentru a descrie diverse tipuri de studii. De exemplu:

- Studiile clinice presupun cercetări pe oameni, mai degrabă decât pe animale. Studiile clinice sunt de regulă precedate de studii ce demonstrează siguranţa şi eficienţa tratamentului la animale.
- În studiile randomizate, controlate, participanţii sunt de obicei împărţiţi în 2 sau mai multe grupuri. Un grup primeşte tratamentul sub control. Celălalt este grupul de control – persoanele din acest grup primesc tratament standard, nu primesc tratament sau primesc o substanţă inactivă numită placebo. Persoanele sunt repartizate la întâmplare în aceste grupuri pentru a preveni influenţarea studiului şi a obţine grupuri similare ca constituţie.
- În studiile dublu-orb, nici cercetătorii, nici subiecţii studiului nu ştiu cine primeşte tratamentul şi cine placebo.
- Studiile prospective privesc în viitor. Cercetătorii stabilesc criteriile ce trebuie urmate de participanţii la studiu şi apoi evaluează sau descriu rezultatele. Informaţia furnizată de aceste studii este deseori mai de încredere decât în cazul studiilor retrospective. Studiile retrospective presupun evaluarea datelor din trecut – de exemplu cerând participanţilor să-şi amintească informaţia – ceea ce presupune influenţarea studiului şi erori în interpretare.
- Revistele medicale recenzate, ca *Journal of the Medical Association* şi *New England Journal of Medicine*, publică doar articole care au fost controlate de experţi medicali din afară.

Bazaţi-vă pe cele mai bune studii

Pentru a cunoaşte termenii, trebuie să urmăriţi: studiile prospective, dublu-orb care au fost controlate, randomizate şi publicate în reviste recenzate. Acestea sunt considerate standardul de aur al cercetării medicale. Dacă studiile implică un număr mare de participanţi (câteva sute sau mai mulţi) care au fost urmăriţi de-a lungul a câtorva ani, acestea câştigă şi mai multă credibilitate.

În plus, medicii apreciază studiile care sunt făcute de diferiţi cercetători şi care au aceleaşi rezultate.

Categorii uzuale

Sunt disponibile sute de mijloace terapeutice complementare şi alternative. Majoritatea pot fi clasificate în 5 grupe majore:

- Preparate din plante
- Manipularea şi atingerea
- Intervenţiile asupra legăturii minte-corp
- Restabilirea energiei naturale
- Sistemele alternative



La modă este ca şi tratamentele complementare şi alternative să se bazeze pe studii mici care îndeplinesc aceste criterii riguroase. În cazul majorităţii tratamentelor neconvenţionale veţi găsi rapoarte mai degrabă anecdotice ale practicanţilor şi ale persoanelor care au urmat aceste tratamente, date şi opinii neconcludente – din partea oponenţilor ca şi din partea susţinătorilor.

Preparatele din plante

Food and Drug Administration (FDA) clasifică suplimentele din plante, împreună cu vitaminele şi cu mineralele, ca suplimente ale dietei. Utilizate de secole în scopul vindecării, plante ca sunătoarea şi echinacea au evoluat de la leacuri populare la o industrie de multe miliarde de dolari în SUA.

Un număr estimat de 60 milioane de americani folosesc suplimentele din plante. Deoarece aceste preparate provin din plante, mulţi oameni le consideră "naturale" şi de aceea cred că sunt sigure. Nu este neapărat aşa. Studiile au identificat un număr de preparate din plante, ca Ephedra, care pot avea efecte periculoase, chiar mortale. În plus, eficienţa majorităţii preparatelor din plante nu a fost stabilită, iar lipsa relativă a reglementării produselor face ca dumneavoastră să nu ştiţi ce veţi obţine atunci când începeţi să le luaţi.

Spre deosebire de medicamentele eliberate pe bază de reţetă, majoritatea preparatelor din plante nu sunt standardizate să ofere consumatorilor produse consistente. Doar în cazul utilizării utilajelor standard se pot asigura cele mai sigure şi mai eficiente doze ale produsului.

Regulamente

Deşi FDA este responsabilă de supravegherea suplimentelor din plante, există un control scăzut asupra fabricării acestora. În anul 1993, agenţia a propus o reglementare care cerea companiilor producătoare să demonstreze afirmaţiile despre produsele lor. Implementarea reglementării ar fi presupus efectuarea de către companii a unor studii adecvate pentru fiecare produs. Producătorii preparatelor din plante şi îngrijorarea consumatorilor au pus bazele unei campanii eficiente de blocare a FDA în ceea ce priveşte limitarea accesului la suplimente din plante şi dietetice. Congresul american a răspuns prin emiterea Legii asupra Sănătăţii şi Educaţiei în ceea ce priveşte Suplimentele din Dietă (DSHEA) în 1994. Acest act limitează controlul FDA asupra produselor catalogate ca suplimente în dietă.

Drept urmare, preparatele din plante nu sunt supuse aceloraşi norme riguroase ca şi medicamentele eliberate cu sau fără reţetă. De aceea, conţinutul unui pachet de ginkgo, de exemplu, poate varia semnificativ de altul. Preparatele din plante pot fi, de asemenea, vândute fără dovada eficienţei sau siguranţei, iar producătorii pot face anumite afirmaţii asupra produselor lor bazate pe propria experienţă şi interpretare a studiilor – fără evaluarea FDA. De aceea, este obligatoriu ca suplimentele din plante să aibă o etichetă pe care este scris: "Această afirmaţie nu a fost evaluată de Food and Drug Administration. Acest produs nu are scopul de a diagnostica, trata, vindeca sau preveni orice boală". Totuşi, FDA poate retrage un produs de pe piaţă o dată ce acesta s-a dovedit periculos.

Dintre toate tratamentele neconvenţionale, preparatele din plante au cel mai mare potenţial de apariţie a efectelor periculoase.

Siguranţă

Dacă vă decideţi să luaţi un preparat din plante, luaţi-vă aceleaşi precauţii ca în cazul oricărui medicament eliberat pe bază de reţetă sau nu.

Citiţi eticheta

Calitatea şi puterea unui preparat din plante poate varia mult cu tipul. Uitaţi-vă după literele *USP* (Farmacopeea SUA) sau *NF* (Formular Naţional), care arată că suplimentele îndeplinesc anumite standarde de calitate. Unele companii urmează în mod voluntar standardele stabilite pentru medicamente – ştiţi acest lucru dacă vedeţi înscris pe pachet *"Good Manufacturing Practice"*. Căutaţi aceste produse.

Urmaţi instrucţiunile

Nu depăşiţi dozele recomandate. În plus, unele plante pot fi periculoase dacă sunt luate timp îndelungat. Urmaţi sfatul medicului şi a altor persoane cu renume.

Spuneţi medicului ce luaţi

Multe persoane nu spun medicilor că iau preparate din plante deoarece cred că medicii vor dezaproba acest lucru, că nu contează sau că medicii nu întreabă. Spuneţi medicului dumneavoastră ce luaţi. Unele preparate pot interfera cu acţiunea medicamentelor eliberate cu sau fără reţetă sau au alte efecte periculoase. În plus, dacă luaţi un preparat din plante pentru tratarea unui simptom, acest poate arăta că aveţi o problemă medicală ce necesită tratament din partea medicului dumneavoastră.

Urmăriţi ceea ce luaţi

Păstraţi o înregistrare a ceea ce luaţi, a dozelor şi a efectelor. Notaţi orice reacţie adversă cum ar fi somnolenţa, insomnia, cefaleea sau greaţa.

Verificaţi unde este făcut produsul

În general, suplimentele din plante preparate şi ambalate în Europa sunt mai bine reglementate şi standardizate decât cele fabricate oriunde altundeva. Unele suplimente din plante fabricate în China, India şi în alte ţări conţineau ingrediente toxice – inclusiv plumb, mercur şi arsenic – şi medicamente eliberate pe bază de prescripţie, cum ar fi prednisonul.

Cumpăraţi produse făcute dintr-o singură plantă

Asiguraţi-vă că pe eticheta produsului este scris ce cantitate de plante conţine fiecare doză. Produsele ce conţin mai multe

plante au deseori cantități mai mici din fiecare ingredient în comparație cu produsele ce conțin o singură plantă.

Evitați plantele considerate periculoase

Plantele pe care FDA le consideră periculoase includ beladona, mătasea de porumb, tătăneasa, lobelia și purecarița. Hydrastis și ephedra sunt, de asemenea, plante controversate ce pot produce reacții adverse importante. Și Kava, o plantă folosită pentru tratamentul anxietății, s-a dovedit că se asociază cu afectare hepatică la unele persoane. Se poate să existe și alte ierburi periculoase. Supradozele din oricare dintre aceste ierburi pot fi fatale.

Evitați consumul de plante dacă sunteți gravidă sau alăptați

Preparatele din plante pot fi periculoase pentru copil sau pot duce la avort. Evitați-le în cazul în care sunteți gravidă sau dacă alăptați.

10 plante populare

Oamenii consumă preparatele din plante dintr-o sumedenie de motive. Iată o trecere în revistă a câtorva dintre cele mai cunoscute plante, ceea ce se pretinde că fac și ceea ce spun studiile despre acestea.

Cimicifuga (*Cimicifuga racemosa*)

Datorită unor efecte similare hormonului feminin estrogen, cimicifuga este folosită pentru combaterea crampelor menstruale, perioadelor de durere și simptomelor menopauzei, cum ar fi bufeurile, anxietatea și depresia. Un număr de studii clinice arată că cimicifuga este eficientă, dar sunt necesare mai multe studii pe termen lung.

Echinacea (*Echinacea purpurea, Echinacea pallida*)

Echinacea este utilizată în mod tipic pentru prevenirea gripei și răcelilor. Studiile arată că deși poate scurta durata răcelii și gripei, probabil că nu previne apariția acestora.

Unii cercetători au crescut grijile asupra potențialului toxicității hepatice pe care îl are această plantă. Nu o luați mai mult de 8 săptămâni la fiecare cură. Echinacea va afecta sistemul imun, de aceea unii specialiști din lumea medicală o contraindică dacă aveți diabet, boli autoimune ca scleroza multiplă, lupus eritematos sau poliartrită reumatoidă sau afecțiuni care alterează imunitatea, cum ar fi cancerul sau infecția cu virusul uman al imunodeficienței (HIV).

Partenia (*Tanacetum parthenium*)

Frunzele parteniei sunt folosite pentru prevenirea migrenelor. Studiile arată că ingredientul activ, partenolida, poate reduce frecvența și severitatea migrenelor. Nu luați partenia dacă sunteți însărcinată deoarece poate duce la avort.

Usturoiul (*Allium sativum*)

Unele persoane cred că usturoiul poate scădea colesterolul și tensiunea arterială, și previne formarea cheagurilor de sânge.

Se crede că usturoiul este mai eficient dacă este consumat crud și în cantități mari – 5 sau mai mulți căței pe zi. Mâncând atât de mulți usturoi vă puteți însă produce iritație gastrică, fără a mai menționa mirosul respirației și al corpului. Suplimentele cu usturoi pot fi eficiente când conțin ingredientul activ alicin. Datorită proprietăților de subțiere a sângelui pe care le are usturoiul, nu-l consumați dacă luați medicație anticoagulantă de genul warfarinei (Coumadin). Înainte de a asocia consumul de usturoi cu administrarea zilnică a aspirinei, consultați medicul.

Ghimbir (*Zingiber officinale*)

Rădăcina ghimbirului este folosită pentru combaterea greței și indigestiei. Studiile arată că poate fi eficientă pentru prevenirea greței asociată cu răul de mișcare și anestezia. Totuși, dacă luați ghimbir în mod regulat și trebuie să fiți supus unei intervenții chirurgicale, întrerupeți consumul cu 2-3 săptămâni înaintea datei operației deoarece vă poate crește riscul de sângerare.

Ghimbirul nu este recomandat pentru tratamentul grețurilor matinale. În plus, dacă aveți pietre în colecist, consultați-vă cu medicul înainte de a consuma ghimbir deoarece crește producerea de suc intestinal și bilă.

Prea bun pentru a fi adevărat?

Food and Drug Administration și *National Council Against Health Fraud* (din SUA) vă recomandă să fiți atent la următoarele afirmații sau tehnici ce pot fi semnale de alarmă ale unor produse sau tratamente potențial frauduloase:

- Anunțurile sau materialele promoționale care includ cuvinte ca *distruge, magic sau descoperire nouă*. Dacă produsul are de fapt proprietăți curative, atunci ar trebui să fie raportat în media, iar medicul dumneavoastră să vi-l recomande.
- Materialele promoționale ce cuprind jargonul pseudomedical de genul *detoxifică, purifică* sau *energizează*. Aceste afirmații sunt greu de definit și de măsurat.
- Afirmațiile producătorului că produsul poate trata o gamă largă de simptome, vindecă sau previne un număr de boli. Nici un produs nu poate face singur acest lucru.
- Produsul este posibil susținut de studii științifice, în care nu sunt prezentate referințele sau acestea sunt limitate sau vechi.
- Publicitatea făcută produsului nu prezintă nici un efect negativ, doar beneficii.
- Producătorul acuză guvernul sau medicii că ascund informații importante despre beneficiile produsului pentru sănătate. Nu există nici un motiv pentru ca guvernul sau lumea medicală să ascundă informații ce pot veni în ajutorul oamenilor.

Ginkgo *(Ginkgo biloba)*

Ginkgo este utilizată pentru creşterea fluxului sangvin la nivelul creierului în efortul de ameliorare a unor simptome ca pierderea de memorie pe perioade scurte, ameţeală, ţiuituri în urechi şi cefalee. Se foloseşte şi pentru tratarea durerii la nivelul picioarelor legată de activitate produsă de insuficienţa circulatorie de la acest nivel (claudicaţie). Există dovezi care arată că ginkgo are un mic efect pozitiv în cazul claudicaţiei şi a problemelor de memorie, şi este studiată pentru a vedea dacă poate încetini progresia bolii Alzheimer. Sunt necesare însă mai multe studii asupra acestei plante. Nu consumaţi ginkgo dacă luaţi o medicaţie anticoagulantă sau un diuretic tiazidic.

Ginseng *(Panax ginseng, Panax quinquefolius)*

Unele persoane folosesc ginseng pentru creşterea energiei, a activităţii sexuale, reducerea stresului şi combaterea efectelor îmbătrânirii. Nici o dovadă ştiinţifică nu arată că poate face aceste lucruri, dar vă poate îmbunătăţi sentimentul general de stare de bine. Nu consumaţi o perioadă mai lungă de 3 luni şi nu depăşiţi dozele maxime recomandate. Nu folosiţi ginseng dacă aveţi o boală legată de estrogeni, cum ar fi cancerul de sân. În plus, nu o consumaţi dacă aveţi hipertensiune arterială necontrolabilă.

Kava *(Piper methysticum)*

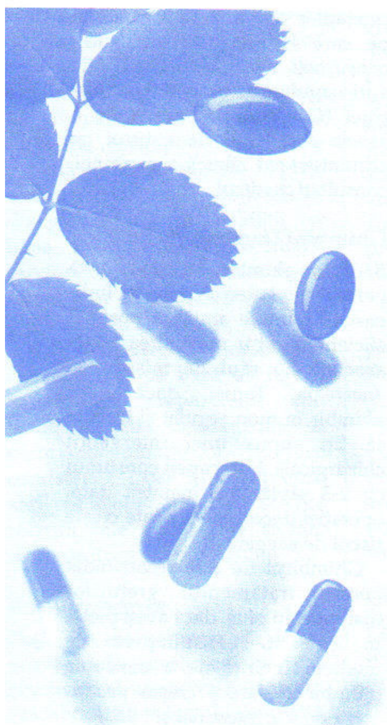
Unele persoane consumă Kava pentru combaterea anxietăţii şi insomniei. La sfârşitul anului 2001 – în urma rapoartelor din Europa despre problemele hepatice apărute la unele persoane care au consumat Kava – FDA a început să investigheze riscurile asociate acesteia. Până când FDA nu află mai multe, nu începeţi să luaţi Kava sau alte produse care o conţin. Dacă aţi consumat deja, consultaţi medicul. Nu trebuie să luaţi Kava dacă aveţi un istoric de probleme hepatice, sunteţi deprimat sau dacă luaţi antidepresive sau sedative eliberate pe bază de reţetă.

Sunătoarea *(Hypericum perforatum)*

Recomandată pe scară mai largă în Germania, sunătoarea este folosită în tratamentul depresiei uşoare până la moderată. Unele studii sugerează că sunătoarea poate avea acelaşi efect ca şi unele medicamente antidepresive utilizate în tratamentul depresiei uşoare şi cu mai puţine efecte adverse. Nu s-a dovedit eficientă în tratarea depresiei majore. O preocupare importantă este faptul că această plantă poate influenţa efectele unui număr de medicamente prescrise, incluzând alte antidepresive, digoxina, warfarina şi ciclosporina. Până la aflarea mai multor lucruri, o regulă ce vă stă în putere este să nu combinaţi sunătoarea cu orice alt medicament fără să discutaţi înainte cu medicul dumneavoastră.

Palmierul pitic *(Serenoa repens)*

Unele studii arată că palmierul pitic poate ameliora fluxul urinar şi golirea vezicii la bărbaţii ce prezintă hiperplazia benignă a prostatei. Studiile sunt neconcludente asupra modului în care palmierul pitic poate influenţa rezultatele testării sangvine a antigenului specific prostatic (PSA) utilizat pentru screening în cazul cancerului de prostată.



Evitarea interacţiunilor periculoase

Suplimentele din plante conţin ingrediente care vă pot pune în pericol în cazul asocierii cu medicamente eliberate sau nu pe bază de prescripţie. Anumite probleme medicale vă pot creşte, de asemenea, riscul de apariţie a reacţiilor adverse după consumul produselor din plante.

Consultaţi-vă cu medicul înainte de a lua orice produs din plante, în special dacă sunteţi însărcinată sau alăptaţi, sau dacă luaţi în mod regulat medicamente eliberate sau nu pe bază de prescripţie. Consultaţi-vă cu medicul şi dacă aveţi oricare dintre următoarele afecţiuni:

- Hipertensiune arterială
- Istoric de accident vascular cerebral
- Tulburări de coagulare
- Probleme tiroidiene
- Diabet
- Boală cardiovasculară
- Epilepsie
- Boala Parkinson
- Glaucom
- Mărirea de volum a prostatei
- Infecţia cu virusul imunodeficienţei umane (HIV), SIDA sau alte afecţiuni ale sistemului imun
- Depresie sau alte probleme psihiatrice

Unele suplimente din plante pot fi, de asemenea, periculoase atunci când veţi fi supus unei anestezii. Dacă vă operaţi, spuneţi medicului toate medicamentele pe care le luaţi, incluzând şi suplimentele din plante. Opriţi consumul suplimentelor din plante cu cel puţin 2-3 săptămâni înainte de intervenţia chirurgicală pentru a permite eliminarea acestora din organism. Dacă acest lucru nu este posibil, atunci aduceţi preparatul din plante şi cutia sa originală la spital astfel încât anestezistul să ştie ce luaţi.

Manipularea şi atingerea

Dacă aţi făcut vreodată masaj, fără a mai menţiona o îmbrăţişare a unui prieten sau a persoanei iubite, atunci ştiţi cât de reconfortantă poate fi atingerea umană. Atingerea şi manipularea ţesuturilor corpului stau la baza câtorva tratamente complementare şi alternative.

Chiropractica

Puteţi fi surprins să aflaţi că chiropractica este considerată un tratament complementar sau alternativ. Sunt peste 45 000 de chiropracticieni în SUA. 1/3 dintre americani merg la chiropracticieni, aceştia fiind pe locul 2 după medicii de familie.

În vremurile de demult ale chiropracticii, practicienii afirmau că vertebrele prost aliniate erau sursa tuturor bolilor şi că vindecarea era condiţionată de realinierea acestora. În conformitate cu această teorie, vertebrale prost aliniate vă pot micşora gradul de mişcare al coloanei, ceea ce afectează nervii ce pornesc de la nivel medular. Chiropractica încearcă să vă realinieze vertebrele, să crească gradul de mişcare, să elibereze căile nervoase şi să restabiliească starea de sănătate.

Mulţi dintre chiropracticienii din zilele noastre folosesc o tehnică de realiniere cu mâinile, numită terapie manipulativă pentru tratarea durerii de spate. Studiile arată că în intervalul de 4-6 săptămâni de la declanşarea durerii acute, necomplicate, de spate, manipularea poate îmbunătăţi funcţionarea şi diminuă durerea, posibil la fel de bine ca şi alte metode terapeutice. De altfel, Agenţia pentru Cercetare şi Calitate în Sănătate (SUA) a concluzionat că manipularea coloanei poate asigura ameliorarea temporară a durerii lombare. După 6 săptămâni de simptomatologie, totuşi, nu există nici o dovadă pentru continuare a chiropracticii. Nu există nici o altă dovadă care să sugereze că manipularea vertebrelor poate fi utilă pentru altceva decât pentru durerea de spate.

Chiropracticenii lucrează uneori în asociere cu medicii. Cu toate că aceşti terapeuţi nu pot prescrie medicamente sau efectua intervenţii chirurgicale, pot folosi anumite proceduri medicale standard. Serviciile acestora pot fi acoperite de asigurările medicale, aşa că luaţi contactul cu societatea dumneavoastră de asigurări.

Medicina osteopatică

Medicii osteopaţi au aceeaşi pregătire ca şi ceilalţi doctori, incluzând şcoala de medicină, rezidenţiatul şi examenul de specialist. Ca şi medicii, ei pot prescrie medicamente şi pot opera. Ei sunt specializaţi în toate domeniile medicale, cum ar fi pediatria sau radiologia.

Există totuşi o diferenţă în pregătirea urmată de osteopaţi: o parte dintre ei se axează pe manipularea adresată problemelor articulare şi de coloană. Ei pot face aceste manevre pentru îndepărtarea presiunii din articulaţii, alinierea muşchilor şi articulaţiilor, şi îmbunătăţirea fluxului lichidelor din corp. Tratamentul pe care-l primiţi prin mâinile unui osteopat poate să nu difere semnificativ de tratamentul primit de la un alt doctor. Nu toţi osteopaţii folosesc manipularea în practica lor, sau o folosesc doar ocazional.

Masajul

Masajul presupune manevrarea ţesuturilor moi ale corpului – pielea, muşchii şi tendoanele. Tipul de manevrare – incluzând ritmul, intensitatea, rata şi direcţia – variază în funcţie de tipul de masaj, de la mişcările tradiţionale de frământare şi frecare în cazul masajului suedez, până la utilizarea presiunii la nivelul locurilor de acupunctură în cazul masajului shiatsu.

Utilizat deseori ca parte a fizioterapiei, medicinei sportive şi îngrijirii, masajul poate îndepărta tensiunea musculară, reduce stresul şi vă ajută să vă simţiţi mai bine atunci când urmaţi un tratament medical pentru diverse suferinţe. Nu trebuie să fiţi bolnav pentru a beneficia de masaj. Persoanele sănătoase recurg la masaj ca mijloc de îndepărtare a stresului şi de relaxare.

Un masaj trebuie să vă facă să simţiţi bine sau produce puţin disconfort. Dacă doare, anunţaţi persoana care vă face masajul. Evitaţi masajul zonelor cu plăgi deschise, infecţii cutanate, flebite, oase fragile sau articulaţii inflamate. Dacă v-aţi lovit, consultaţi-vă medicul înainte de a face un masaj.

Intervenţia asupra legăturilor dintre psihic şi corp

Psihicul şi corpul sunt legate în mod cert, astfel încât gândurile şi emoţiile vă afectează corpul. Acesta este substratul intervenţiilor asupra legăturii dintre minte şi corp.

Medicina tradiţională s-a concentrat timp îndelungat asupra biologiei corpului şi a creierului. Acest lucru s-a schimbat însă. De-a lungul ultimelor decade, cercetătorii şi doctorii şi-au centralizat mai mult atenţia asupra efectelor pe care mintea le are asupra corpului, în mod particular, în cazul bolilor ce par produse de stres, cum ar fi cancerul, bolile cardiace şi astmul.

Cei care practică terapia psihic-corp cred că gândurile şi sentimentele negative pot produce simptome fizice. Ei utilizează un număr de tehnici de relaxare cu scopul calmării psihicului.

Biofeedback

Biofeedback-ul este o tehnică în cadrul căreia un terapeut pregătit foloseşte instrumente de monitorizare pentru a vă învăţa cum să vă controlaţi anumite răspunsuri ale organismului ce vă pot afecta sănătatea, cum ar fi frecvenţa cardiacă, tensiunea musculară şi tensiunea arterială.

Terapeutul pune nişte electrozi şi alţi senzori în diferite zone ale corpului. Electrozii sunt ataşaţi

unui dispozitiv care vă monitorizează reacţiile şi vă oferă un feedback auditiv sau vizual. De exemplu, modelele de pe monitor pot indica activitatea undelor dumneavoastră cerebrale.

Prin feedback, puteţi învăţa să produceţi schimbări pozitive ce arată relaxare. De exemplu, atunci când sunteţi supus unui stres, vasele sangvine se contractă, ceea ce poate agrava afecţiuni de tipul migrenelor. Biofeedback-ul termic utilizează un instrument care măsoară temperatura cutanată. Prin concentrarea asupra creşterii temperaturii pielii, puteţi diminua vasoconstricţia.

Terapeuţii combină adesea biofeedback-ul cu alte tehnici de relaxare în scopul liniştirii. Efectuat în clinici de fizioterapie, centre medicale şi în spitale, biofeedback-ul este folosit pentru o varietate de afecţiuni, incluzând anxietatea, hipertensiunea arterială, astmul, sindromul de colon iritabil, durerea cronică, migrenele şi cefalee de tensiune.

Hipnoza

Hipnoza este o tehnică ce induce o stare de relaxare profundă în timp ce psihicul este vigil şi deschis la sugestii. Nimeni nu ştie exact cum funcţionează, dar experţii cred că modifică tipurile de unde cerebrale cam în acelaşi mod în care îl fac alte tehnici de relaxare.

Aproximativ 80% dintre adulţi pot fi hipnotizaţi. Modul în care hipnoza acţionează asupra dumneavoastră depinde de priceperea practicianului şi de dorinţa dumneavoastră de cooperare. Dacă apelaţi la hipnoză pentru a scăpa de un obicei prost, cum ar fi fumatul sau consumul de droguri, atunci trebuie fiţi puternic motivat să faceţi această schimbare pentru a reuşi.

Hipnoza a fost folosită în locul anesteziei în anumite intervenţii chirurgicale, naştere şi proceduri stomatologice. Este mai frecvent folosită pentru a ajuta la controlul durerii, cum ar fi cefaleea sau durerea postoperatorie, sau pentru a controla crizele de astm, pentru a împiedica manifestările anxietăţii, cum ar fi teama de a vorbi în faţa unui auditoriu.

Unii psihiatri şi psihologi practică hipnoza aşa cum o fac şi profesioniştii în hipnoză. Acest domeniu este însă puţin reglementat. Înainte de a vă da pe mâinile unui specialist în hipnoză luaţi o recomandare de la cineva cunoscut şi în care aveţi încredere.

Yoga

Yoga este o practică veche care induce o stare de bine fizic, mental şi spiritual prin intermediul combinaţiei posturilor (asanas), tehnicilor de respiraţie şi a meditaţiei. Această tehnică este din ce în ce mai larg răspândită printre persoanele care caută relaxare, linişte spirituală sau o îmbunătăţire a flexibilităţii, coordonării, echilibrului, forţei şi rezistenţei.

Centrul Naţional pentru Medicină Complementară şi Alternativă din SUA (NCCAM) afirmă că Yoga poate ameliora artroza, ajută oamenii să se lase de fumat şi ameliorează unele dintre simptomele sindromului de tunel carpian. În conformitate cu NCCAM, alte beneficii ale tehnicii Yoga, atunci când este practicată în mod regulat, pot fi reducerea anxietăţii, rărirea respiraţiei, scăderea tensiunii arteriale, modificarea undelor activităţii cerebrale şi îmbunătăţirea fluxului sangvin. Mulţi pasionaţi de Yoga afirmă că această tehnică poate trata tulburări specifice mentale şi fizice, dar nu există suficiente studii randomizate, controlate care să susţină acest lucru.

În final, Yoga vă poate relaxa, iar unele tehnici vă pot îmbunătăţi condiţia fizică. Dacă găsiţi un instructor experimentat care să folosească diverse poziţii în funcţie de gradul dumneavoastră de flexibilitate, Yoga vă poate mai degrabă ajuta decât să vă pună în pericol. Yoga nu este însă uşoară. Ea necesită disciplină şi concentrare.



Exersând în mod constant, puteţi folosi yoga pentru a vă îmbunătăţi flexibilitatea, coordonarea, postura, echilibrul şi rezistenţa.

Meditaţia

Dacă petreceţi o perioadă de timp în fiecare zi încercând să vă liniştiţi mintea cu ajutorul meditaţiei, vă puteţi relaxa, scădeţi frecvenţa respiraţiei şi cordului, şi diminuaţi tensiunea musculară.

Meditaţia poate diminua răspunsul corpului la substanţele chimice produse atunci când sunteţi stresat, cum ar fi adrenalina care poate creşte tensiunea arterială şi coagulabilitatea sangvină – ambii fiind factori de risc pentru boala cardiacă. În cazul exersării continue, puteţi ajunge la un punct în care meditaţia vă poate ajuta la scăderea tensiunii arteriale.

Meditaţia vă ajută să atingeţi o stare profundă de linişte. Relaxarea obţinută vă poate ajuta să controlaţi durerea şi să reduceţi stresul şi anxietatea care pot declanşa sau agrava o boală.

În timpul meditaţiei staţi liniştit şi faceţi un efort să vă concentraţi asupra unui lucru, cum ar fi un anumit cuvânt. Atunci când gândurile dumneavoastră zboară aşa cum este inevitabil să o facă, reconcentraţi-vă asupra lucrului iniţial.

O tehnică derivată este imagistica ghidată, în cadrul căreia vocea cuiva, fie înregistrată, fie în direct, vă conduce într-un exerciţiu vizual.

O dată ce aţi atins o stare de relaxare profundă, cel mai probabil prin intermediul meditaţiei, veţi invoca o imagine a ceea ce vă sugerează persoana care ghidează exerciţiul. Probabil că este imaginea unui loc liniştit, cum ar fi o grădină sau o plajă, unde vă simţiţi calm şi în siguranţă. Dacă aveţi o suferinţă, vi se poate cere să vizualizaţi celulele sănătoase atacând boala.

Studiile pe creier efectuate asupra persoanelor care urmează şedinţa de imagistică ghidată arată că, prin vizualizarea sau imaginarea unui anumit lucru, stimulaţi aceleaşi părţi din creier care sunt stimulate în timpul experienţei actuale. Dacă vă relaxează să staţi la marginea oceanului, atunci puteţi să atingeţi acelaşi nivel de relaxare prin vederea dumneavoastră stând la marginea oceanului.

Găsirea unui grup şi a unui instructor de Yoga

Dacă vă hotărâţi să încercaţi tehnicile Yoga, cea mai bună soluţie este să învăţaţi într-un grup. Iniţial trebuie să alegeţi cel mai bun stil pentru dumneavoastră, de la tehnicile uşoare până la cele puternice. Tehnica de bază hatha yoga este o formă blândă care combină tehnicile respiratorii cu o serie de poziţii, numite asanas.

Iată câteva proprietăţi ale hatha yoga:

- Iyengar yoga, dezvoltată de un profesor influent din India, pune accentul pe claritatea mentală şi precizie în realizarea asanas.
- Svaroopa yoga foloseşte poziţii care sunt centrate pe coloană şi şolduri. Dacă recurgeţi la yoga în principal pentru îndepărtarea stresului şi relaxare, puteţi găsi corespunzătoare această formă de yoga.
- Ashtanga şi vinyasa yoga – deseori recomandate ca tehnici puternice – învaţă asanas legate într-o ordine, combinate cu respiraţie ritmică şi profundă. Tehnicile puternice de yoga prezintă beneficii aerobice.
- Bikram yoga este un sistem de 26 de atitudini efectuate în aceeaşi secvenţă de fiecare dată. Grupurile sunt ţinute într-o cameră încălzită, chiar dacă este cald afară, în scopul obţinerii unei mai bune flexibilităţi.
- Kripalu yoga se bazează pe îndepărtarea tensiunii şi încrederea în înţelepciunea dumneavoastră (intuiţie).

Grupurile de Yoga sunt în general uşor de găsit în oraşele mari. Adresaţi-vă cluburilor locale de sănătate YMCA, YWCA, bisericilor şi centrelor educaţionale comunitare. Nu există nici o atestare pentru instructorii Yoga, de aceea căutaţi unul care are un interes crescut pentru Yoga care a studiat şi practicat timp de ani de zile. Observaţi grupul înainte să vă înscrieţi.

Cum să meditaţi

Nu trebuie să vă răsuciţi picioarele sub dumneavoastră sau să vă petreceţi viaţa într-un ashram pentru a învăţa să meditaţi. Tot ce trebui să faceţi este să găsiţi un loc liniştit unde să nu fiţi deranjat. Aşezaţi-vă sau întindeţi-vă într-o poziţie comodă. Iată câteva lucruri pe care trebuie să le luaţi în considerare.

- *Concentraţi-vă asupra respiraţiei.* Inspiraţi şi expiraţi pe nas şi fiţi atent la anumite aspecte ale respiraţiei, cum ar fi pauza dintre respiraţii sau senzaţia pe care o aveţi când aerul iese prin nări.
- *Concentraţi-vă asupra unui cuvânt, frază sau rugăciuni.* În Meditaţia Transcedentală repetaţi în minte o mantră, de obicei un cuvânt Sanskrit sau un sunet spus de instructorul dumneavoastră. Puteţi să vă alegeţi propria mantră, cum ar fi cuvântul pace, sau puteţi număra de la 1 la 4 în mod repetat. Puteţi să relizaţi o coordonare între mantră şi respiraţie.
- *Concentraţi-vă asupra momentului.* Acest proces este cunoscut şi ca meditaţie prin atenţie. Sunteţi conştient asupra senzaţiilor, sunetelor şi gândurilor. Pur şi simplu, le observaţi şi le lăsaţi să treacă. Puteţi şi să simţiţi anumite senzaţii în organism – zgomote gastrice sau crampe la nivelul coapsei.

Multe persoane meditează cu ochii închişi. Altele preferă să-şi ţină ochii întredeschişi cu privirea fixă. Nu contează dacă staţi întins sau aşezat pe podea, pe un scaun, pe o pernă pentru meditaţie sau pe o bancă atâta timp cât staţi confortabil. Ţineţi-vă spatele drept şi nu vă faceţi atât de comod încât să adormiţi.

Începeţi cu şedinţe de meditaţie de 5 minute de 1-2 ori pe zi şi creşteţi durata până la 20 de minute pe şedinţă.

Refacerea energiei naturale

Tehnicile bazate pe energia naturală se bazează pe ideea că energia care circulă prin corp sau câmpul energetic care se presupune că vă înconjoară organismul pot fi perturbate sau blocate şi trebuie refăcute. Deşi multe dintre tehnicile ce leagă psihicul de corp sunt bazate pe aceeaşi premisă, aceste tehnici de energie diferă mult între ele.

Acupunctura

Componentă a medicinei tradiţionale chineze, acupunctura există de cel puţin 2500 de ani. Filozofia orientală care stă în spatele acestei practici spune că sănătatea depinde de o energie vitală numită **chi** sau **qi** (se pronunţă ci), ce circulă prin corp de-a lungul a 14 căi numite meridiane. În conformitate cu această veche teorie, dacă aveţi un chi dezechilibrat, puteţi prezenta durere şi boală. Introducerea de ace în puncte specifice de-a lungul meridianelor deblochează fluxul energetic şi restabileşte echilibrul sănătăţii corpului.

O declaraţie de consens asupra acupuncturii dată de Institutul Naţional pentru sănătate (NIH) din SUA afirmă lipsa cercetărilor solide şi controlate, şi a studiilor ce compară acupunctura cu placebo sau cu falsa acupunctură, în care acele sunt introduse la întâmplare în corp. Totuşi, acupunctura este una dintre cele mai studiate şi mai acceptate practici medicale netradiţionale.

În plus, declaraţia de consens afirmă că studiile arată că acupunctura poate ajuta la îndepărtarea durerii după chirurgie dentară, precum şi a greţii şi vărsăturilor date de chimioterapie,



Trebuie să doară puţin sau deloc când se inseră acele. Unele persoane găsesc chiar relaxantă această tehnică.

Informaţii despre acupunctură

Dacă apelaţi la acupunctură, iată la ce trebuie să vă aşteptaţi:

- Se inseră de la 1 la 20 de ace de grosimea firului de păr sub pielea dumneavoastră.
- Unele ace se pot introduce până la 8 cm în profunzime, în funcţie de locul în care se aplică şi de tratamentul urmărit. Altele sunt plasate superficial.
- Acele sunt lăsate aşa pentru 15-30 de minute.
- Trebuie să vă doară puţin sau deloc după introducere. Durerea importantă este un semn că tehnica este incorectă.
- O dată introduse, acele trebuie mişcate uşor cu mâna sau stimulate prin electricitate sau căldură.
- Probabil veţi fi supus mai multor şedinţe. Se poate să nu obţineţi nimic după o şedinţă, dar dacă nu se întâmplă nimic după 6-8 şedinţe, atunci, probabil că acupunctură nu este pentru dumneavoastră.
- Dacă simţiţi o ameliorare, acordaţi o şansă acupuncturii să acţioneze. Pot fi necesare luni de zile pentru ameliorarea durerii.

anestezie şi sarcină. În conformitate cu afirmaţiile declaraţiei de consens, acupunctura poate fi utilă ca terapie adjuvantă ce ajută la controlarea durerii date de menstruaţie, cotul tenismenului, fibromialgie, durerea de spate, artroză, cefalee şi a altor suferinţe ce implică durerea cronică. Specialişti în durere de la Clinica Mayo au folosit acupunctura în tratamentul anumitor tipuri de durere încă din anul 1974. În conformitate cu afirmaţiile NIH, studiile arată că acupunctura poate acţiona, parţial, prin eliberarea substanţelor analgezice naturale din sistemul nervos central.

Efectele adverse ale acupuncturii sunt rare, dar există. Acestea includ transmiterea hepatitei B prin intermediul acelor incorect sterilizate, posibilitatea înţepării plămânului, leziuni tisulare sau de nervi, sau ruperea unui ac sub piele. Majoritatea reacţiilor adverse sunt rezultatul lipsei cunoştinţelor medicale, practicilor neigienice sau instruirii necorespunzătoare. Iată de ce este atât de important să găsiţi un practician experimentat.

Tai chi

Dezvoltată ca o artă marţială în China cu peste 100 de ani în urmă, tai chi se bazează pe o serie de mişcări lente, care seamănă cu un dans. Este destinată creşterii fluxului liber de energie (chi), practicanţii crezând că acesta este necesar pentru o sănătate bună.

În zilele noastre, practicanţii folosesc tai chi pentru a atinge echilibrul fizic şi emoţional, pentru reducerea stresului şi a întinderii muşchilor şi articulaţiilor. Datorită posibilităţii de a vă putea simţi atât activ, cât şi liniştit, unele persoane o folosesc ca o formă de meditaţie prin mişcare.

Tai chi cuprinde sute de combinaţii de mişcări continue ce necesită concentrare, echilibru şi graţie. Atunci când sunt combinate cu respiraţie profundă, ritmică, aceste mişcări vă pot îmbunătăţi circulaţia, vă pot relaxa mintea şi corpul, şi pot uşura durerea cronică. Practicarea tai chi s-a dovedit de asemenea eficientă în îmbunătăţirea echilibrului, reducând riscul căderilor.



Sute de combinaţii de mişcări sunt implicate în tai chi. Scopul exerciţiilor rămâne însă acelaşi: combinarea concentrării, întinderii, echilibrului şi graţiei.

Atingerea terapeutică

Adepţii atingerii terapeutice se bazează pe noţiunea că organismul are propria sa formă de energie, înconjurată de un câmp energetic. Modificările câmpului energetic înconjurător pot duce la îmbolnăvire.

Unii practicanţi ai atingerii terapeutice îşi mişcă mâinile peste corpul unei persoane crezând că pot interveni asupra acestor modificări şi că transferă energie vindecătoare din mâinile lor către persoana bolnavă. Beneficiile atingerii terapeutice nu sunt susţinute de studii solide. Sunt necesare mai multe studii.

Sisteme alternative

Unele tehnici alternative derivă din ansamblul sistemelor care combină tratamentele. Acestea au tendinţa să evite medicaţiile tradiţionale şi chirurgia, şi să folosească diverse metode pentru a vindeca.

Homeopatia

Dezvoltată în Germania cu peste 150 de ani în urmă, homeopatia este un tratament controversat bazat pe 2 idei – legea similarităţii şi legea infinitezimalităţii.

Legea similarităţii

Legea similarităţii se bazează pe ideea că orice substanţă – vegetală, animală sau minerală – care poate produce anumite simptome la o persoană sănătoasă poate, atunci când se administrează în doze foarte mici, vindeca simptomele similare ce apar la o persoană bolnavă.

Legea infinitezimalităţii

Cuvântul infinitezimal înseamnă "prea mic pentru a fi măsurat". Homeopatia afirmă că, cu cât o substanţă este mai diluată, atât timp cât a fost preparată printr-o serie de amestecuri numite succesiuni, cu atât medicamentul este mai potent. Această idee se numeşte legea infinitezimalităţii.

Mulţi practicieni ai medicinei convenţionale catologhează homeopatia ca fiind ineficientă. Medicii găsesc, în general, greu de crezut că substanţele homeopate, care sunt deseori diluate în apă distilată sau alcool până când poate să nu mai rămână nici o moleculă activă, au vreun beneficiu.

Totuşi, homeopatia beneficiază de nişte studii randomizate, controlate. Multe dintre acestea au cercetat în ce măsură efectele tratamentelor homeopate pot fi atribuite efectului placebo. O analiză a peste 100 de studii randomizate, controlate concluzionează că datele nu sunt compatibile cu ideea că efectele clinice ale homeopatiei se datorează doar efectului placebo. Majoritatea doctorilor rămân sceptici asupra studiilor şi practicării homeopatiei.

Ayurveda

Ayurveda poate fi cea mai veche tehnică a medicinei practicată încă astăzi. De origine hindusă, ayurveda înseamnă „știința vieții". Are la bază premisa că oamenii diferă între ei fizic și psihologic, astfel încât tratamentele trebuie să țină cont de aceste diferențe.

În conformitate cu ayurveda, oamenii au 3 tipuri de energie (doshas). La majoritatea oamenilor există o dosha dominantă. Diferitele combinații ale doshas creează diverse tipuri metabolice. Fiecare dosha reprezintă o pereche de elemente.

- *Vata (spațiu și aer), energia mișcării.* Persoanele dominate de vata sunt vioaie, creative și active.
- *Pitta (foc și apă), energia digestiei și metabolismului.* Persoanele cu acest tip de dosha dominant au un apetit crescut, o temperatură a corpului mai mare și temperamente mai stabile decât cele dominante de vata.
- *Kapha (apă și pământ), energia gresării.* Persoanele dominate de kapha câștigă ușor în greutate, au tendința să fie mai puțin active fizic și au, în general, pielea grasă. Acestea sunt, de obicei, calme, răbdătoare și iertătoare.

Conform teoriei ayurveda, atunci când energia își pierde echilibrul, cum ar fi în cazul dietei și stresului, apar bolile. Ayurveda este cunoscută mai bine pentru prevenirea bolilor prin restabilirea echilibrului între alimentație, exerciții, plante, meditație și alte tratamente.

Naturopatia

Bazată pe credința în puterea de vindecare a naturii, naturopații din trecut recomandau înmuierea în ploile calde de primăvară, mersul în picioarele goale prin pârâuri și folosirea altor metode legate de apă pentru tratamentul bolilor.

Naturopații din zilele noastre folosesc o combinație de metode terapeutice, incluzând nutriția, plantele, acupunctura și masajul. Aceștia utilizează și tehnici ale homeopatiei, ayurveda, medicinei chineze și tratramente convenționale. Orientarea principală a naturopatiei este spre prevenirea bolilor printr-un stil de viață sănătos, incluzând aerul proaspăt, apa curată și activitățile fizice. ■

Este pentru dumneavoastră?

Atunci când vă orientați spre tratamentele neconvenționale, este important să aveți o minte deschisă, dar și sceptică. Alegeți o cale de mijloc între acceptarea fără nici o critică și respingerea totală. Documentați-vă. Găsiți tot ce se poate despre tratament și cei care-l fac. Cântăriți riscurile și beneficiile. Apoi luați decizia în funcție de rezultatul obținut.

Unele metode terapeutice complementare și alternative sunt mai puțin costisitoare decât tratamentele convenționale. Altele sunt foarte scumpe. Majoritatea metodelor neconvenționale nu sunt acoperite de asigurările de sănătate. Găsiți tratamentul și estimați cât vă va costa. Obțineți-l în scris, dacă se poate. Apoi consultați-vă societatea de asigurări pentru a vedea dacă este acoperit.

Dacă vă hotărâți să urmați tratamente neconvenționale, optați pentru metodele complementare mai degrabă decât pentru cele alternative. Există o mare diferență între a zbura către o altă țară pentru a urma un tratament nedovedit pentru cancer și completarea chimioterapiei cu meditația sau cu acupuncutra. Atitudinea anterioară vă poate face mai mult rău decât bine.

Medicina complementară vă poate ajuta să controlați stresul și să îndepărtați unele simptome. Dacă sunteți bolnav, însă, bazați-vă pe medicina convențională pentru diagnostic și recomandările terapeutice. Asigurați-vă că ați spus medicului dumneavoastră toate tratamentele pe care le urmați, convenționale și neconvenționale.

În sfârșit, colaborați cu cei care vă furnizează serviciile de îngrijire a sănătății – convenționale și neconvenționale. Asumați-vă responsabilitatea pentru propria sănătate prin informrea continuă și modificarea stilului de viață. Alimentația corectă, activitatea fizică, lipsa fumatului, luarea unor măsuri de precauție – cum ar fi purtarea centurii de siguranță în mașină – și controlul stresului sunt metode pe termen lung care vă ajută să trăiți o viață mai lungă și mai sănătoasă.

Glosar

Limbajul medical este plin de termeni de specialitate. Această bogăţie a vocabularului este un amestec fericit. Medicul dumneavoastră poate utiliza o terminologie precisă pentru a descrie afecţiunile, semnele şi simptomele atât dumneavoastră, cât şi colegilor săi, şi totuşi, în unele cazuri, aceeaşi terminologie poate fi confuză, îngrijorătoare sau de neînţeles pentru un neiniţiat.

Oricând este posibil, trebuie încercată utilizarea unui limbaj familiar pentru o persoană nespecializată pentru a creşte utilitatea acestei cărţi. În majoritatea cazurilor, când este introdus un termen medical, acesta este definit, se dă termenul comun pentru el, iar termenul medical este pus între paranteze. Acest glosar conţine mulţi dintre aceşti termeni, împreună cu o gamă variată de alţi termeni medicali utilizaţi frecvent.

Din cauza spaţiului limitat, acest glosar nu include majoritatea afecţiunilor descrise în această carte. Acestea sunt definite în intrările destinate lor în text şi pot fi găsite cu ajutorul indexului. În plus, puteţi găsi referiri la medicamente în capitolul 40, „Ghidul medicamentelor", şi proceduri de examinare în capitolul 39, „Teste diagnostice".



A

abces. Colecție purulentă, bine delimitată, formată în urma dezintegrării țesuturilor, datorată unei infecții bacteriene.

ablație. Extirpare sau îndepărtare.

abraziune. Fenomen fiziologic de tocire a dinților antagoniști prin masticație.

abruptio placentae. *Vezi* decolarea de placentă.

abstinență. Oprirea utilizării unei substanțe care dă dependență, cum ar fi unele medicamente, droguri ilegale sau alcool. Semnele și simptomele pot fi fiziologice, psihologice sau ambele.

accident vascular cerebral. Afecțiune produsă prin obstrucția unei artere care blochează fluxul sangvin într-o zonă a creierului sau printr-o hemoragie în creier.

accidentul vascular ischemic tranzitor (TIA – transient ischemic attack). Afecțiune determinată de o oprire temporară a fluxului sangvin într-o zonă a creierului. Diferă de accidentul vascular cerebral prin aceea că semnele și simptomele generale dispar complet în decurs de 24 de ore.

acetilcolină (ACH). Substanță chimică din organism, care transmite impulsurile electrice între mușchi și nervi; un neurotransmițător.

acid acetilsalicilic. Aspirină.

acid dezoxiribonucleic (ADN). Substanță care se găsește în nucleul celulelor și care poartă informația ereditară.

acid uric. Acid rezultat din degradarea acizilor nucleici (ADN și ARN) ai organismului. Atunci când o cantitate prea mică de acid uric este excretată sau se produce prea mult, crește nivelul acidului uric în sânge, putând apărea guta.

a coagula. A se solidifica sau a trece din starea lichidă în stare solidă, așa cum se întâmplă în coagularea sângelui.

acuitate vizuală. Claritatea cu care puteți vedea un obiect. Persoanele cu acuitate vizuală normală se spune că au vedere 20/20, ceea ce înseamnă că el sau ea poate vedea clar un obiect de la o distanță de 6 metri, adică majoritatea oamenilor cu vedere normală sunt capabili să vadă clar de la 6 metri distanță.

acut. Termen utilizat pentru a descrie bolile, semnele sau simptomele care apar brusc sau se de dezvoltă pe o perioadă scurtă; este opusul lui "cronic".

adenocarcinom. Formă de cancer care își are originea în glande sau în țesutul glandular.

adeziune. Țesut care leagă două suprafețe, ca în vindecarea rănilor.

ADN. *Vezi* acid dezoxiribonucleic.

adrenalină. Hormon natural care crește rata frecvenței cardiace și tensiunea arterială, influențând și alte funcții ale organismului. Mai este numită epinefrină.

adventiție. Stratul extern al unui organ.

aerobic. Care necesită prezența oxigenului. Activitățile aerobice implică mișcarea permanentă care determină contracția repetată a mușchilor; cresc frecvența respiratorie și pe cea cardiacă, îmbunătățindu-vă antrenamentul cardiovascular – starea de sănătate a inimii, plămânilor și a sistemului circulator. Exercițiile aerobice antrenează diferite grupe musculare, dar au efecte benefice cardiovasculare mai mici. *Vezi, de asememea*, anaerobic.

afazie. Pierderea capacității de a vorbi sau de a înțelege vorbirea, datorată unei afectări a creierului.

agnozie. Pierderea capacității de a interpreta stimulii, de obicei clasificată în funcție de simț sau de simțurile afectate.

agrafie. Pierderea capacității de a scrie.

albumină. Proteină care se găsește în țesuturile animale și vegetale. Prezența acesteia în urină este un semn de afectare renală.

aldosteron. Hormon corticosuprarenalian care influențează echilibrul sodiului, clorului și potasiului din organism.

alergen. Orice substanță care produce o reacție alergică. Cei mai frecvenți alergeni sunt: părul de pisică, acarienii, polenul și unele alimente.

alveole. Saci aerieni microscopici care se găsesc în plămâni, la nivelul cărora au loc schimburile gazoase. Sau formațiune cavitară în care se implantează rădăcina dintelui (alveola dentară).

amanită. Gen de ciuperci, majoritatea extrem de otrăvitoare dacă sunt ingerate.

amaurosis fugax. Pierderea temporară a vederii, cel mai frecvent datorată unui flux sangvin inadecvat la nivelul globului ocular. Sinonim: amauroză fugace.

ambulator. Capabil să meargă.

amilază. Enzimă digestivă care se găsește în pancreas și în glandele salivare.

aminoacid. Compus proteic care conține azot. Organismul produce mai mulți aminoacizi. Acei aminoacizi de care organismul are nevoie, dar nu îi poate sintetiza, se numesc aminoacizi esențiali și majoritatea sunt obținuți prin dietă.

amnezie. Pierderea memoriei.

amputație. Secționarea și îndepărtarea unui membru sau a unui alt segment al organismului.

anaerobic. (1) Capabil să trăiască fără oxigen, de exemplu unele bacterii; (2) tip de exerciții în care nivelul activității este destul de puternic astfel încât organismul utilizează oxigenul mai rapid decât este introdus în organism, limitând perioada de timp în care poate fi continuat exercițiul. *Vezi, de asemenea*, aerobic.

anafilaxie. Reacție alergică de hipersensibilizare bruscă și care, adeseori, pune viața în pericol. Semnele și simptomele includ șocul, dificultăți de respirație, prurit, erupție tegumentară, convulsii și comă. *Vezi, de asemenea*, șocul.

analgezic. Orice substanță care reduce durerea.

androgeni. Hormoni, de exemplu testosteronul și androsteronul, care sunt responsabili de dezvoltarea și menținerea caracteristicilor fizice masculine. Sunt produși în testicule. De asemenea, sunt produși în cantități mici la sexul feminin.

anemie. Afecțiune caracterizată prin reducerea numărului de celule roșii sangvine (eritrocite sau hematii) sau a cantității de hemoglobină sau de sânge.

anestezic. Substanţă utilizată pentru inducerea anesteziei.

anestezie. Pierderea parţială sau completă a simţurilor sau sensibilităţii. Poate fi obţinută cu ajutorul a numeroase tipuri de anestezie. Uneori, poate fi însoţită de pierderea stării de conştienţă. Anestezia locală este limitată la o zonă restrânsă a organismului. Anestezia generală afectează întregul organism.

anestezie generală. Stare de inconştienţă indusă de medicamente pentru a anihila simţurile.

anevrism. Dilataţie localizată a unui vas de sânge, de obicei a unei artere, care formează un sac sau o umflătură.

angină pectorală. Durere episodică la nivelul toracelui, cauzată de o scădere temporară a fluxului sangvin cardiac.

angină pectorală instabilă. Durere toracică nou apărută sau intensificată, produsă de scăderea fluxului sangvin la cord.

angină pectorală stabilă. Durere cardiacă produsă de ischemie.

angină pectorală variantă. Durere toracică produsă de un spasm al arterelor coronare.

angioedem. Tumefacţie alergică a mucoaselor, a ţesutului subcutanat sau a organelor interne.

angiografie coronariană. Test diagnostic în care este injectată o substanţă de contrast în artera coronară şi apoi se fac radiografii pentru a descoperi o boală sau o obstrucţie.

angiografie. Metodă de obţinere a imaginilor radiologice ale vaselor sangvine, după injectarea unei substanţe de contrast în acestea.

angiogramă. Imagine radiologică obţinută prin angiografie.

angioplastie. Procedeu pentru dilatarea unei porţiuni dintr-un vas sangvin îngustat sau blocat.

angioplastie coronariană transluminală percutană. Procedură care utilizează un cateter cu balonaş pentru a redeschide o arteră coronară obstruată. Se mai numeşte angioplastie cu balon sau intervenţie coronariană percutanată.

annulus. Formaţiune inelară situată în jurul unei valve cardiace unde cuspidele se continuă cu muşchiul cardiac.

anorexie nervoasă. O tulburare de alimentaţie care se caracterizează prin pierderea apetitului şi care este produsă de o tulburare emoţională. Aceasta afectează mai frecvent adolescentele şi femeile tinere; poate duce la o scădere dramatică a greutăţii corporale şi chiar la deces.

anosmie. Pierderea simţului mirosului.

anticoagulant. Medicament care împiedică sângele să se coaguleze.

anticorpi. Proteine ale sistemului imunitar care contracarează sau elimină din organism substanţele străine numite antigene.

antidot. Substanţă care neutralizează efectele unei substanţe toxice.

antiemetic. Medicament care previne sau calmează greţurile şi vărsăturile.

antigen. Orice substanţă străină de organism care determină producerea de anticorpi.

antigen prostatic specific (PSA). Proteină produsă de glanda prostată care poate fi măsurată în sânge. PSA poate creşte în multe afecţiuni ale prostatei, inclusiv, dar nu numai, în cancerul de prostată.

antihipertensiv. Medicament utilizat pentru controlul hipertensiunii arteriale.

anus. Orificiul distal al terminaţiei rectului, prin care sunt eliminate în exterior materiile fecale.

aortă. Cea mai mare arteră din organism. Ea transportă sângele din ventriculul stâng al cordului şi îl distribuie prin ramurile sale, în întreg organismul.

Apgar (scorul). Metodă de evaluare a stării unui nou-născut la 1 şi la 5 minute de la naştere, bazată pe culoarea tegumentelor, frecvenţa cardiacă, tonusul muscular, frecvenţa respiraţiilor şi activitatea reflexă. Pentru fiecare semn se dau 0 până la 2 puncte. Este de dorit un scor Apgar cât mai apropiat de 10.

aplastic. Oprirea în dezvoltare a unui ţesut sau organ.

apnee în somn. Oprirea temporară a respiraţiei în timpul somnului.

areolă mamară. Arie circulară, pigmentată, situată în jurul mamelonului.

aritmie. Ritm cardiac anormal.

arteră. Vas de sânge care transportă sângele de la inimă la celelalte ţesuturi ale organismului.

arteră pulmonară. Vas de sânge care transportă sângele neoxigenat de la ventriculul cardiac drept la plămâni.

artere coronare. Arterele care irigă muşchiul cardiac.

arteriolă. Arteră de dimensiuni mici, care uneşte o arteră mare cu un vas capilar.

arterioscleroză. Afecţiune caracterizată prin îngustarea şi îngroşarea pereţilor arterelor, uneori interferând cu circulaţia sângelui.

arterită. Inflamaţia unei artere.

articulaţie. Punctul de contact între două sau mai multe oase, unde se produc mişcările.

articulaţie sacro-iliacă. Articulaţia dintre osul sacru şi ilium. Nu este o articulaţie adevărată, deoarece la acest nivel nu are loc nici o mişcare.

articulaţie temporo-mandibulară. Articulaţia dintre maxilarul inferior (mandibulă) şi osul temporal.

artrită. Inflamaţia unei articulaţii.

artroplastie. Înlocuire sau reparaţie chirurgicală a unei articulaţii.

ascită. Acumulare de lichid în cavitatea abdominală.

asfixie. Sufocare produsă de un aport insuficient de oxigen.

asimptomatic. Lipsit de simptome.

aspiraţie. (1) Îndepărtarea unui lichid prin sucţiune din cavitatea nazală, faringe sau plămâni. (2) Inhalarea în plămâni de lichid stomacal în caz de vărsături.

astigmatism. Viciu de refracţie, care apare când corneea dumneavoastră nu este curbată la fel în toate direcţiile. În mod tipic, ceea ce dumneavoastră vedeţi este distorsionat mai mult într-o direcţie decât în celelalte.

astm bronşic. Afecţiune caracterizată prin îngustarea bronhiilor, producând wheezing, tuse şi dificultăţi de respiraţie.

atac de cord. Infarct miocardic. Necroza unei zone a muşchiului cardiac, produsă de obstrucţia unei sau mai multor artere coronare care duce la oprirea bruscă a irigării sangvine a acelei arii.

ataxie. Incoordonarea mişcărilor musculare voluntare.

aterectomie. Metodă prin care se îndepărtează, cu ajutorul unui cateter special, plăcile aterosclerotice din interiorul unei artere.

ateroscleroză. Afecţiune în care se formează în artere plăci ateromatoase care duc la îngustarea şi pierderea flexibilităţii pereţilor arteriali.

atrezie. Absenţa congenitală a unei deschideri sau a unui canal din organism, cum ar fi la nivelul intestinului sau esofagului.

atrio-ventricular. Termen care se referă atât la atrii, cât şi la ventricule.

atriu. Cavitate sau cameră, cum sunt, de exemplu, camerele superioare ale cordului care primesc sângele de la vene pentru a ajunge la ventricule.

atrofie. Micşorarea unui ţesut sau organ datorată unei boli sau unei insuficiente utilizări.

aură. Senzaţie trecătoare care precede debutul unei convulsii sau migrenă.

auscultaţie. Metodă prin care se ascultă zgomotele produse de diferite organe.

autopsie. Examinarea ţesuturilor şi a organelor după moarte.

autotransfuzie. Transfuzie cu propriul sânge prelevat înainte de intervenţia chirurgicală. Sinonim: transfuzie autologă.

autotransplant. Intervenţie chirurgicală prin care o parte a organismului dumneavoastră este folosită pentru repararea unei alte părţi, de exemplu, o valvulă pulmonară înlocuieşte valvula aortică.

avort. Terminarea unei sarcini prin expulzia sau extragerea fătului din uter, înainte ca el să poată supravieţui în afara acestuia, de obicei înainte de săptămâna a 20-a de sarcină.

avort spontan. Terminarea prematură, spontană a unei sarcini, înainte ca fătul să poată supravieţui singur în afara uterului.

avulsie. Smulgere forţată a unei părţi sau a unei structuri, de exemplu, un membru sau un dinte.

B

bacterie. Microorganism unicelular; unele bacterii pot produce boli, altele pot fi benefice pentru desfăşurarea proceselor biologice.

bandaj herniar. Dispozitiv utilizat pentru a împiedica o hernie să iasă în afară.

benign. Lipsit de gravitate, care nu progresează sau nu recidivează, necanceros.

bilă. Fluid cu gust amar, produs de ficat şi depozitat temporar în vezicula biliară, înainte de a fi deversat în intestinul subţire. Bila facilitează digestia grăsimilor în intestinul subţire.

bilirubină. Pigment portocaliu sau gălbui care rezultă prin distrugerea celulelor roşii sangvine (eritrocite). Excesul de bilirubină în sânge produce icter.

biofeedback. Program de educaţie comportamentală care învăţă o persoană cum să-şi controleze reacţiile autonome cum ar fi frecvenţa cardiacă, presiunea sangvină, temperatura cutanată şi tensiunea musculară.

bioproteză. Proteză valvulară din ţesut de porc sau de bovină.

biopsia vilozităţilor coriale. Procedură prin care se prelevează o mostră de celule din placentă la locul unde se leagă de uter. Se utilizează în diagnosticul prenatal, pentru unele afecţiuni cromozomiale cum ar fi sindromul Down.

biopsie. Prelevarea unei probe de ţesut pentru examinare în laborator.

biopsie excizională. Procedură care constă în excizia completă a unei formaţiuni tumorale pentru a fi examinată în laborator.

bisexual. O persoană care este atrasă de indivizi de ambele sexe.

blefarită. Inflamaţie a marginilor pleoapelor care produce iritaţie şi prurit.

bloc atrio-ventricular. Blocarea transmiterii impulsului electric de la atrii la ventricule. Variază în intensitate de la gradul unu la trei (bloc cardiac complet).

bloc cardiac. *Vezi* blocul arterioventricular.

bloc de ramură. Afecţiune în care o porţiune a sistemului de conducere cardiac este afectată, devenind incapabilă să conducă stimulul electric normal. Puteţi avea bloc de ramură stângă sau dreaptă.

blocaj (anestezie) vulvar. Anestezie locală utilizată pentru ameliorarea durerii în ultima parte a travaliului şi pentru epiziotomie.

boala arterelor coronare. Îngustarea sau obstruarea uneia sau a mai multor artere coronare, ceea ce duce la scăderea fluxului sangvin (ischemie) în muşchiul cardiac. Se mai numeşte boala cardiacă ischemică.

boală autoimună. Afecţiune care apare când anticorpii reacţionează împotriva propriilor ţesuturi ale organismului.

boală cardiacă cianogenă. Anomalie congenitală a cordului care permite sângelui neoxigenat să circule prin organism fără ca acesta să treacă prin plămâni.

boală iatrogenă. Afecţiune sau tulburare care este un efect secundar al unui tratament prescris.

boală inflamatorie pelvină. Inflamaţia sau infecţia organelor genitale interne feminine.

boală pulmonară obstructivă cronică (BPOC). Termen general folosit pentru un grup de afecţiuni cronice care apar datorită obstrucţiei căilor respiratorii. De obicei, se referă la bronşita cronică şi la emfizemul pulmonar. Astmul bronşic cronic, fibroza chistică, bronşiolita şi bronşiectezia sunt uneori catalogate ca BPOC.

bradicardie. Ritm cardiac încetinit.

Braxton-Hicks (contracţii). Contracţii uterine neregulate care apar pe parcursul sarcinii. Uneori, sunt atribuite unui fals travaliu.

bronhii. Cele două tuburi respiratorii principale care leagă traheea de plămâni. Sinonim: bronşii.

bronhodilatator. Medicament utilizat pentru a dilata (deschide) căile respiratorii.

bronhogen. Cu originea în bronhii.

bronhoscopie. Procedură prin care este introdus un instrument în căile aeriene pentru a vizualiza structurile pulmonare sau pentru a obţine o mostră de ţesut pentru biopsie.

bronşiectazie. Lărgirea anormală a bronhiilor produsă de o infecţie cronică.

bronşiolă. Subdiviziune a unei bronhii.

bronşită. Inflamaţia bronhiilor.

bursă. Sac umplut cu un fluid aflat în apropierea sau într-o articulaţie, sau o proeminenţă osoasă care ajută la reducerea frecării între tendon şi os sau între os şi piele.

bypass. *Vezi* bypass-ul cardiopulmonar; şunt vascular de derivaţie coronariană.

bypass cardio-pulmonar. Metodă prin care un aparat preia funcţiile cordului şi ale plămânilor în timpul unei intervenţii chirurgicale pe cord.

C

calcitonină. Hormon, produs de glanda tiroidă, care influenţează nivelul calciului din sânge.

calciu. Mineral important pentru duritatea dinţilor şi a oaselor, şi pentru funcţionarea muşchilor şi a nervilor. Produsele lactate sunt surse importante de calciu.

calcul. Acumulare de săruri minarele localizate în diferite zone ale organismului (calculi renali, biliari, salivari etc.).

calorie. Cantitatea de căldură necesară creşterii temperaturii unui gram de apă cu un grad Celsius.

calozitate. Zonă de tegument îngroşat.

camera anterioară. Spaţiul de la nivelul globului ocular situat între iris şi cornee, şi care este umplut cu un lichid numit umoare apoasă.

camera vitroasă. Cameră din interiorul ochiului, care se întinde din spatele cristalinului până la retină. Conţine corpul vitros.

canal deferent. Unul dintre cele două ducte care transportă sperma la uretră.

canal vertebral. Canalul care adăposteşte măduva spinării, format prin suprapunerea găurilor vertebrale.

canalul rădăcinii. Spaţiul din interiorul rădăcinii unui dinte, care conţine fibre nervoase.

cancer. Categorie de boli caracterizată printr-o dezvoltare anormală a celulelor, ducând la formarea de tumori maligne în diferite zone ale organismului. *Vezi, de asemenea,* benign, malign.

Candida. Specie de ciuperci.

canini. Cei patru dinţi situaţi între premolari şi incisivi. Se mai numesc cuspizi.

capilare. Vase sangvine de dimensiuni foarte mici care leagă arteriolele de venule.

caput succedaneum. Tumefacţie a scalpului nou-născutului în timpul travaliului.

carbohidrat complex. Substanţă chimică, de exemplu, amidonul, format din mai mulţi carbohidraţi simpli legaţi între ei.

carbohidraţi. Compuşi organici care intră în compoziţia amidonului sau zahărului şi care se găsesc mai ales în pâine, cereale, fructe şi legume. Sinonime: zaharuri, glucide.

carcinogen. Agent care produce cancer.

carcinom. Formă de cancer care îşi are originea în celulele epiteliale. Celulele epiteliale căptuşesc cavităţile organismului, acoperă organele interne şi căptuşesc porţiunile interne ale organelor.

carcinom bazocelular. Cea mai frecventă formă de cancer al pielii, adesea asociat cu expunerea la radiaţiile solare. Această tumoră poate invada local, dar metastazează rar.

carcinom spinocelular. Tumoră malignă cu originea în celulele epiteliului pavimentos.

cardiac. Referitor la cord.

cardiomiopatie hipertrofică. Dezvoltarea excesivă a muşchiului cardiac care perturbă circulaţia sângelui înspre şi dinspre cord.

cardiomiopatie. Boală a muşchiului cardiac are afectează capacitatea de pompă a inimii.

cardio-pulmonar. Referitor la cord şi la plămâni.

cardio-vascular. Referitor la cord şi la vasele de sânge.

cardioversie. Şoc electric aplicat pe torace pentru a converti un ritm cardiac anormal într-unul normal.

carie. Zonă de distrugere a structurii unui os sau dintelui, datorată unor bacterii. Se mai numeşte cavitate.

carotide (artere). Principalele artere ale gâtului care transportă sângele la cap şi la creier.

cartilaj. Ţesut conjunctiv dens, fibros, localizat în diferite părţi ale organismului, cum ar fi în articulaţii, nas şi urechi.

caşexie. Malnutriţie şi scăderea ponderală accentuată datorate unei afecţiuni cronice.

catabolism. Totalitatea proceselor de descompunere a substanţelor organice din organism.

cataractă. Opacifierea cristalinului.

cateter. Tub de dimensiuni mici, flexibil, care poate fi inserat într-o zonă a organismului pentru a injecta o substanţă sau pentru a îndepărta un lichid.

cateter intravenos. Tub inserat într-o venă cu scopul de a administra lichide sau medicamente.

cateterizare. Procedură prin care un cateter este inserat în organism.

cateterizare cardiacă. Procedură în care este introdus un cateter într-un vas sangvin şi condus către inimă cu scopul de a măsura fluxul sangvin şi de a evalua defectele structurale.

cateterizare uterină. Test de diagnostic în care se plasează un cateter la nivelul uterului.

câmp vizual. Zona din faţa dumneavoastră pe care o puteţi vedea la un moment dat fără a vă mişca ochii. Este alcătuit din vederea centrală şi cea periferică.

CCU. Unitate de terapie intensivă coronariană.

cefalhematom. Zonă echimotică situată sub stratul extern al craniului, ce apare frecvent la nou-născuţi.

celule B. Tip de limfocite are fac parte din sistemul imun, producând anticorpi care combat infecţiile.

celule T. Tip de celule albe sangvine (limfocite) care fac parte din sistemul imun al organismului.

celulele cu bastonaşe. Celulele sensibile la lumină localizate în retină şi care favorizează vederea dumneavoastră periferică şi vederea în lumină difuză.

celulele cu conuri. Celule senzoriale vizuale situate la nivelul retinei, care sunt responsabile de vederea centrală şi care vă permit să vedeţi colorat şi detaliile fine.

Centrele pentru Prevenţia şi Controlul Bolilor (CDC – Centers for Disease Control and Prevention). Divizie a Departamentului de Sănătate şi Servicii Umane din SUA. Una dintre responsabilităţile acestor centre este studiul bolilor infecţioase.

cerclaj. Tehnică chirurgicală care constă în aplicarea unei suturi circulare în jurul orificiului uterin pentru a preîntâmpina o eventuală naştere prematură.

cerebel. Porţiune a sistemului nervos central cu rol în echilibru şi coordonare.

cerebrovascular. Referitor la vasele de sânge de la nivelul creierului.

cerebrum. Cea mai mare parte a sistemului nervos central, formată din cele două emisfere cerebrale. Este responsabil de vorbire, memorie, vedere, personalitate şi controlul musculaturii în anumite părţi ale organismului dumneavoastră. Sinonim: creier, encefal.

cetoacidoză diabetică. Afecţiune gravă care poate apărea la bolnavii de diabet. Din cauza insulinei insuficiente, organismul descompune grăsimile, rezultând o cantitate crescută de acizi (cetone) în sânge.

cetoacidoză. Complicaţie a diabetului tip 1 (numit în trecut diabet juvenil sau diabet insulinodependent), care apare datorită secreţiei unei cantităţi prea mici de insulină. Poate produce pierderea conştienţei (coma diabetică) şi moarte.

cetone. Substanţe acide produse atunci când organismul foloseşte grăsimile pentru a produce energie.

cheag sangvin. Sânge coagulat, coagul.

cheloid. Cicatrice anormal îngroşată care se poate forma după un traumatism sau după o intervenţie chirurgicală.

Cheyne-Stokes (respiraţia). Tip de respiraţie caracterizată prin perioade de apnee scurte, urmate de respiraţii cu amplitudini crescânde.

chim. Amestec de alimente parţial digerate şi secreţii digestive, care se găseşte în stomac.

chimioterapie. Utilizarea de medicamente care au efect direct pe microorganisme patogene sau pe celule anormale. Cel mai frecvent, chimioterapicele sunt utilizate în tratamentul cancerului.

chist. Formaţiune ca un sac închis sau cavitate plină cu lichid, gaz sau o substanţă semisolidă.

chist sebaceu. Chist care îşi are originea într-o glandă sebacee.

chiuretaj. Răzuirea cu chiureta a pereţilor unei cavităţi, cum ar fi uterul.

chordae tendineae (corzile tendinoase). Corzi puternice care leagă valvele tricuspidă şi mitrală de muşchiul cardiac.

cianoză. Coloraţie albăstruie a tegumentelor şi mucoaselor datorită scăderii nivelului de oxigen din sânge.

ciclul cardiac. Perioadă situată între începutul unei bătăi cardiace şi debutul următoarei.

cifoză. Curbură exagerată a coloanei vertebrale ducând la apariţia gibozităţii sau rotunjirea umerilor. Poate apărea în artroză, poliartrita reumatoidă, osteoporoză, rahitism, fracturi prin compresiune, malformaţii congenitale sau alte afecţiuni.

cilia. (1) Genele. (2) Proiecţii asemănătoare firelor de păr care căptuşesc bronhiile şi căile respiratorii superioare.

circumcizie. Rezecţia prepuţului penisului.

cistită. Inflamaţie a vezicii urinare, de obicei datorită unei infecţii bacteriene.

cistită intersitiţială. Inflamaţie cronică a peretelui vezicii urinare, care duce la urinare frecventă şi dureroasă.

cistoscopie. Procedură prin care un mic instrument (cistoscop) este introdus prin uretră pentru examinarea acesteia, a vezicii urinare şi, la bărbaţi, a glandei prostată.

citologie. Studiul celulelor, utilizat adesea pentru a identifica prezenţa unui cancer.

claudicaţie. Durere musculară indusă de activitatea musculară, produsă datorită unui flux sangvin inadecvat.

claudicaţie intermitentă. Disconfort în musculatura picioarelor care apare în timpul mersului şi se ameliorează la repaus. Este produsă de un flux sangvin inadecvat.

clinic. Referitor la informaţiile obţinute de la pacient, spre deosebire de informaţiile obţinute de laborator.

clismă. Introducerea unui lichid în rect şi colon pentru a induce mişcările intestinale sau pentru a introduce o substanţă de contrast pentru o procedură diagnostică.

clitoris. Organul erectil, de dimensiuni mici, al organelor sexuale externe feminine.

cloasmă. Pigmentaţie a feţei, numită frecvent "masca graviditătii".

cmc. Centimetru cub: unitate pentru măsurarea volumului. Sinonim: cm^3.

coccis. Ultima porţiune a coloanei vertebrale.

cofeină. Substanţă naturală stimulentă care se găseşte în cafea, ceai, ciocolată şi cacao. Poate fi adăugată în băuturile răcoritoare, în medicamente eliberate fără prescripţie medicală sau în alte produse.

cognitiv. Referitor la procesul mental al gândirii, incluzând percepţia, intuiţia, memoria şi judecata.

cohlee. Formaţiune asemănătoare unei cochilii de melc, care se găseşte în urechea internă şi care recepţionează vibraţiile sonore.

coitus. Act sexual între un bărbat şi o femeie în care bărbatul introduce penisul în vaginul femeii.

col. Coletul, gâtul unui organ; de exemplu, colul uterin.

colagen. Proteină fibroasă care se găseşte în ţesutul conjunctiv, cum ar fi cartilajele, ligamentele sau tegumentul.

colesterol. Substanţă asemănătoare grăsimilor, sintetizată în ficat şi care se găseşte în sânge, creier, ficat şi bilă, şi ca depozite în pereţii vaselor sangvine. Este esenţial în producerea hormonilor sexuali. Se găseşte în alimentele de origine animală şi se pare că contribuie la apariţia bolilor cardiace la persoane care consumă cantităţi mari de astfel de alimente pe o perioadă lungă de timp.

colică. Durere abdominală produsă prin spasme intermitente intestinale. La sugari se poate manifesta prin crize de plâns, abdomen destins şi poziţie ghemuită, cu genunchii la piept.

colită ulcerativă. Afecţiune caracterizată prin inflamarea mucoasei care căptuşeşte colonul şi rectul.

colon. Intestinul gros; parte a intestinului care se întinde de la extremitatea inferioară a intestinului subţire până la anus. Are ca funcţie extragerea apei din particulele alimentare digerate şi depozitarea materiilor fecale pe care le elimină prin mişcările intestinale.

colorectal. Referitor la colon şi la rect.

colostomie. Procedeu chirurgical prin care o secţiune a colonului este adusă la un orificiu creat în peretele abdominal (stomă), pentru evacuarea în exterior a materiilor fecale, de obicei într-o pungă ataşată stomei.

colostru. Lichid gălbui, seros, secretat de glanda mamară în primele 2-3 zile după naştere. Anticorpii pe care îi conţine sunt folositori nou-născutului.

comă. Stare patologică de inconştienţă profundă datorată unei boli sau unui traumatism.

comoţie. Perturbare temporară a funcţiei creierului datorată unui traumatism cranian.

compresia cordonului ombilical. Condiţie care împiedică trecerea sângelui prin cordonul ombilical.

concepţie. Fertilizarea unui ovul de către un spermatozoid.

condom (prezervativ). Teacă ce se pune peste un penis în erecţie pentru a opri sperma în timpul ejaculării.

congenital. Prezent la naştere. De obicei, termenul este utilizat pentru o malformaţie.

congestie. Prezenţa în exces de sânge sau alt fluid, de exemplu, mucus, într-un organ sau ţesut.

conjunctivă. Membrană subţire şi transparentă care acoperă porţiunea anterioară a sclerei şi căptuşeşte pleoapele.

conjunctivită. Inflamaţie a conjunctivei, dând ochiului dumneavoastră o culoare roz sau roşie.

constipaţie. Eliminare dificilă a unor materii fecale tari şi uscate.

contracepţie. Măsurile luate pentru a preveni apariţia unei sarcini nedorite.

contractură. Contracţie permanentă a unui muşchi datorată unei boli sau unui traumatism.

contracţie. Scurtarea şi îngroşarea unei fibre musculare sau a unui muşchi în acţiune.

convulsie. Criză apărută brusc, de obicei caracterizată prin pierderea cunoştinţei şi contracţii ritmice, susţinute, severe ale unora sau ale tuturor muşchilor voluntari. Cel mai frecvent, convulsiile reprezintă manifestarea tulburărilor convulsive (epilepsie).

cordon ombilical. Structură tubulară care conţine vasele ce leagă fătul de placentă, asigurându-i un aport de oxigen şi de elemente nutritive ce provin din sângele mamei.

cornee. Porţiunea transparentă anterioară a globului ocular. Ajută la focalizarea razelor luminoase care pătrund în ochi.

coroidă. Strat subţire al globului ocular, care conţine artere şi vene, situat între retină şi scleră. Coroida joacă un rol important în hrănirea retinei.

coronar. Referitor la arterele care irigă muşchiul cardiac.

corp pineal (epifiză). Glandă endocrină de dimensiuni mici, de formă conică, situată în encefal, a cărei funcţie este încă neclară.

corp vitros. Substanţă transparentă, gelatinoasă situată în camera vitroasă. Contribuie la menţinerea formei ochiului şi a presiunii oculare interne. Se mai numeşte umoare vitroasă.

corpi flotanţi. Agregate microscopice care plutesc în umoarea vitroasă şi pe care le puteţi vedea ca nişte pete sau fire în faţa ochilor. Ceea ce dumneavoastră vedeţi este umbra pe care aceste agregate o aruncă pe retină.

corpus luteum. Structură de dimensiuni mici, producătoare de hormoni, care se dezvoltă în ovar în locul foliculului de Graaf, rupt prin ovulaţie. Sinonim: corp galben.

corticosteroizi. (1) Hormoni produşi de corticosuprareală. (2) Clasă de medicamente obţinute pe cale sintetică.

cortizol. Hormon produs de glanda suprarenală.

cranium. Totalitatea oaselor extremităţii cefalice.

creatinină. Substanţă excretată în urină, a cărei determinare este folosită în evaluarea funcţiei renale.

cristalin. Structură transparentă, de formă elipitică, localizată în spatele irisului şi pupilei. Împreună cu corneea focalizează razele luminoase care pătrund în ochi. Capacitatea cristalinului de a se subţia sau îngroşa îl ajută să-şi modifice puterea de focalizare.

criză epileptică. Atac brusc, incluzând frecvent convulsii.

Crohn (boala). Afecţiune inflamatorie cronică a tractului digestiv, în special a intestinului subţire.

cromozom. Una dintre cele 46 de structuri în formă de bastonaş, care se găseşte în nucleul fiecărei celule şi care transportă informaţia ereditară.

cronic. Referitor la o afecţiune care durează o perioadă lungă de timp.

cupula cervicală. Dispozitiv anticoncepţional care se potriveşte etanş pe colul uterin pentru a preveni pătrunderea spermatozoizilor în uter.

cuspid. *Vezi* caninii.

cuspidă. Parte a valvei cardiace care o deschide şi o închide astfel încât sângele curge într-o singură direcţie.

D

debilitate. Stare generală de slăbiciune fizică.

defect de tub renal. Malformaţie congenitală, caracterizată printr-o dezvoltare inadecvată a encefalului sau a măduvei spinării.

defect septal. Orificiu în peretele care separă cele două atrii sau cele două ventricule ale cordului.

defibrilare. Şoc electric aplicat pe cord pentru a restabili ritmul cardiac normal.

degajarea capului fetal. Apariţia creştetului capului fetal la orificiul vaginal în timpul travaliului.

degenerare maculară. Afecţiune care apare când ţesutul macular se deteriorează.

delir. Stare de confuzie mentală, uneori caracterizată prin tulburări de vorbire şi frecvent însoţită de halucinaţii.

demenţă. Deteriorare mentală datorată unei cauze organice.

dentină. Ţesut care formează dintele, acoperită de smalţ, şi care înconjoară cavitatea pulpară.

denumire patentată a unui medicament. Denumire dată unui medicament de către fabricant.

depresie. Sentiment de tristeţe profundă şi descurajare. Semnele şi simptomele includ: insomnie, tulburări de alimentaţie şi senzaţie de oboseală extremă.

derm. Strat al pielii situat sub epiderm.

dermatită. Inflamaţie cutanată, adesea caracterizată prin prurit şi înroşire.

dermatită atopică. *Vezi* eczema.

dermatoşalazie. Ptoză a pielii pleoapelor legată de vârstă. Pleoapa superioară atârnă putând perturba vederea.

deshidratare. Stare ce rezultă prin pierderea din organism a unei cantităţi mari de lichide sau printr-un aport inadecvat de lichide.

detoxifiere. Procesul de curăţare a organismului de toxine sau droguri, cum ar fi alcoolul.

dextroză. Carbohidrat simplu, care se găseşte în sânge. Este, de asemenea, un component important al mierii de albine şi siropului de porumb. Mai este numită glucoză.

dezlipire de placentă. Separaţia placentei de peretele cavităţii uterine.

dezlipire de retină. Separarea retinei de coroidă. Netratată, această afecţiune poate duce frecvent la pierderea vederii.

dezvoltare motorie. Creşterea capacităţii de a utiliza muşchii.

diabet gestaţional. Tip de diabet zaharat care apare în timpul sarcinii, caracterizat prin hiperglicemie (niveluri crescute de glucoză în sânge).

diabet zaharat. Afecţiune caracterizată prin niveluri crescute de zahăr (glucoză) în sânge. Poate fi produs de o insuficienţă a pancreasului de a produce insulină sau de rezistenţa organismului la acţiunea insulinei.

diafragmă. (1) Muşchiul care separă cavitatea toracică de cea abdominală. (2) Dispozitiv de contracepţie care se pune pe colul uterin pentru a împiedica pătrunderea spermatozoizilor în uter.

diagnostic. Identificarea unei afecţiuni sau a unei tulburări de către un medic.

dializă. Tehnică prin care se elimină din sânge toxinele şi reziduurile. Se utilizează în special în caz de insuficienţă renală sau în caz de intoxicaţie medicamentoasă. Include hemodializa şi dializa peritoneală.

diastolă. Perioadă a ciclului cardiac în care muşchiul se relaxează, urmată de contracţia muşchiului cardiac (sistolă).

digestie. Descompunerea alimentelor în tractul digestiv, astfel încât nutrienţii să poată fi absorbiţi de către organism, iar produşii neasimilabili să fie excretaţi ca materii fecale.

dilatare. Mărirea sau deschiderea unei structuri, de exemplu, pupila, sau a unui canal, cum ar fi o arteră.

dilataţie şi chiuretaj (D şi C). Dilatarea colului uterin şi răzuirea mucoasei uterine (endometru) cu ajutorul unor instrumente chirurgicale.

diplopie. Vedere dublă.

directivă anticipată. Document legal în care se specifică ce tip de îngrijire medicală doriţi să primiţi sau nu doriţi dacă vă pierdeţi capacitatea mentală de a alege sau sunteţi incapabil să vă comunicaţi dorinţele.

disc. Structură plată, cum este cartilajul situat între două vertebre.

disfagie. Dificultate de înghiţire sau incapacitatea de a înghiţi.

displazie. Dezvoltarea anormală a unui ţesut.

dispnee. Scurtarea respiraţiei.

dispnee paroxistică nocturnă. Crize de dispnee ("sete de aer") care apar în timpul nopţii.

disproporţie cefalo-pelviană. Situaţie în care extremitatea cefalică a fătului este prea mare pentru a trece prin pelvisul mamei.

distocie. Naştere dificilă, de obicei datorată unei poziţii sau mărimi anormale a fătului.

DIU. Dispozitiv intrauterin: dispozitiv contraceptiv, din plastic sau din metal, care este inserat în interiorul uterului.

diuretice. Medicamente care sporesc cantitatea de urină. Sunt utilizate frecvent în tratarea afecţiunilor care implică reţinerea de lichide în organism (edeme), cum ar fi insuficienţa cardiacă congestivă sau hipertensiunea arterială.

diverticuloză. Prezenţa de diverticuli (formaţiuni sacciforme) la nivelul intestinului.

dominant. Tip de ereditate în care o genă a unui caracter particular este primită doar de la unul dintre părinţi, astfel încât caracterul va apărea la urmaşi. *Vezi, de asemenea,* recesiv.

Down (sindromul). Cel mai frecvent tip de anomalie cromozomială, produsă de un extracromozom 21

(trisomie 21). Se caracterizează prin grade diferite de retard mental şi alte anomalii.

drepanocitoză. Afecţiune ereditară a sângelui caracterizată prin anemie şi prezenţa de eritrocite anormale (eritrocite "în seceră"). Sinonime: siclemie, anemie cu hematii "în seceră".

druze. Aglomerări de substanţe reziduale situate sub epiteliul pigmentar retinian. Apar ca puncte galbene în spatele retinei. Este un semn precoce de degenerescenţă maculară.

DTP (vaccinul). Imunizare care protejează împotriva difteriei, tetanosului şi tusei convulsive (pertussis).

duoden. Prima porţiune a intestinului subţire, situată în continuarea stomacului şi care se continuă cu jejunul.

dura mater. Membrană externă dură care acoperă măduva spinării şi encefalul.

E

echimoză. Traumatism în care vasele de sânge sunt sparte, iar sângele pătrunde sub tegument, producând o zonă colorată. Sinonim: vânătaie.

eclampsie. Complicaţie gravă a sarcinii, care se manifestă prin convulsii şi pierderea conştienţei până la comă.

ecocardiografie. Metodă de diagnostic a afecţiunilor cardiace care foloseşte ultrasunetele. Ecourile care se întorc de la cord produc imagini care se înregistrează şi care se numesc ecocardiograme.

ecranant solar. Preparat medicamentos care se aplică pe piele pentru a limita afectarea acesteia de către radiaţiile solare.

ect-, ecto-. Prefix care introduce în termeni referirea la situat în afară.

ectopic. Localizare anormală, de exemplu o sarcină care se dezvoltă în afara uterului (sarcină tubară).

ectropion. Eversarea pleoapei (uni- sau bilaterală).

eczemă. Afecţiune inflamatorie cutanată, acută sau cronică, ce se caracterizează prin prurit şi descuamare. Se mai numeşte dermatită sau dermatită atopică.

edem. Tumefacţie a ţesuturilor organismului datorată acumulării de lichid în exces.

efect advers. Modificări nedorite produse de un medicament sau alt tratament, care pot fi blânde şi tranzitorii (de exemplu cefalee minoră sau uscarea gurii) până la grave, serioase (astm bronşic, hemoragie gastro-intestinală etc.).

ejaculare. Eliminarea spermei în timpul orgasmului.

electrocardiogramă (ECG). Înregistrarea activităţii electrice a inimii.

embolie. Cheag de sânge, bulă de aer, grăsime sau altă substanţă străină care se mişcă de la locul de formare şi care provoacă blocarea unui vas de sânge.

embolie cerebrală. Cheag sangvin care pleacă de la locul unde se formează şi blochează fluxul sangvin în creier.

embolie pulmonară. Afecţiune în care un cheag sangvin sau altă substanţă blochează o arteră pulmonară.

embrion. Produsul de concepţie din momentul implantării în uter până în a 10-a – a 12-a săptămână de gestaţie.

emetic. Substanţă care induce vărsătura.

emfizem. Boală în care pereţii alveolelor pulmonare sunt distruşi. Aceasta duce la incapacitatea plămânilor de a se umple normal cu aer şi la transferul ineficient de oxigen către fluxul sangvin.

emisiune. Eliminarea, scurgerea unui lichid.

en-, endo-. Prefix care introduce în termeni sensul de înăuntru, în.

endarterectomie. Excizie chirurgicală a unui material aflat în interiorul unei artere, de exemplu, a unei plăci aterosclerotice.

endocard. Membrană subţire care căptuşeşte cavităţile cordului. *Vezi, de asemenea*, epicardul şi miocardul.

endocardită. Inflamaţia membranei care căptuşeşte cavităţile valvulelor şi cordului (endocard), de obicei, datorită unei infecţii.

endoscop. Instrument optic utilizat pentru a vizualiza interiorul unui organ cavitar sau al unei cavităţi.

endoteliu. Stratul de celule de pe suprafaţa internă a vaselor sangvine.

entorsă. Lezare a ligamentelor unei articulaţii, fără deplasare a suprafeţelor articulare, care se produce de obicei la nivelul articulaţiei gleznei sau genunchiului.

entropion. Inversiunea pleoapei (uni- sau bilaterală).

enzimă. Proteină complexă care acţionează prin catalizarea unor reacţii chimice.

epicard. Membrana subţire care acoperă suprafaţa muşchiului cardiac. *Vezi, de asemenea*, endocardul şi miocardul.

epidemiologie. Studiul bolilor în populaţia umană.

epiderm. Stratul extern al tegumentului.

epiglotă. Fibrocartilaj situat deasupra orificiului laringelui.

epinefrină. *Vezi* adrenalina.

epiteliu retinian pigmentar. Strat de ţesut care formează cea mai mare parte a suprafeţei exterioare a retinei. Deteriorarea acestuia joacă un rol important în degenerarea maculară.

epiziotomie. Incizie chirurgicală efectuată pentru a mări orificiul vaginal în timpul travaliului.

erecţie. Tumefierea şi întărirea penisului în timpul actului sexual.

ereditate. Transmiterea caracterelor genetice de la părinte la copil.

eritem. Zonă de înroşire a pielii datorată dilatării vaselor capilare.

eritrocite. Celulele roşii sangvine, care transportă oxigenul. Sinonim: hematii.

eroziune. Arie de culoare roşie, cu pierdere de substanţă, mărginită de piele sau mucoasă.

erupţie. Apariţia de pete pe tegumente şi/sau mucoase. Se pare că sunt datorate eliberării de histamină şi de alte substanţe chimice în circulaţia sangvină.

esofag. Tub muscular care leagă faringele de stomac.

estrogen. Hormon produs în special de femeie care contribuie la dezvoltarea şi menţinerea caracteristicilor fizice feminine, a ciclului menstrual şi a modificărilor legate de sarcină. Acest hormon se produce în cantităţi mici şi la bărbaţi.

etanol. Alcool etilic.

expiraţie. Eliminarea unei părţi a aerului din plămâni.

extrasistolă. Bătaie cardiacă prematură.

F

factor intrinsec. Substanţă care se găseşte în sucul gastric şi care favorizează absorbţia vitaminei B_{12} în intestin.

factor Rh. Factorul Rhesus. Proteină care se găseşte în serul sangvin, caz în care persoana se numeşte Rh-pozitiv.

factori de risc. Factori care cresc şansele de a se dezvolta o boală. Asemenea factori pot fi chimici, fiziologici, comportamentali, psihici, genetici sau de mediu.

faringe. Porţiunea superioară a gâtului. Reprezintă o cale de trecere a aerului între laringe şi cavitatea nazală, şi de trecere a alimentelor între cavitatea bucală şi esofag.

farmacologie. Studiul medicamentelor şi efectelor lor.

„fără prescripţie medicală". Termen utilizat pentru a descrie medicamentele care se pot cumpăra fără reţetă de la medic.

făt. Organismul uman începând din săptămâna a 10-a – a 12-a după concepţie până la naştere.

febril. Fierbinte, a avea febră.

fecale. Reziduuri alimentare eliminate din intestinul gros prin defecaţie.

femur. Osul coapsei.

fenilcetonurie. Afecţiune congenitală în care există un deficit al unei enzime specifice. Aceasta determină tulburări metabolice care duc la afectarea creierului.

fertilitate. Capacitatea de procreare.

fertilizare. Proces de concepţie în care spermatozoidul penetrează ovulul, de obicei având loc în trompa uterină.

fertilizare in vitro. Procesul prin care ovulul este fertilizat în afara organismului şi apoi transferat în uterul unei femei.

fibră. Substanţă din alimente care rezistă digestiei chimice şi trece prin sistemul digestiv aproape neschimbată.

fibre alimentare. Fibre conţinute de diverse alimente (de exemplu, fructe, legume şi cereale), care nu se digeră şi care ajută la evacuarea materiilor fecale.

fibrilaţie. Contracţii incontrolabile, rapide ale unui muşchi. Fibrilaţia cardiacă provoacă bătăi cardiace neregulate.

fibrom. Tumoră benignă a ţesutului conjunctiv şi muscular, de obicei localizată la nivelul uterului.

fibroză chistică. Boală genetică, ce afectează sistemul respirator şi digestiv. Mai frecvent, apare la cei care au ascendenţi albi din Europa de Nord.

fibulă. Cel mai mic dintre cele două oase ale gambei.

ficat. Cel mai mare organ intern a organismului. Reprezintă sediul multor funcţii metabolice, incluzând secreţia bilei, neutralizarea toxinelor, sintetizarea proteinelor, depozitarea glicogenului, a unor minerale şi vitamine.

flacid. Slăbiciune, scăderea tonusului.

flatulenţă. Acumulare excesivă de aer în stomac şi intestine.

flebită. Inflamaţia unei vene.

flegmă. Mucus gros eliminat pe gură din căile respiratorii.

fluor. Element care se găseşte în natură şi care previne apariţia cariilor dentare şi posibil influenţează rezistenţa oaselor.

fluoroscopie. Utilizarea radiaţiilor X pentru a produce imagini pe un ecran, nu pe film radiologic.

flutter. Tulburare de ritm în care pulsaţiile cordului sunt foarte rapide şi regulate.

fobie. Teamă persistentă, iraţională.

folicul. (1) Cavitate secretorie mică sau sac mic, cum este acinul sau foliculul ovarian. (2) Agregări de celule în ganglionii limfatici.

fontanelă. Zonă neosificată la locurile de unire a suturilor oaselor craniene la nou-născut şi sugar.

forceps. Instrument chirurgical utilizat pentru prindere, extragere sau compresiune a ţesuturilor.

fototerapie. Metodă de tratament prin expunere la lumină.

fovea. Depresiune de dimensiuni mici situată în centrul maculei şi care conţine doar celule cu conuri, având capacitatea celei mai distincte vederi.

fracţie de ejecţie. Cantitatea de sânge pompată dintr-un ventricul plin. Valoarea normală este de 50% sau mai mult.

fractură. Ruptură completă sau incompletă a unui os.

freamăt. Vibraţii datorate unui flux sangvin anormal.

frecvenţă cardiacă. Numărul de contracţii cardiace pe minut.

fructoză. Carbohidrat (glucid) care este prezent în fructe, miere, sirop de porumb.

fung. Microorganism de origine vegetală care nu conţine clorofilă. Unii fungi pot produce boli.

G

gameţi. Celule reproductive: spermatozoidul şi ovulul.

gammaglobulină. Proteină care se găseşte în sânge şi care are rol în lupta contra infecţiilor.

ganglion. (1) Masă de ţesut nervos formată în special din corpurile celulelor nervoase. (2) Nodul limfatic. (3) Chist de teacă a tendonului.

ganglioni limfatici. Structuri de dimensiuni mici (de la mărimea unei gămălii de ac până la mărimea unei măsline) care se găsesc răspândite în organism şi în care se produc limfocitele şi monocitele. Aceste celule sangvine albe ajută la protecţia organismului împotriva bacteriilor şi a altor microorganisme.

gangrenă. Necroză a unui țesut al organismului, de obicei din cauza unui flux sangvin insuficient. Țesutul se micșorează și se înnegrește.

garou. Legătură strânsă în jurul unui membru, al cărui scop este de a întrerupe circulația sangvină, într-o porțiune a membrului.

gastric. Referitor la stomac.

gastroenterită. Afecțiune inflamatorie a stomacului și intestinului manifestată prin grețuri, vărsături, dureri abdominale și diaree, de origine bacteriană sau virotică.

gât inflamat. Angină streptococică.

gemeni bivitelini. Gemeni care se dezvoltă din două ovule fertilizate separat. Se mai numesc gemeni neidentici.

gemeni univitelini. Gemeni care provin dintr-un singur ovul fertilizat. Sinonim: gemeni identici.

genă. Structură din cromozom care este responsabilă de transmiterea (ereditatea) unor caracteristici particulare.

generalizat. Nelimitat la o anumită zonă.

genetic. Asociat cu genele sau ereditatea.

genom. Totalitatea genelor din organism.

geriatrie. Ramură a medicinei care se ocupă cu studiul și tratamentul bolilor legate de îmbătrânire.

germen. Microorganism. Unii germeni pot produce boli.

gestație. Perioada de timp cuprinsă între concepție și naștere.

gigantism. Afecțiune produsă de hipersecreția de hormon de creștere de către glanda hipofiză. Se caracterizează prin creșterea excesivă atât în înălțime, cât și în greutate.

glandă. Organ sau țesut care eliberează o substanță care este utilizată oriunde în organism. Glandele endocrine eliberează hormonii direct în circulația sangvină.

glandă endocrină. Organ sau țesut care eliberează o substanță pentru a fi utilizat oriunde în organism.

glandă mamară. Glandă compusă, care secretă laptele.

glandă prostată. Glandă localizată la baza vezicii urinare la bărbați.

glande corticosuprarenale. Glande endocrine care produc o serie de hormoni, incluzând adrenalina (epinefrina), norepinefrina și corticosteroizii.

glande lacrimale. Glandele care produc lacrimile. Sunt localizate în orbită, într-o depresiune a osului frontal, deasupra ochiului.

glande sebacee. Glande anexe ale epidermului, care secretă sebumul.

glaucom. Afecțiune oculară caracterizată prin creșterea presiunii în interiorul globului ocular. Această presiune excesivă produce afectarea extensivă a nervului optic și pierderea vederii periferice.

glicogen. Formă de depozit a glucidelor (glucoză) în ficat.

globulină. Clasă de proteine sangvine din care se formează anticorpii.

globus. Senzație de nod în gât în absența unei modificări fizice. Poate fi legată de stres.

glomerul. Ghem microscopic de vase sangvine, care este localizat în rinichi. Funcția lui este de a filtra substanțele reziduale din sânge.

glucagon. Hormon pancreatic care eliberează forma de depozitare a glucidelor în organism (glicogen) din ficat în sânge.

glucoză. Zahărul din sânge. Se mai numește dextroză.

gluten. Proteină de origine vegetală care se găsește în cereale cum ar fi orezul, ovăzul și grâul.

gonadă. *Vezi* ovarele, testiculele.

gonadotropină. Hormon care stimulează gonadele (ovar și testicule).

gonoree. Boală infecțioasă bacteriană cu transmitere sexuală.

grand mal. Termen utilizat pentru a descrie convulsiile generalizate (epilepsie) însoțite de pierderea conștienței.

granulocite. Celule albe sangvine (leucocite) produse în măduva osoasă și care conține în citoplasmă granule. Ele digeră și distrug bacteriile.

grăsimi. Compuși organici formați din acizi grași. Pot fi saturate sau nesaturate. Grăsimile nesaturate sunt clasificate în mononesaturate și polinesaturate.

greață. Senzație de rău gastric, adesea urmată de vărsături.

gușă. Mărirea de volum a glandei tiroide.

gută. Afecțiune în care excesul de acid uric produce artrite și calculi renali.

H

halitoză. Respirație fetidă.

halucinație. Percepție falsă fără bază în realitate. Pot fi halucinații vizuale, auditive etc.

handicap. Defect fizic sau psihic care interferă cu activitatea normală.

HDL colesterol (high-density lipoprotein cholesterol). Tip de colesterol care se pare că protejează împotriva aterosclerozei. Numită și colesterolul "bun".

Heimlich (manevra). Lovitură aplicată în zona abdominală pentru a disloca și elimina un obiect care blochează căile respiratorii.

hemangiom. Tumoră benignă constituită din vase dilatate.

hematemeză. Vărsătură cu sânge.

hematom. Acumulare de sânge subcutanat sau într-un organ, datorată lezării unui vas de sânge.

hematurie. Prezența de sânge sau cheaguri de sânge în urină.

hemiplegie. Paralizie a unei jumătăți de corp.

hemocromatoză. Tulburare a metabolismului fierului cu depunerea acestuia în organism.

hemodializă. Tehnică mecanică de îndepărtare a substanțelor reziduale și toxinelor din sânge. Se mai numește dializă.

hemofilie. Tulburare hemoragică ereditară în care coagularea sângelui este perturbată.

hemoglobină. Proteină care conține fier, ce se găsește în celulele roșii sangvine (eritrocite). Hemoglobina transportă oxigenul la țesuturile organismului.

hemoptizie. Eliminare pe gură de sânge, însoţită sau nu de tuse, datorită unei sângerări la nivelul laringelui, traheei sau plămânilor.

hemoragie. Sângerare externă sau internă.

hemoragie cerebrală. Sângerare în encefal.

hemoroid. Venă tumefiată în interiorul sau în jurul anusului care poate sângera.

heparină. Substanţă care interferă cu coagularea sângelui.

hepatic. Referitor la ficat.

hepatită. Inflamaţia ficatului.

hernie ombilicală. Proeminare datorată slăbirii ţesuturilor din jurul ombilicului.

hernie. Protruzia unui organ sau unei structuri în ţesuturile învecinate.

herpes genital. Infecţie virală genitală care se contractează prin contact sexual şi caracterizată prin inflamaţie şi prezenţa de vezicule în zona infectată.

heterosexual. Persoană care este atrasă sexual de un individ de sex opus.

hidramnios. Exces de lichid amniotic.

hidrocefalie. Creşterea cantităţii de lichid cefalorahidian în ventriculii cerebrali.

hidrogenare. Reacţie chimică prin care o grăsime nesaturată se transformă într-una solidă, saturată.

himen. Membrana care acoperă parţial deschiderea vaginului.

hiper-. Prefix care introduce în termeni referirea la creşterea excesivă.

hiperactivitate. Tulburare de comportament caracterizată prin activitate excesivă, constantă, impulsivitate, incapacitate de concentrare şi agresivitate.

hipercolesterolemie. Nivel crescut de colesterol în sânge.

hipercolesterolemie familială. Afecţiune ereditară caracterizată prin niveluri crescute de colesterol în sânge.

hiperglicemie. Nivel crescut de glucoză în sânge.

hiperlipidemie. Nivel crescut de grăsimi în sânge.

hipermetropie. Viciu de refracţie în care puteţi vedea clar obiectele situate la distanţă, dar cele de aproape apar înceţoşate. Se mai numeşte hiperopie.

hiperopie. *Vezi* hipermetropia.

hiperplazie. Creşterea excesivă a numărului de celule într-un ţesut.

hipertensiune arterială. Afecţiune în care sângele este pompat în organism cu o presiune crescută.

hipertensiune. *Vezi* hipertensiunea arterială.

hiperventilaţie. Respiraţii rapide sau profunde în exces.

hipo-. Prefix care introduce în termeni sensul de inadecvat sau insuficient.

hipocondrie. Grijă excesivă faţă de propria sănătate.

hipofiză (glanda). Glandă endocrină care produce o varietate de hormoni care influenţează creşterea organismului, funcţionarea lui zilnică şi capacităţile reproductive.

hipoglicemie. Scăderea nivelului zahărului (glucoza) din sânge sub valoarea normală.

hipotalamus. Parte a encefalului responsabilă de funcţiile bazale cum ar fi apetitul, somnul, temperatura corpului şi procrearea.

hipotensiune. Tensiune arterială scăzută.

hipotensiunea ortostatică. Scăderea presiunii sangvine la ridicarea în poziţie ortostatică. Poate produce leşin.

hipoxie. Scăderea concentraţiei oxigenului din sânge.

hirsutism. Creştere excesivă a părului corporal sau facial.

histamină. Substanţă chimică ce se găseşte în ţesuturi şi care are multe funcţii: stimulează producţia acidului gastric pentru digestie, este agentul activ al reacţiilor alergice (este eliberată pentru a combate alergenul); zona implicată se tumefiază şi se congestionează putând apărea urticaria, astmul bronşic sau febra de fân.

histologie. Studiul microscopic al ţesuturilor.

HIV (human immunodeficiency virus). Virusul care produce SIDA şi afecţiunile înrudite.

Hodgkin (boala). O formă de limfom malign.

homogrefă. Procedură chirurgicală prin care o parte a organismului este înlocuită sau reparată utilizând ţesut uman sterilizat, ca de exemplu atunci când valva aortică este înlocuită. Sinonim: alotransplant, homotransplant.

homosexual. Persoană care este atrasă din punct de vedere sexual de o altă persoană de acelaşi sex.

hormon. Substanţă secretată de o glandă endocrină şi transportată în întreg organismul prin fluxul sangvin, pentru a regulariza diferite funcţii ale organismului.

hormonul foliculo-stimulant (FSH). Hormon care stimulează dezvoltarea ovulului în ovar.

humerus. Osul braţului.

Hymenoptera. Clasă de insecte din care fac parte furnicile, albinele, viespile.

I

icter. Colorarea în galben a sclerei oculare şi a pielii, cauzată de bilirubina în exces, care apare prin blocajul fluxului biliar sau prin incapacitatea ficatului de a metaboliza bilirubina.

idiopatic. Referitor la o afecţiune sau tulburare a cărei cauză este necunoscută.

ileostomie. Procedură chirurgicală prin care se deschide o ansă ileală la piele, prin crearea unei deschideri (stoma) în peretele abdominal, conţinutul intestinal evacuându-se într-o pungă specială.

ileum. Porţiunea distală a intestinului subţire.

ilium. Porţiunea superioară a osului coxal.

iluzie. Percepţie susţinută ferm fără a avea o bază reală.

imobilizare. Acţiunea de a pune în repaus un membru sau un segment al organismului pentru a ajuta vindecarea.

impactare. Menţinerea în contact strâns.

impotenţă. Incapacitatea unui bărbat de a obţine sau de a păstra erecţia.

imunitate. Rezistenţa faţă de boli, în special faţă de cele infecţioase.

imunizare. Introducerea în organism a unor antigene în cantitate foarte mică, cu scopul de a stimula dezvoltarea imunității.

imunoglobuline. Proteine care acționează asemănător anticorpilor.

incisivi. Cei 8 dinți frontali, 4 pe maxilarul superior și 4 pe maxilarul inferior.

incizie. Secționarea chirurgicală a țesuturilor cu ajutorul unui bisturiu.

incontinență. Incapacitatea de a controla eliberarea urinei sau materiilor fecale.

indigestie. Digestie incompletă sau anormală.

infarct. Zonă de țesut care se necrozează datorită unui blocaj al fluxului sangvin.

infarct miocardic. Atac de cord. Necroza unei zone a mușchiului cardiac datorată unei obstrucții în fluxul sangvin.

infecție. Afecțiune în care o parte sau întreg organismul este invadat de microorganisme.

infecție oportunistă. Infecție produsă de microorganisme care nu sunt patogene la persoanele sănătoase, dar care pot fi extrem de periculoase la persoanele cu sistem imunitar supresat.

infecțios. Cauzator de boală.

infertilitate. Incapacitatea de reproducere.

inflamație. Reacția unui țesut din organism față de o infecție, injurie fizică sau iritație, ducând la tumefiere, durere, căldură și roșeață.

inghinal. Referitor la zona inghinală.

inginerie genetică. Fabricarea, alterarea sau repararea unui material genetic prin mijloace artificiale.

inoperabil. Nepotrivit pentru tratamentul chirurgical.

inseminare. Inserția spermatozoizilor în vagin. Poate duce la fertilizarea ovulului.

insomnie. Incapacitatea de a dormi.

inspirație. Introducerea aerului în plămâni; inhalație.

insuficiență cardiacă. *Vezi* insuficiența cardiacă congestivă.

insuficiență cardiacă congestivă. Afecțiune în care cordul este incapabil să pompeze suficient sânge pentru necesitățile organismului. Se caracterizează prin acumularea de lichid în diferite zone ale corpului, cum ar fi picioarele, plămânii sau ficatul. Este denumită, de asemenea, insuficiență cardiacă.

insuficiență cardiacă dreaptă. Scăderea funcției ventriculare drepte, ducând la apariția edemelor la nivelul membrelor inferioare. *Vezi* insuficiența cardiacă congestivă.

insuficiență cervico-istmică. Afecțiune în care colul uterin începe să se deschidă înainte ca sarcina să ajungă la termen, determinând avortul sau nașterea prematură. Sinonim: incompetență cervico-istmică.

insuficiență coronariană. Incapacitatea arterelor coronare de a aduce suficient oxigen pentru a acoperi nevoile mușchiului cardiac.

insuficiență renală. Incapacitatea rinichilor de a excreta substanțele reziduale, de a concentra urina și de a menține echilibrul electrolitic.

insulină. Hormonul pancreatic care influențează cantitatea de glucoză din sânge. Vezi, de asemenea, diabetul zaharat.

intestin. Porțiune a tubului digestiv situată între stomac și anus, responsabilă de absorbția nutrienților. Este format din intestinul subțire și intestinul gros. Uneori, intestinul gros este numit colon. *Vezi, de asemenea*, colonul, duodenul, ileumul și jejunul.

intestin neurogen. Pierderea funcției normale a intestinului datorată afectării sistemului nervos.

intolerantă. Imposibilitatea de a tolera durerea, o terapie medicamentoasă sau o substanță chimică, de exemplu, lactoza sau glucoza.

intracranian. În interiorul cutiei craniene.

intravenos (iv). Situat într-o venă.

involuntar. Care nu poate fi controlat prin voință.

iris. Porțiunea colorată a ochiului. Irisul conține un inel de fibre musculare care pot contracta și dilata pupila.

ischemie. Deficit de sânge într-un organ sau într-o porțiune a unui organ. Frecvent se referă la situația în care o arteră este îngustată sau blocată, astfel încât nu poate trece o cantitate de sânge suficientă la organul irigat.

ischemie cardiacă latentă. Aport insuficient de sânge și oxigen la nivelul mușchiului cardiac, fără a exista semne și simptome.

-ită. Sufix care introduce în termeni sensul de inflamație.

izometric. Contracția unui mușchi împotriva unei rezistențe fără a-și modifica lungimea.

izotonic. Lucru muscular care produce mișcarea unei părți a organismului.

izotop. Formă a unui element chimic care are structură identică, dar masă diferită. Unii izotopi sunt radioactivi.

Î

înălțimea fundului uterin. Distanța dintre vârful uterului și simfiza pubiană. Este utilizată pentru a aprecia vârsta sarcinii.

întindere musculară. Afectare a unui mușchi care se produce prin suprasolicitarea acestuia.

J

jejun. Partea din intestinul subțire localizată între duoden și ileum.

jugulare (venele). Venele, situate pe părțile laterale ale gâtului, care transportă sângele de la creier și cap, la cord.

K

Kegel (exerciții). Tip de exerciții pentru întărirea mușchilor care controlează incontinența urinară la femei.

keratină. Proteină care se găsește în păr, unghii și stratul extern al pielii.

Korotkof (sunetele). Sunete care se percep când se determină tensiunea arterială.

L

labii. Două seturi de plici de forma unor benzi la nivelul organelor genitale feminine. Labia mare este un pliu cutanat pereche care protejează vulva. Labia mică este un pliu mai mic, acoperit de labia mare.

labirint. Parte a urechii interne responsabilă cu echilibrul.

lacerație. Leziune produsă prin ruptura unui țesut.

lactație. Producerea și secreția de lapte la nivelul sânului.

lactoză. Carbohidrat care se găsește în mod natural în lapte.

Lamaze (metodă). Program de pregătire fizică și emoțională a mamei pentru naștere.

laparoscopie. Examinarea interiorului cavității abdominale prin intermediul unui laparoscop, instrument care este introdus printr-o incizie mică la nivelul peretelui abdominal.

laringe. Organul fonației, format din cartilaje, care adăpostesc corzile vocale, mușchii și ligamentele utilizate în producerea sunetelor.

LDL-colesterol. Lipoproteine cu densitate mică, necesare funcționării organismului, dar în cantități excesive se acumulează în pereții arterelor. Se mai numește "colesterolul rău".

leșin. Pierderea de conștiență pe durată scurtă, care apare datorită unei cantități reduse de sânge ce ajunge la creier.

leucemie. Afecțiune malignă a organelor hematopoietice, care duce la producția necontrolată de celule albe sangvine (leucocite).

leucocite. Celule albe sangvine, care acționează împotriva infecțiilor.

libidou. Apetit sexual.

lichid amniotic. Lichidul care înconjoară fătul în uter, având rol de protecție.

lichid sinovial. Lichid clar, incolor, care lubrifiază suprafețele articulare.

ligament. Țesut conjunctiv fibros, puternic, asemănător unei benzi sau teci care leagă un os de altul.

ligatură. Act chirurgical prin care, cu un fir natural sau sintetic, se face hemostaza unui vas sangvin.

ligatură tubară. Metodă de sterilizare la femei, în care sunt secționate trompele uterine.

limfă. Lichid transparent prezent în vasele limfatice.

limfocite. Tip de celule albe sangvine care acționează împotriva infecțiilor și care sunt produse în nodulii limfatici; sunt distribuite în întreg organismul prin limfă și sânge.

limfom. Tip de cancer cu originea în țesutul limfatic putându-se extinde în alte zone ale organismului.

lipide. Grăsimi sau substanțe asemănătoare grăsimilor care se găsesc în sânge, cum este colesterolul.

lipoproteine. Substanțe complexe formate din proteine combinate cu lipide, pentru a se dizolva în sânge.

liposucțiune. Procesul prin care se îndepărtează depozitele de grăsimi subcutanate prin intermediul unui dispozitiv de sucțiune.

litiază. Formarea de calculi, cum ar fi calculii biliari sau cei renali.

lob. Porțiune bine definită a unui organ.

lob occipital. Arie a encefalului posterior care primește și procesează informațiile vizuale.

lobul parietal. Zonă a encefalului situată în fața lobului occipital. Are funcții importante în procesarea informațiilor despre simțul atingerii, centralizând informațiile senzoriale.

lob temporal. Zonă a encefalului implicată în procesele de memorie.

localizat. Limitat la o arie distinctă, de exemplu, o infecție sau o boală. *Vezi, de asemenea*, generalizat, sistemic.

lombar. Referitor la partea inferioară a coloanei vertebrale.

lordoză. Curbură exagerată a porțiunii inferioare a coloanei vertebrale.

luxație. Dislocarea unui os din poziția sa normală în articulație.

M

macerare. Proces aseptic de necroză a unui țesut produs prin lichefacție.

macrofage. Celule care se găsesc în special în splină și care au capacitatea de a ingera alte substanțe cum ar fi hematiile îmbătrânite.

macula. Pată de culoare roșu-închis, situată în centrul retinei, ce conține multe celule cu conuri. Este esențială pentru vederea dumneavoastră centrală și vă ajută să distingeți detaliile fine.

malabsorbție. Absorbție inadecvată a nutrienților la nivelul intestinului subțire. Semnele și simptomele malabsorbției includ slăbiciune, materii fecale grăsoase, diaree, pierderea în greutate, amețeli și anemie.

malformație congenitală. Anomalie congenitală, de la un defect estetic minor până la afecțiuni care pun viața în pericol.

malign. Termen utilizat pentru a descrie tumorile canceroase care pot crește necontrolat și care metastazează în alte zone ale organismului.

malnutriție. Deficit de hrănire a organismului datorat lipsei de hrană sau regim alimentar sărac sau unei digestii și distribuții deficiente a nutrienților.

mandibulă. Maxilarul inferior.

manie. Afecțiune psihică, ce se caracterizează prin dispoziție euforică și excitabilitate, frecvent însoțite de hiperactivitate.

marker genetic. Substanță identificabilă care este asociată cu o genă normală sau anormală.

markeri tumorali. Substanțe care circulă prin sânge și care sunt produse de o tumoră. Nivelul sangvin al acestor markeri tumorali poate reflecta activitatea sau evoluția tumorii.

mastectomie. Rezecție operatorie a glandei mamare.

masticație. Mestecare, sfărâmare cu dinții a alimentelor solide, proces care are loc în cavitatea bucală.

mastopatie fibro-chistică. Afecțiune benignă a sânului, caracterizată prin noduli care variază cu ciclul menstrual. Se mai numește boală benignă a sânului.

maxilă. Maxilarul superior.

măduva spinării. Parte a sistemului nervos central formată din substanță albă și substanță cenușie, care leagă nervii trunchiului și membrele cu creierul.

măduvă. Partea centrală a unui organ, glandă sau os (medulla).

măduvă osoasă. Substanță moale care se găsește în cavitatea osului și în care se formează celulele sangvine.

mărgăritărel. Infecție micotică a cavității bucale. Sinonim: stomatita candidozică.

meconiu. Primele excreții intestinale ale nou-născutului, compuse din secreții intestinale și lichid amniotic, de obicei de culoare verzui-închis.

medic rezident. Medic care participă la un program de specializare postuniversitară.

medicament generic. Denumire necomercială a unui medicament.

medicamente antiinflamatorii nesteroidiene (AINS). Medicamente necortizonice utilizate în tratamentul inflamațiilor.

medicamente imunosupresoare. Medicamente care inhibă sistemul imun.

medicamente inotrope. Medicamente care cresc forța de contracție a cordului.

medic de familie. Medicul care este răspunzător de întreținerea și coordonarea stării dumneavoastră de sănătate.

melanină. Pigment care dă culoarea închisă părului, tegumentelor sau coroidei oculare.

melanom. Tumoră cutanată pigmentată; în cazuri foarte rare, se poate localiza pe mucoase. Melanomul malign poate fi invaziv, metastazând în ganglionii limfatici și în alte zone mai frecvent decât alte cancere cutanate.

membrană. Pătură subțire de țesut conjunctiv care căptușește, separă sau acoperă un organ sau o structură.

membrană timpanică. Timpanul.

meninge. Membranele (dura mater, arhanoida și pia mater) care acoperă măduvă spinării și encefalul.

meningită. Inflamația membranelor care acoperă măduva spinării sau encefalul (meningele), de obicei provocată de o infecție.

menopauză. Oprirea graduală a ciclului menstrual, la sfârșitul căruia femeia nu mai este capabilă să rămână gravidă.

menstruație. Scurgere lunară fiziologică de sânge și țesuturi (membrana care căptușește la interior uterul) care apare în cursul vieții reproductive a femeii.

metabolism. Proces care are loc în țesuturile vii prin care alimentele sunt transformate în produși care pot fi utilizați de organism, se produce energie, prin descompunere apărând produșii de excreție.

metastazare. Răspândirea unei boli dintr-o parte a organismului în alta, de obicei prin deplasarea celulelor (ca în cancer) sau a infecției prin sistemul limfatic și fluxul sangvin.

mezenter. Pliu al peritoneului care leagă intestinul subțire de peretele abdominal posterior și care conține arterele, venele și nervii intestinului subțire.

mialgie. Durere sau sensibilitate musculară.

microbi. Microorganisme celulare, cum ar fi bacteriile, majoritatea putând produce boli.

micțiune. Actul fiziologic de eliminare a urinei din organism. Sinonim: urinare.

mielină. Substanță lipoidică de culoare albă, care formează o teacă în jurul anumitor nervi (numiți nervi mielinici).

mielom multiplu. Tip de cancer sangvin cu originea în măduva osoasă. Poate produce dureri osoase, anemie și hipercalcemie.

miliaria. Mici vezicule superficiale care apar pe nasul și obrajii nou-născutului. Dispar spontan și nu necesită tratament.

minut-volum cardiac. Cantitatea de sânge pe care o pompează inima în sistemul circulator într-un minut.

miocard. Mușchiul cardiac. *Vezi, de asemenea,* endocardul și epicardul.

miocardită. Inflamația mușchiului cardiac.

miopatie. Orice afecțiune a mușchilor.

miopie. Defect de vedere în care dumneavoastră puteți vedea clar obiectele situate în apropiere, dar pe cele situate la distanță nu le puteți vedea bine.

mioză. Pupila contractată. Contracția anormală este adesea semnul unei afecțiuni sau tulburări.

mitoză. Tip de diviziune celulară în care celulele fiice au același număr de cromozomi ca celulele inițiale.

mmHg. Milimetri coloană de mercur. Unitate de măsură pentru tensiunea arterială.

molari. Cei 12 dinți (câte 3 pe fiecare hemiarcadă) voluminoși, pluriradiculari, situați posterior pe arcadele dentare.

mono-. Prefix care introduce în termeni sensul de unu.

monocite. Celule sangvine albe cu acțiune macrofagică, produse în ganglionii limfatici și distribuite în tot organismul prin lichidul limfatic și fluxul sangvin.

monoclonal. Derivat dintr-o singură celulă sau clonă celulară.

motilitate. Capacitatea de a se mișca.

mucoase. Membrane subțiri care căptușesc organele sau canalele care se află în contact cu aerul, cum este cavitatea nazală, cavitatea bucală, globul ocular.

musculo-scheletic. Referitor la mușchi și la schelet.

mușchi. Țesut care produce mișcarea prin capacitatea sa de a se contracta.

mușchii planșeului pelvin. Grup de mușchi localizați la baza pelvisului. Ei ajută la sprijinul vezicii urinare, uretrei, rectului și, la femeie, al vaginului și uterului.

mutație. Tulburare care constă din modificări care duc la alterarea materialului genetic.

N

narcoză. Stare de stupoare, frecvent indusă de medicamente sau alţi agenţi.

narine. Nări.

natal. Referitor la naştere.

născut-mort. Termen care se referă la un făt care se naşte mort.

nebulizator. Dispozitiv utilizat pentru pulverizarea substanţelor medicamentoase sau pentru umidifierea căilor respiratorii. Se mai numeşte atomizor, pulverizator.

necroză. Modificări apărute datorită morţii celulelor sau organelor.

nefrectomie. Rezecţie chirurgicală a unui rinichi.

nefrită. Inflamaţia ţesutului renal.

nefroni. Structură a rinichiului la nivelul căreia se excretă substanţele reziduale şi se formează urina.

neg. *Vezi* veruca.

neo-natal. Perioada de la naştere până la vârsta de 4 săptămâni.

neoplasm. Tumoră malignă.

neovascularizaţie. Formarea anormală şi dezvoltarea vaselor de sânge, aşa cum apare sub retină în cazul în care dumneavoastră aveţi degenerare maculară, sau în corpul vitros, când aveţi retinopatie diabetică proliferativă.

nerv. Fascicul de fibre care leagă creierul şi măduva spinării de diferite părţi ale organismului şi prin care circulă impulsurile nervoase.

nerv optic. Fascicul de fibre nervoase care transportă informaţia vizuală culeasă de retina dumneavoastră la cortexul vizual al creierului dumneavoastră.

nerv sciatic. Cel mai mare nerv din organism. Începe la baza măduvei spinării prin unirea a două rădăcini (L_5 şi S_1), trece prin pelvis şi coboară pe faţa posterioară a coapsei până la călcâi.

nervul vag. Perechea a X-a de nervi cranieni care inervează esofagul, laringele, stomacul, intestinele, plămânii şi cordul.

neurofibromatoză. Afecţiune genetică ce afectează sistemul nervos, muşchii, oasele şi tegumentul.

neuromuscular. Referitor la sistemul nervos şi cel muscular.

neuron. Celula nervoasă.

neuropatie. Boală a nervilor.

neurotransmiţător. Substanţă chimică din celula nervoasă care acţionează ca mesager în creier şi sistemul nervos.

nevralgie. Durere ascuţită de-a lungul traiectului unui nerv sau în aria lui de distribuţie.

nicotină. Substanţă chimică ce se găseşte în tutun şi care dă dependenţă.

nistagmus. Mişcări anormale, repetate ale globilor oculari.

nod atrio-ventricular (AV). Aglomerare de celule specializate, care încetinesc impulsurile electrice în trecerea lor de la atrii la ventricule.

nod sinusal. Pacemaker-ul natural al cordului.

nodul. Structură sau ţesut de dimensiuni mici, de formă rotundă sau ovală.

noradrenalină. Hormon natural care creşte frecvenţa cardiacă şi tensiunea arterială; influenţează şi alte funcţii ale organismului. Se mai numeşte norepinefrină.

norepinefrină. *Vezi* adrenalina, noradrenalina.

nucleu. Partea centrală a majorităţii celulelor vegetale şi animale. Este esenţial pentru creşterea, hrănirea şi reproducerea celulelor.

nutrienţi. Substanţe conţinute în alimente care asigură hrănirea organismului.

nutriţie. Combinaţie de procese prin care organismul primeşte şi utilizează substanţele necesare pentru funcţionarea zilnică, energie, creştere şi vindecare.

O

obezitate. Greutate corporală peste normal, definită adesea ca o greutate cu 20% peste greutatea considerată normală pentru vârstă, înălţime şi structura osoasă.

obezitate tronculară. Obezitatea dispusă în special la nivelul toracelui şi abdomenului.

occipital. Referitor la zona posterioară a capului.

ocluzie. Obstruarea unei căi de trecere, de exemplu un canal sau un vas de sânge.

ocluzie a arterei coronare. Obstrucţie la nivelul unei artere cornare, care opreşte fluxul sangvin spre muşchiul cardiac.

ocluzie dentară. Alinierea dinţilor superiori şi inferiori când maxilarele sunt în contact.

ocular. Referitor la globul ocular.

ocult. Obscur, ascuns.

olfactiv. Referitor la simţul mirosului.

-oma. Sufix pentru tumoră, tumefacţie.

ombilic. Cicatricea formată prin secţionarea cordonului ombilical imediat după naştere.

oncogenă. Genă prezentă în celulele normale care după expunerea la factori care induc cancerul, poate determina dezvoltarea unei tumori.

oncologie. Studiul tumorilor.

operaţie cezariană. Extragerea fătului din uter pe cale chirurgicală, printr-o incizie la nivelul abdomenului şi al peretelui uterin.

orbită. Cavitate osoasă care protejează şi găzduieşte ochiul. La formarea ei participă următoarele structuri osoase: frontal, sfenoid, etmoid, nazal, lacrimal, maxilar şi palatin.

organe genitale. Organele reproductive interne şi externe.

orgasm. Apogeul actului sexual sau al stimulării sexuale. La bărbaţi se asociază cu ejacularea spermei, la femei cu contracţiile vaginului.

ortopnee. Respiraţie în poziţia şezândă.

–osis. Sufix care indică o stare de boală, un proces morbid.

osos. Referitor la os.

osteogen. Derivat din os.

osteopatie. Orice boală osoasă.

ovar. Gonada feminină care produce ovulele pentru reproducere şi hormonii sexuali feminini: estrogeni şi progesteron.

ovul. Celula reproducătoare feminină. După fecundare cu spermatozoidul rezultă oul, care se va dezvolta în embrion, făt și apoi nou-născut.

ovulație. Procesul de eliberare lunară a unui ovul din ovar. Se produce la aproximativ 14 zile înainte de debutul următoarei menstruații.

oxitocină. Hormon produs de glanda hipofiză a femeii adulte care stimulează secreția de lapte la nivelul glandei mamare.

P

pacemaker. (1) Grup de celule localizate în peretele atriului, care regularizează ritmul cardiac. (2) Dispozitiv electric utilizat pentru stimularea procesului natural prin generarea de impulsuri electrice. Numit pacemaker cardiac artificial, acest dispozitiv poate fi plasat în interiorul sau în exteriorul cutiei toracice.

palatul dur. Plafonul cavității bucale.

paliativ. Tratament administrat nu pentru vindecare, ci pentru a ameliora starea de boală.

paloare. Paliditate.

palpare. Metodă de examinare clinică prin atingere.

palpitație. Percepere a bătăilor rapide ale cordului.

pancreas. Glanda digestivă care produce enzimele esențiale necesare pentru digestia alimentelor. De asemenea, conține insulele lui Langerhans, care secretă insulina în sânge.

Papanicolaou (testul). Test efectuat pentru detectarea cancerului de col uterin (cervix). Numit așa după dr. G. Papanicolaou. Se mai numește "Pap test".

papilă. Mică formațiune proeminentă.

papilă optică (disc optic). Disc situat la polul posterior al globului ocular unde se adună fibrele care formează nervul optic. Este vizibil pe retină ca un disc gălbui-albicios.

paralizie. Incapacitatea de a mișca o parte a organismului. Paralizia parțială se numește pareză.

paranoia. Afecțiune psihică, ce se caracterizează prin suspiciune excesivă, delir de persecuție, gelozie etc.

parapareză. Deficit motor al ambelor membre inferioare într-un grad mai mic decât paraplegia.

paraplegie. Paralizia ambelor membre inferioare.

paratiroide (glandele). Glande endocrine localizate posterior de polul superior al glandei tiroide, al căror hormon (parathormonul) intervine în echilibrul calciului sangvin.

parazit. Organism care trăiește pe seama altui organism.

parenteral. Termen care descrie metodele de administrare a medicamentelor, lichidelor sau hranei, pe cale intravenoasă (iv), subcutanată sau intramuscular.

pareză. Paralizie parțială.

paroxism. (1) Atac brusc, de exemplu, un spasm sau o convulsie. (2) Recurența simptomelor unei boli.

patella. Rotulă.

patogen. Microorganism care determină o boală.

patologie. Studiul cauzelor și naturii bolilor.

pauză compensatorie. La nivelul cordului, întârziere ușoară care apare după o contracție prematură înainte de următoarea contracție.

pectoral. Referitor la partea anterioară a toracelui.

pelvis. Structură osoasă de forma unui bazin, care leagă coloana vertebrală de membrele inferioare.

penis. Organul masculin al copulației și urinării.

pepsină. Principala enzimă din sucul gastric.

peptic. Referitor la digestie sau la enzima numită pepsină.

percuție. Metodă de examinare clinică prin lovirea cu degetele a anumitor zone ale organismului pentru a determina poziția, forma și consistența unei structuri aflate sub tegumente.

perforație. Mic orificiu într-un organ.

pericard. Membrana în formă de sac, care învelește cordul.

pericardiectomie. Excizia chirurgicală a pericardului.

pericardită. Inflamația pericardului.

perinatal. Referitor la perioada imediat de dinaintea, în timpul și imediat după naștere.

perineum. Aria externă situată între vulvă și anus la femeie sau între scrot și anus la bărbat.

periodontal. Referitor la aria situată strict în jurul dintelui.

periost. Membrană care învelește osul.

peristaltism. Mișcări sub formă de undă, în special la nivelul musculaturii sistemului digestiv, care duc la propulsarea conținutului acestuia.

peritoneu. Membrana care căptușește cavitatea abdominală.

peritonită. Inflamația sau infecția peritoneului.

pernicios. Distructiv, uneori fatal. Anemia pernicioasă este o formă particulară de anemie produsă de incapacitatea de absorbție a vitaminei B_{12} la nivelul tractului intestinal.

pesar. Instrument introdus în vagin cu scopul de a susține uterul sau pentru a preveni concepția.

pestă. Boală infecțioasă gravă determinată de *Yersinia pestis*. Sinonim: ciumă. Există două tipuri: bubonică și pulmonară.

pete „café au lait". Zone pigmentate de culoarea cafelei cu lapte.

pete mongoloide. Tip de nevi congenitali ca niște pete mari albastru-gri, asemănătoare vânătăilor. Sunt mai frecvente la copiii cu tegument închis la culoare; de obicei, dispar mai târziu. Se mai numesc pete albastre sau macule mongoloide.

peteșie. Sufuziune sangvină de dimensiuni mici care apare în piele sau mucoase.

petit mal. Termen utilizat pentru a descrie o formă ușoară de criză epileptică, ce se caracterizează prin privire fixă și oprirea temporară a activităților.

pH. Măsura acidității sau alcalinității unei substanțe.

pica. Dorința neobișnuită de a mânca materiale necomestibile, de exemplu, pământ, gheață, materii fecale etc.

pigment. Substanță colorată.

pilor. Porțiunea inferioară a stomacului, prin care acesta comunică cu duodenul.

pinna. Partea externă a urechii.

pirexie. Febră.

pirozis. Senzație de arsură localizată în spatele sternului, generată de regurgitarea sucului gastric (reflux) din stomac în esofag.

placă ateromatoasă. Depozit de grăsimi care se acumulează în interiorul arterelor, ducând la îngustarea și pierderea flexibilității acestora.

placă bacteriană. Film sau depozit de bacterii și alte substanțe pe suprafața dinților care poate duce la apariția cariei dentare sau a bolii periodontale.

placebo. Substanță nemedicamentoasă care nu are nici o acțiune farmacologică specifică împotriva unei boli. Uneori, este numită pilulă cu zahăr.

placenta praevia. Localizare anormală a placentei, în care ea acoperă parțial sau complet orificiul cervical.

placentă. Structură uterină spongioasă, ce se dezvoltă în timpul sarcinii, prin care fătul se hrănește și elimină substanțele de excreție (prin intermediul cordonului ombilical). Placenta este eliminată imediat după nașterea fătului.

plachete sangvine. Elemente figurate ale sângelui de formă rotundă sau ovalară. Au rol în coagularea sangvină. Se mai numesc trombocite.

plagă. Zonă de țesut fie rănită (ca în răni, abcese sau ulcerații), fie alterată (ca în tumori, molă sau chisturi).

plasmă. Partea lichidă a sângelui.

plămâni. Organe respiratori pereche, de formă conică, cu consistență spongioasă, localizate în jurul bronhiilor principale și ale ramurilor lor.

pleură. Membrana care acoperă plămânii și căptușește cavitatea toracică.

pojar german. *Vezi* rubeola.

poli-. Prefix care introduce în termeni sensul de pluralitate sau mai mult decât normal.

polip. Proliferare la nivelul unei mucoase, care protruzionează.

pompă de analgezie controlată de pacient. Dispozitiv de dimensiuni mici, activat de pacient pentru a injecta medicație analgezică atunci când are nevoie. Aceasta limitează cantitățile de analgezice administrate.

postpartum. Referitor la perioada imediat următoare după naștere.

preeclampsie. Afecțiune care poate apărea în timpul sarcinii. Este caracterizată prin hipertensiune arterială indusă de sarcină, prezența de proteine în urină și edem. Se mai numește toxemie.

premolari. Cei opt dinți prezenți la adult situați între canini și molari.

preput. Pliu de piele care acoperă glandul penisului necircumcis.

presbiopie. Defect de vedere care apare când cristalinul dumneavoastră pierde din elasticitate și din capacitatea de a se subția și îngroșa. Acest lucru face dificilă focalizarea pentru obiectele de aproape. Se mai numește hipermetropia senilă.

presiune intraoculară. Presiunea din interiorul globului ocular, care este menținută de umoarea apoasă. Creșterea presiunii intraoculare poate fi un semn de glaucom.

presiune sangvină. Forța exercitată se sânge asupra pereților interni ai arterelor. *Vezi, de asemenea*, sistola și diastola.

presiunea sistolică. Presiunea sângelui produsă de contracția mușchiului cardiac. Reprezintă prima cifră a valorii tensiunii arteriale.

prezentație pelviană. Poziționarea fătului în timpul travaliului, în care acesta se prezintă la colul uterin cu picioarele sau fesele.

prezentație vicioasă. Poziție anormală a fătului în timpul nașterii, ceea ce determină ca nașterea pe cale vaginală să devină dificilă sau chiar imposibilă.

proces mastoid. Masiv osos de formă piramidală așezat înapoia pavilionului auricular, care conține celulele mastoidiene.

profilaxie. Termen care se referă la prevenția apariției bolilor sau răspândirii lor, prin respectarea anumitor reguli sau prin luarea unor precauții specifice.

progesteron. Hormon sexual feminin responsabil, printre altele, de îngroșarea mucoasei uterine pentru pregătirea concepției și implantării ovulului fecundat.

prognoză. Aprecierea evoluției unei boli.

prolactină. Hormon hipofizar care stimulează glanda mamară să producă lapte.

prolaps. Deplasarea unui organ sau a unei structuri, cum ar fi uterul sau vezica urinară, prin protruzie sau cădere în afară.

prolaps de valvă mitrală. Proeminarea cuspidelor valvei mitrale în atriul stâng în timpul contracției cardiace.

prostaglandine. Grup de substanțe extrem de active care afectează multe organe. Unele prostaglandine au rol în stimularea contracțiilor uterine în timpul travaliului.

proteină. Compus complex care conține azot, format din aminoacizi. Proteinele sunt esențiale pentru creșterea și repararea țesuturilor.

proteză. Aparat care înlocuiește pierderea unui organ sau a unei părți a organismului, cum ar fi membrul superior sau inferior.

protrombină. Compus chimic care se găsește în sânge și care reacționează cu sărurile de calciu pentru a forma trombina, un pas în procesul de coagulare a sângelui.

prurit. Mâncărime.

psihogen. Având originea în minte, în spirit, sau referitor la dezvoltarea acesteia.

psihomotor. Referitor la mișcările fizice voluntare.

psihosomatic. Referitor la relațiile dintre minte și corp. Bolile psihosomatice sunt cele în care tulburările fizice sunt cauzate sau agravate de factori emoționali.

psihoză. Tulburare mentală gravă, caracterizată prin pierderea contactului cu realitatea. Iluziile și halucinațiile sunt adesea prezente.

ptialină. Enzimă care se găsește în salivă și care ajută la descompunerea amidonului în carbohidrați simpli.

ptoză palpebrală. Afecțiune caracterizată prin căderea pleoapei superioare, blocându-vă vederea.

pubertate. Perioadă de modificări rapide la fete şi băieţi, în care se maturizează caracterele sexuale. La fete (de obicei între 9 şi 16 ani) este marcată de instalarea menstruaţiei (menarhă), iar la băieţi (de obicei, între 9 şi 14 ani) este marcată de secreţia de spermatozoizi şi îngroşarea vocii.

pulmonar. Referitor la plămâni.

puls radial. Pulsul simţit la nivelul încheieturii mâinii.

punct de focalizare. Loc în interiorul globului ocular unde informaţia vizuală este focalizată de cornee şi cristalin. Cea mai bună vedere apare când punctul de focalizare este pe retină.

pupilă. Zonă de culoare închisă situată în centrul irisului, prin care lumina pătrunde în ochiul dumneavoastră.

puroi. Lichid gros, verde-gălbui, care conţine leucocite şi bacterii, format la nivelul unei zone infectate.

purpură. Afecţiune caracterizată prin hemoragii ale vaselor sangvine mici, care produc pete cutanate sau pe mucoase. Aceste pete sunt la început roşii, apoi purpurii şi înainte să dispară devin maro-gălbui.

purulent. Care formează sau care conţine puroi.

R

radiaţii X. Unde electromagnetice care penetrează cele mai solide materiale. Sunt utilizate în radiologie pentru a produce imagini ale structurilor interne ale structurilor organismului. Se mai numesc şi radiaţii Röntgen.

radioterapie. Metodă care utilizează radiaţiile cu energie înaltă în tratarea unor boli cum ar fi cancerul. Sursele de radiaţii includ radiaţiile Röntgen (X), cobaltul şi radiumul.

radius. Osul mai mic care ia parte la formarea scheletului antebraţului. El se articulează cu baza policelui.

radon. Gaz radioactiv care se găseşte în natură. Este un produs secundar al dezintegrării radiumului.

raluri. Sunete respiratorii anormale, uneori indicând prezenţa de lichid în alveolele pulmonare.

rash. Erupţie cutanată, frecvent temporară.

Raynaud (boala). Modificare de culoare a tegumentelor, datorată unui spasm al vaselor sangvine mici, în special în caz de expunere la frig.

răspuns autoimun. Reacţie a organismului în care un ţesut al organismului este perceput ca străin, ducând la producerea de anticorpi împotriva acestuia.

reacţie alergică. Răspuns exagerat al sistemului imun la un alergen. Reacţia se produce datorită eliberării de histamină sau de substanţe asemănătoare histaminei din celulele afectate. Semnele şi simptomele includ: erupţie tegumentară, congestie nazală, astm bronşic şi, ocazional, şoc. *Vezi, de asemenea*, histamina.

reacţie insulinică. Reacţie care apare la persoanele care fac tratament cu insulină, caracterizată prin scăderea nivelului de zahăr din sânge (hipoglicemie) datorată unui exces de insulină sau reducerii aportului de carbohidraţi.

recesiv. Tip de ereditate în care o genă a unei caracteristici particulare trebuie moştenită de la ambii părinţi pentru ca aceasta să apară la copilul lor. *Vezi, de asemenea*, dominant.

recidivă. Recurenţa unei afecţiuni după o aparentă vindecare.

rect. Porţiunea inferioară a intestinului gros. Depozitează materiile fecale înainte de eliminarea acestora.

reflex. Răspuns involuntar la un stimul.

reflux. Reîntoarcere sau regurgitare.

refractar. Termen care caracterizează: 1. o afecţiune rezistentă la tratament; 2. un nerv sau un muşchi care rezistă la stimulare.

refracţie. Reflectarea undelor luminoase de către cornee şi cristalin când lumina trece prin globul ocular. Refracţia permite imaginilor să fie focalizate şi clare.

regiunea inghinală. Zonă a abdomenului inferior la limita dintre trunchi şi coapsă.

regurgitare. Reflux.

rejecţie. Respingere; de exemplu, respingerea unui transplant.

remisiune. Ameliorarea semnelor şi simptomelor unei boli.

renal. Referitor la rinichi.

renină. Hormon secretat de rinichi şi care influenţează tensiunea arterială.

reperfuzie. Reluarea circuitului sangvin.

resuscitare. Reinstalarea respiraţiei şi a bătăilor cardiace după un stop cardiorespirator.

resuscitare cardio-pulmonară (RCP). Tehnică pentru readucerea la viaţă a unei persoane aflată în stop cardio-respirator.

retină. Strat subţire de ţesut localizat în partea posterioară a globului ocular care primeşte şi organizează impulsurile vizuale. Retina este legată de encefal prin nervii optici.

retinopatie. Orice afecţiune a retinei, care cauzează deteriorarea vederii.

retinopatie diabetică. Complicaţie a diabetului zaharat datorată afectării vaselor mici de sânge care hrănesc retina. Retinopatia diabetică este produsă de niveluri crescut de glucoză din sânge (hiperglicemie). Netratată, poate duce la orbire.

reţea trabeculară. Reţea de ţesut spongios prin care umoarea apoasă trece pentru a drena prin canalul lui Schlemm.

reumatism articular acut. Afecţiune inflamatorie care apare după o infecţie streptococică şi afectează cordul. Sinonim: febra reumatică.

revărsat. Acumulare de lichid într-o cavitate a corpului sau într-o articulaţie.

rezecţie. Îndepărtarea chirurgicală a unui organ sau a unui ţesut.

rezecţie parţială a cancerului. Îndepărtarea chirurgicală a celei mai mari părţi dintr-o tumoră canceroasă, atunci când ea nu poate fi rezecată în totalitate.

rezonanţă magnetică nucleară (RMN). Procedeu imagistic care utilizează câmpuri magnetice puternice pentru a vizualiza structura organismului.

rhinovirus. Grup mare de virusuri care produc răceala comună.

rinichi. Organ pereche, cu formă asemănătoare unei boabe de fasole, localizate în partea posterioară a abdomenului superior, de fiecare parte a coloanei vertebrale. Sunt responsabili de formarea şi excreţia urinei, şi de reglarea conţinutului de apă, electroliţi, acizi şi baze din sânge.

rubeolă. Boală virală extrem de contagioasă, caracterizată printr-o erupţie tegumentară roşie. Se mai numeşte pojar german.

ruptură. Soluţie de continuitate la nivelul unui organ sau ţesut.

S

sacrum. Os de formă triunghiulară situat la baza coloanei vertebrale, imediat deasupra coccisului. Este format din sudarea celor cinci vertebre sacrale şi ia parte la formarea pelvisului osos.

salivă. Lichidul secretat de glandele salivare, care înmoaie alimentele şi începe procesul de digestie.

sarcom. Tumoră malignă cu originea în ţesutul conjunctiv sau în os.

scabie. Afecţiune cutanată cauzată de acarieni. Se caracterizează prin înroşirea, tumefierea şi pruritul la nivelul ariei afectate.

scapula. Omoplat.

scăderea vederii. Orice problemă de vedere care poate fi corectată cu ochelari standard, lentile de contact sau intervenţii chirurgicale. Frecvent este rezultatul unor boli oculare cum ar fi retinopatia diabetică, degenerarea maculară.

Schlemm (canalul). Canalul deschis al scleroticei, situat aproape de joncţiunea sclerocorneeană, mergând circular în jurul periferiei corneei; drenează umoarea apoasă în venele ciliare.

scintigrafie pulmonară. Procedeu de imagerie utilizat pentru a aprecia fluxul sangvin care trece prin plămâni.

sclera (sclerotica). Membrană fibroasă, albicioasă, foarte rezistentă care înveleşte ochiul aproape pe toată suprafaţa. Denumită în mod obişnuit albul ochiului, ea se prelungeşte în faţă cu corneea.

scleroză. Îngroşarea unui organ sau ţesut, de obicei datorată unei dezvoltări anormale a ţesutului fibros.

scrot. Învelişul cutanat superficial al pungii care conţine testicule.

sebum. Produsul de secreţie al glandelor sebacee, un produs alb-gălbui, constituit din lipide; are rolul de a lubrifia pielea.

secreţie. Procesul de producere şi eliberare de către o glandă a unor produşi necesari vieţii organismului.

seminom. Tumoră malignă a testiculului.

semne vitale. Respiraţia, ritmul cardiac şi temperatura corpului.

sepsis. Sinonim pentru septicemie.

septicemie. Stare infecţioasă generalizată, cauzată de diseminarea unui microorganism patogen în întreg organismul, prin intermediul fluxului sangvin.

septum (sept). Structură care separă două cavităţi sau două compartimente ale organismului.

ser. Fluid apos care rămâne după formarea unui cheag sangvin. Serul care conţine anticorpi împotriva unei boli specifice poate fi injectat unei persoane pentru a-i conferi rezistenţă temporară la acea boală. Aceasta se numeşte imunitate pasivă. Vezi, de asemenea, vaccinarea.

seringă. Instrument utilizat pentru a introduce o substanţă în organism sau pentru a extrage lichide.

sfigmomanometru. Dispozitiv utilizat pentru măsurarea presiunii sangvine.

sfincter. Muşchi circular aflat în jurul unui orificiu natural care se contractă şi se dilată pentru a închide şi a deschide orificiul. În organismul uman există multe sfinctere, de exemplu, la nivelul anusului, vezicii urinare, stomacului sau esofagului.

sfincter esofagian inferior. Bandă musculară circulară, prin care esofagul comunică cu stomacul.

sinapsă. Joncţiunea între două celule nervoase (neuron).

sincopă. Pierderea de scurtă durată a conştienţei. Sinonim: leşin.

sincopă vaso-vagală. Lipotimie simplă.

sindrom. Ansamblu de simptome +/– semne, care caracterizează o stare patologică.

sindromul morţii subite a sugarului (SIDA – sudden infant death syndrome). Deces inexplicabil, brusc al unui sugar.

sindromul sinusului bolnav. Insuficienţa nodului sinusal de a determina bătăi cardiace normale. Se poate manifesta prin perioade fie de tahicardie, fie de bradicardie.

sinus coronarian. Principala venă care drenează sângele provenit de la muşchiul cardiac în atriul drept.

sinusuri. Spaţii sau cavităţi goale în interiorul unei structuri osoase. De exemplu, cavităţile umplute cu aer aflate în oasele cutiei craniene (etmoid, frontal, maxilar, sfenoid) care se deschid în fosele nazale.

sistem cardio-vascular. Sistem circulator care include cordul, arterele, venele şi sistemul limfatic.

sistem de conducere. Fibre musculare specializate care conduc stimulul electric prin muşchiul cardiac.

sistem imun. Sistem care protejează organismul de substanţele străine cum ar fi bacteriile, virusurile, paraziţii sau fungii.

sistem nervos autonom. Parte a sistemului nervos care reglează funcţiile involuntare ale organismului.

sistemic. Referitor la sau implicând un număr mare de zone din organism.

sistolă. Perioadă a ciclului cardiac care corespunde contracţiei muşchiului cardiac, urmată de faza de relaxare (diastolă).

sodiu. Substanţă minerală esenţială pentru menţinerea echilibrului hidroelectric al organismului. Sarea de

masă (clorura de sodiu) conţine aproape jumătate sodiu.

soluţie salină. Soluţie de săruri (clorură de sodică).

somatostatină. Hormon care influenţează secreţia şi eliminarea hormonilor pancreatici insulină şi glucagon. Se găseşte, de asemenea, în alte ţesuturi ale organismului, unde îndeplineşte alte funcţii.

somnul REM. Somnul cu mişcări rapide ale globilor oculari. Este perioada somnului în care apar visele, iar ochii se mişcă ciclic chiar dacă sunt închişi.

sonogramă. *Vezi* ultrasonografia.

spasm. Contracţie involuntară, neritmică, a unui muşchi sau grup de muşchi.

specul. Instrument chirurgical utilizat pentru a examina un conduct sau o cavitate a organismului, deschis spre exterior printr-un orificiu natural, de exemplu cavitatea nazală sau vaginul.

spermă. Lichid opac, albicios, care conţine spermatozoizi şi alte lichide, şi care se excretă în momentul orgasmului masculin.

spermatozoid. Celulă reproducătoare masculină. Atunci când se cuplează cu un ovul, se produce fecundaţia. Spermatozoizii sunt produşi în testicule şi conţinuţi în lichidul spermatic.

spermicid. Contraceptiv local care acţionează distrugând spermatozoizii.

spina bifida. Malformaţie congenitală a coloanei vertebrale, caracterizată prin absenţa sudurii arcurilor posterioare şi a apofizei spinoase a uneia sau mai multor vertebre.

splină. Organ abdominal localizat în stânga stomacului, care depozitează şi, în acelaşi timp, produce celulele sangvine.

spută. Secreţie fluidă ejectată din plămâni, bronhii şi trahee prin gură. Dacă se suspicionează că este provocată de o boală, o infecţie, sputa poate fi examinată în laborator.

stadializare. Aprecierea extinderii sau răspândirii unui cancer în scopul planificării tratamentului.

stare de rău. Disconfort, sentiment generalizat de boală, nelinişte, adesea fiind simptomul unei infecţii.

stenoză. Îngustare anormală sau închidere a unui orificiu sau canal al organismului.

stenoză aortică. Îngustarea orificiului cardiac dintre aortă şi ventriculul stâng.

stenoza mitrală. Îngustarea orificiului cardiac dintre atriul drept şi ventriculul drept.

stenoză pilorică. Obstrucţie la nivelul comunicării stomacului cu duodenul.

stent. Instrument implantat în timpul intervenţiei chirurgicale, care ajută la menţinerea ţesuturilor la locul lor.

sterilitate masculină. Sterilitate determinată de anomalii ale spermei sau spermatozoizilor.

sterilizare. 1. Procesul prin care toate microorganismele cum ar fi bacterii, virusuri şi paraziţi, sunt distruse de pe orice material medical sau chirurgical pentru a preveni infecţia. 2. Procedeu, de obicei chirurgical, prin care un bărbat sau o femeie devine incapabil pentru reproducere.

stern. Os plat, situat în partea anterioară şi medială a toracelui, articulat prin marginile lui cu primele şapte cartilaje costale şi cu clavicula.

steroizi. *Vezi* corticosteroizii.

stetoscop. Instrument cu ajutorul căruia medicul ascultă sunetele produse în organism.

stomac. Parte a tubului digestiv, situat între esofag şi duoden.

stomatită. Inflamaţia mucoasei cavităţii bucale. Poate apărea ca o complicaţie a chimio- sau radioterapiei.

stomie. Deschidere creată chirurgical în care o porţiune a tractului urinar sau a intestinului este adusă la suprafaţa peretelui abdominal. Termen generic pentru toate tipurile de stomă, cum ar fi ileostoma, colostoma.

stop cardiac. Oprirea bruscă a bătăilor cardiace.

striae. Leziune cutanată atrofică de aspect linear.

stupor. Stare de reducere a conştienţei în care capacitatea de reacţie şi sensibilitatea sunt scăzute.

subacut. Termen utilizat pentru a distinge stadiul intermediar în evoluţia unei boli care nu este nici cronic, nici acut.

subcutanat. Sub piele.

substanţă de contrast. Substanţă colorantă lichidă, opacă la radiaţiile X, care poate fi introdusă în tractul gastro-intestinal sau care este injectată într-un vas sangvin sau în spaţiul subarahnoidian, pentru a permite vizualizarea structurilor din organism care nu pot fi văzute la examenul radiologic obişnuit.

sucroză. Carbohidrat (glucid) simplu, obţinut din trestia de zahăr sau sfecla de zahăr.

suferinţă fetală. Situaţie în care fătul se află în primejdie. Semnele includ: modificarea ritmului cardiac fetal şi modificarea culorii lichidului amniotic (asemănător meconiului).

suflu cardiac. Zgomot anormal care se aude în timpul bătăilor cardiace. Poate fi semnul unei boli cardiace vasculare sau a altei anormalităţi.

suflu. Sunet produs de turbulenţa sângelui în mişcare prin cavităţile şi valvele cordului sau sunet produs de curentul sangvin la trecerea lui printr-un vas de sânge îngustat. Poate avea semnificaţia unei afecţiuni cardiace sau valvulare.

sughiţ. Spasm involuntar al diafragmului urmat de închiderea bruscă a glotei, ducând la apariţia unei respiraţiei ascuţite, bruşte.

supin. Culcat pe spate.

supozitor. Preparat farmaceutic în formă solidă, pentru inserarea într-un conduct, cum ar fi rectul sau vaginul.

supuraţie. Formarea şi eliminarea puroiului dintr-o leziune.

sutură. 1. Apropierea chirurgicală a marginilor unei plăgi, pentru închiderea unei plăci accidentale sau a unei incizii. 2. Varietate de articulare a două oase (în special oasele cutiei craniene).

Ş

şalazion. Hipertrofie nedureroasă a pleoapei, cauzată de obstrucţia ductului unei glande Meibomius (glanda sebacee).

şancru. Ulceraţie nedureroasă cutanată sau la nivelul unei mucoase, de obicei produsă de sifilis.

şoc. Afecţiune în care organismul reacţionează la traumatisme sau durere severă prin dilatarea sau relaxarea vaselor de sânge, producând ceea ce se numeşte insuficienţă circulatorie. Semnele şi simptomele includ: puls rapid, respiraţii rapide, tensiune arterială extrem de scăzută, paloare, tegumente umede şi, uneori, pierderea conştienţei.

şunt. Deviere a fluxului sangvin dintr-o parte în alta. Uneori poate fi creat artificial (chirurgical).

şunt vascular de derivaţie coronariană. Intervenţie chirurgicală care redirecţionează circulaţia sangvină prin şuntarea unei artere coronare sau obstruate sau îngustate.

T

tahicardie. Accelerarea anormală a bătăilor cordului.

tahipnee. Accelerarea anormală a frecvenţei respiratorii.

talasemie. Anemie ereditară întâlnită în special la populaţia din jurul Mării Mediterane.

tamponadă. Compresia unui organ, cum ar fi tamponada pericardică, în care lichidul pericardic compresează inima.

tartru. Depunere calcificată pe dinţi.

Tay-Sachs (boala). Afecţiune genetică recesivă, frecvent întâlnită la evreii Ashkenazi, caracterizată prin absenţa enzimei necesare pentru descompunerea anumitor lipide.

tendon. Ţesut fibros prin care un os se prinde de un muşchi.

tensiune diastolică. Presiunea sangvină scăzută în timpul relaxării muşchiului cardiac. Este a doua cifră a valorii tensiunii arteriale.

terapie adjuvantă. Terapie ajutătoare utilizată în tratamentul cancerelor. Dacă excizia chirurgicală a tumorii este terapia primară, radioterapia sau chimioterapia sunt considerate terapie adjuvantă.

testicul. Gonada masculină, care produce spermatozoizii şi hormonul sexual masculin (testosteronul).

testicul necoborât. Testicul care nu a ajuns în scrot. Sinonim: testicul ectopic.

testosteron. Hormon sexual masculin produs în testicule.

test pulmonar funcţional. Test utilizat pentru măsurarea capacităţii plămânilor de a realiza schimburile de aer.

tetrapareză. Slăbiciune a tuturor celor 4 membre.

tetraplegie. Paralizie completă a membrelor superioare şi inferioare.

thorax. Torace.

TIA. *Vezi* accidentul vascular ischemic tranzitor.

tibie. Cel mai mare dintre oasele gambei.

tic. Spasm muscular involuntar, care apare de obicei la faţă, cap, gât sau umăr.

timp de protrombină. Test care măsoară activitatea unor factori ai coagulării. Frecvent este utilizat pentru a determina dacă o persoană a primit doza corectă dintr-un anticoagulant.

timus. Glanda endocrină de dimensiuni mici, situată în torace în faţa traheei, a cărei funcţie este de a produce celulele T, implicate în răspunsul imunitar al organismului. Timusul începe să se atrofieze la pubertate.

tinctură. Preparat medicamentos obţinut prin dizolvarea principiilor active ale uneia sau mai multor substanţe, de origine vegetală sau animală, într-un lichid cum ar fi apa, alcoolul sau eterul.

tiroidă. Glanda endocrină implicată în controlul ratei de funcţionare a organismului şi care contribuie la menţinerea echilibrului calciului din sânge şi oase, prin acţiunea hormonilor tiroidieni şi a calcitoninei.

tiroxină. Hormon tiroidian care controlează metabolismul organismului.

tocolitice. Medicamente utilizate pentru a inhiba naşterea.

tomografie computerizată (CT). Tehnică radiologică, ce utilizează un computer pentru a obţine imagini ale organismului.

tomografie cu emisie de pozitroni (PET). Tehnică imagistică utilizată pentru măsurarea fluxului sangvin şi a metabolismului ţesuturilor organismului, mai ales la nivelul cordului sau creierului.

tonsile. Două mase de ţesut limfatic, localizate de o parte şi de alta a faringelui, care ajută la eliminarea bacteriilor. Sinonim: amigdale.

topic. Referitor la suprafaţa organismului.

torace "în butoi". Deformare a cutiei toracice ce apare la persoanele care suferă de emfizem pulmonar. Sinonim: torace emfizematos.

toracic. Referitor la torace.

toxemie. Afecţiune în care toxinele circulă prin organism, pe calea curentului sangvin. *Vezi, de asemenea,* preeclampsia.

toxic. Otrăvitor.

toxicomanie. Dependenţă fizică sau emoţională de o substanţă – cel mai frecvent, alcool sau un alt agent sau un alt drog. De obicei, determină utilizarea unor cantităţi din substanţa respectivă din ce în ce mai mari pentru a obţine acelaşi efect.

toxină. Substanţă toxică.

toxoid. Toxină biologică tratată astfel încât să nu mai fie periculoasă.

toxoplasmoză. Afecţiune infecţioasă produsă de un parazit microscopic care se găseşte în fecalele pisicilor şi în carnea insuficient preparată termic.

tract gastrointestinal. Stomacul şi intestinele.

tracţiune. Metodă de tratament care constă în tragerea unei părţi a unui membru sau a coloanei vertebrale cu scopul de a obţine un efect terapeutic sau analgezic. Această metodă se aplică în fracturi ale coloanei vertebrale, ale femurului sau ale colului femural etc.

trahee. Conductul care leagă laringele de bronhii şi serveşte la trecerea aerului.

tranchilizant. Medicament utilizat pentru a scădea tensiunea şi starea de anxietate.

transductor. Dispozitiv care transformă presiunea, temperatura, pulsul sau sunetele într-un semnal electric.

transfuzie. Introducerea de sânge sau de componente ale sângelui în fluxul sangvin.

transpiraţie. Asudare. Lichidul sărat excretat de glandele sudoripare cutanate.

transplant. Transferul chirurgical al unui organ sau ţesut dintr-o zonă într-alta sau de la un individ la altul.

transplant de măduvă osoasă. Procedeu terapeutic prin care măduva osoasă a unui pacient, care este distrusă prin chimioterapie, radioterapie sau ambele, este înlocuită cu măduvă osoasă de la o altă persoană sau proprie, prelevată înainte de începerea chimioterapiei sau radioterapiei.

transvaginal. Prin vagin; de exemplu, ecografia transvaginală.

travaliu. Procesul de contracţie al muşchiului uterin care deschide colul uterin şi deplasează fătul prin canalul de naştere.

travaliu fals. Contracţii uterine neregulate şi dureri care pot apărea în timpul sarcinii. Se mai numesc contracţii Braxton-Hicks.

tremor. Mişcare anormală, caracterizată prin oscilaţii involuntare ritmice ale unei părţi a corpului (membre, trunchi, faţă), datorată unei afecţiuni nervoase, ca efect secundar al unui medicament sau din alte cauze.

trial clinic. Experiment destinat testării eficacităţii şi posibilelor efecte secundare ale unor tratamente la oameni. Trialurile se fac prin metode ştiinţifice, uneori prin comparaţie cu o terapie standard sau cu un tratament placebo.

triceps. Muşchi al braţului a cărui contracţie produce extensia braţului.

trigemen (nervul). Perechea a V-a de nervi cranieni, care transmit stimulii senzitivi la creier de la faţă, dinţi şi limbă.

trigliceride. Tip de lipide pe care organismul îl produce din carbohidraţi, alcool sau calorii în exces.

trimestru. Una dintre cele trei etape ale perioadei de sarcină, fiecare durând 3 luni.

trombină. Enzimă care ia parte la procesul de coagulare a sângelui.

trombocit. Celulă sangvină fără nucleu care joacă un rol important în procesul de coagulare a sângelui. Sinonim: plachetă sangvină.

tromboflebită. Constituirea unui cheag sangvin în interiorul unei vene, asociată cu inflamaţia peretelui venos.

tromboliză. Procesul de dizolvare a cheagurilor sangvine.

tromboză venoasă profundă. Prezenţa unui cheag sangvin într-o venă profundă a membrului inferior.

trombus. Cheag sangvin.

trompa lui Eustachio. Tubul care leagă urechea medie cu faringele.

trompă uterină. Tub situat de fiecare parte a uterului care conduce ovulul de la ovar la cavitatea uterină.

trunchi cerebral. Parte a sistemului nervos care leagă encefalul de măduva spinării. Este format din medulla oblongata (bulbul rahidian), puntea lui Varolio şi mezencefal.

tub endotraheal. Tub care este inserat în trahee pentru a permite respiraţia cu un ventilator.

tub neural. Structura fetală din care se vor dezvolta encefalul, măduva spinării, nervii spinali şi coloana vertebrală.

tubuli. Tuburi sau canale de dimensiuni mici, cum ar fi tubulii renali.

tulburare mielodisplazică. Tulburare a celulelor din care se formează celulele albe sangvine (leucocite).

tumoră. O creştere anormală a unui ţesut. Tumorile pot fi de două tipuri: maligne sau benigne.

tumoră carcinoidă. Tip specific de tumoră cu originea în intestin sau în bronhii. În mod tipic produce o substanţă chimică numită serotonină, care poate produce diaree, scăderea tensiunii arteriale şi îmbujorare bruscă.

tumoră primară. Locul de origine al unei tumori canceroase. În cazul în care cancerul metastazează în alt loc din organism, se numeşte tumoră secundară.

Ţ

ţesut. Totalitatea celulelor având aceeaşi morfologie şi/sau îndeplinind aceeaşi funcţie.

U

ulcer. Pierdere de substanţă la nivelul tegumentului sau a unei mucoase.

ulcer de decubit. Ulceraţie deschisă care se formează la nivelul tegumentului din cauza unei presiuni prelungite. Se mai numeşte escară.

ulcior (orjelet). Inflamaţie dureroasă, asemănătoare unui furuncul sau pustule a uneia dintre glandele sebacee ale pleoapei. Este produsă de o infecţie bacteriană.

ulna. Cel mai mare dintre cele două oase ale antebraţului.

ultrasonografie. Metodă de examinare care utilizează undele sonore de înaltă frecvenţă pentru a obţine imagini din interiorul organismului. Se mai numeşte ecografie.

umoare apoasă. Lichidul clar care se găseşte în camera anterioară a globului ocular. Ea hrăneşte corneea şi cristalinul; de asemenea, ajută la menţinerea presiunii interne a globului ocular.

umoral. Referitor la fluidele organismului.

unicuspid. Valvulă cardiacă având un singur cuspid.

uree. Principalul produs de excreţie din urină. Este un produs care conţine azot al metabolismului proteinelor. Măsurarea concentraţiei acesteia în sânge poate fi utilizată pentru a evalua funcţia rinichiului.

uremie. 1. Nivelul de uree din sânge. 2. Totalitatea manifestărilor caracteristice insuficienţei renale.

ureter. Conductul prin care urina ajunge de la rinichi la vezica urinară.

uretră. Conductul prin care urina ajunge de la vezica urinară la exterior. La bărbat, permite şi trecerea spermei.

urină. Lichid secretat de către rinichi, care este depozitat în vezica urinară şi eliminat în exterior prin uretră.

urticarie. *Vezi* erupţia.

uter. Organ muscular cavitar al aparatului genital feminin destinat să găzduiască fătul pe timpul perioadei sale de dezvoltare.

uvulă. Structură care pendulează în spatele palatului.

V

vaccin. Preparat introdus în organism cu scopul de a slăbi sau omorî o bacterie sau un virus care provoacă o boală specifică, stimulând imunitatea.

vaccinare. Administrarea unui vaccin pentru a conferi o imunitate activă, specifică.

vagin. Organul genital feminin situat între organele genitale externe şi uter. Se mai numeşte canal de naştere.

vaginită. Infecţie a vaginului.

valvă mitrală. Valvă cardiacă care permite sângelui să treacă din atriul stâng în ventriculul stâng, împiedicându-l să refuleze.

valvă aortică. Valvă cardiacă situată între ventriculul stâng şi aortă. O valvă aortică normală are trei cuspide.

valvă pulmonară. Valvă cardiacă situată între ventriculul drept şi artera pulmonară.

valvă tricuspidă. Valvă cardiacă situată între atriul şi ventriculul drept.

vascular. Referitor la vasele de sânge.

vase colaterale. Ramificaţii mici ale arterelor şi venelor care se dezvoltă pentru a şunta un segment îngustat sau obstruat.

vasectomie. Metodă de sterilizare la bărbat care presupune secţionarea canalelor deferente pentru a împiedica trecerea spermei din testicule în canalele ejaculatoare.

vase limfatice. Structuri care fac parte din sistemul limfatic care conţine şi transportă limfa.

vasodilatator. Medicament care dilată vasele de sânge.

vasopresor. Medicament care creşte tensiunea arterială.

vărsătură. Ejectarea conţinutului stomacal parţial digerat prin gură.

vector. Transportor care poate transmite un agent infecţios sau un defect genetic, dar nu prezintă semnele şi simptomele bolii cauzate de agentul infecţios sau de defectul genetic.

vegetarian. Persoană care nu consumă produse de origine animală.

vena cavă inferioară. Venă de dimensiuni mari care aduce sângele de la membrele inferioare şi abdomen la cord.

vena cavă superioară. Venă de dimensiuni mari, care transportă la inimă sângele venos de la extremitatea cefalică şi membrele superioare.

venă. Vas de sânge prin care sângele se reîntoarce la inimă.

venă safenă. Venă mare a membrului inferior.

vene pulmonare. Vasele de sânge care transportă sângele oxigenat de la plămâni înapoi la inimă.

vene varicoase. Vene dilatate şi destinse datorate afectării valvelor venoase.

venos. Referitor la vene.

ventilator. Aparat care asistă sau controlează respiraţia.

ventilaţie. Schimbul de aer între interiorul şi exteriorul plămânilor.

ventricul. 1. Fiecare dintre cele două cavităţi ale cordului, care pompează sângele. Ventriculul stâng pompează sângele în aortă şi, prin aceasta, în tot organismul; ventriculul drept pompează sângele în artera pulmonară, acesta ajungând în plămâni. 2. Cavitate a encefalului, umplută cu lichid cefalo-rahidian.

venulă. Venă de dimensiuni mici.

vertebră. Unul dintre cele 33 de oase care formează coloana vertebrală.

vertij. Stare de ameţeală însoţită de senzaţia de mişcare.

verucă. Excrescenţă inofensivă a pielii, produsă de un virus. Sinonim: neg.

vezică. Sac membranos în care se acumulează lichide, de exemplu, vezica urinară în care se acumulează urina înainte de eliminare.

vezică urinară neurogenă. Pierderea funcţiei normale a vezicii urinare datorată afectării sistemului nervos.

veziculă. Cavitate mică (un sac mic) care conţine lichid.

veziculă biliară. Formaţiune saculară, situată sub ficat, care depozitează bila produsă de ficat şi eliberată în intestinul subţire în timpul digestiei.

veziculă seminală. Glandă în formă de sac, localizată în spatele vezicii urinare la bărbat, care secretă un fluid ce intră în compoziţia spermei.

viral. Termen care se referă la un virus sau care se datorează unui virus.

virulent. Extrem de infecţios sau de toxic.

virus. Agent infecţios microscopic care se reproduce doar în celulele gazdă.

virusul imunodeficienţei umane (HIV). Virusul care produce SIDA şi afecţiunile înrudite.

viscere. Organele interne, în special cele din cavitatea abdominală.

vitamine. Substanţe organice esenţiale pentru majoritatea proceselor metabolice din organism.

vulvă. Organul genital feminin extern, incluzând clitorisul şi labiile.

W

wheezing. Zgomot şuierător produs în timpul unei respiraţii dificile.

Z

zigot. Celulă rezultată din fuziunea ovulului cu spermatozoidul.

Resurse

S-a spus că trăim în era informației. Niciodată până acum, americanii nu au fost bombardați cu atât de multe informații, uneori chiar contradictorii, despre modul de a-ți păstra sănătatea, de a lupta cu bolile, de a controla cheltuielile pentru sănătate și de a se descurca cu un sistem de sănătate din ce în ce mai complex. Această lucrare a fost scrisă pentru a oferi răspunsuri la o gamă largă de întrebări legate de sănătate, dar nu se poate realiza un singur volum care să se adreseze tuturor problemelor dumneavoastră și ale celorlalți cititori. De aceea, vă oferim această selecție de organizații (din SUA) care v-ar putea oferi informații suplimentare. Nu avem intenția să promovăm și nici să sprijinim aceste organizații. (Adresele, numerele de telefon și site-urile de Web se pot modifica.)

Acoustic Neuroma Association
600 Peachtree Parkway, Suite 108
Cumming, GA 30041-6899
770-205-8211
www.anausa.org

Aerobics and Fitness Association of America
15250 Ventura Blvd., Suite 200
Sherman Oaks, CA 91403-3297
877-968-7263 or 818-905-0040
www.afaa.com

Agency for Healthcare Research and Quality
P.O. Box 8547
Silver Spring, MD 20907-8547
800-358-9295 or 301-594-1364
www.ahrq.gov

Al-Anon Family Group Headquarters
1600 Corporate Landing Parkway
Virginia Beach, VA 23454-5617
888-425-2666 or 757-563-1600
www.al-anon.alateen.org

Alcoholics Anonymous
475 Riverside Drive, 11th Floor
New York, NY 10115
212-870-3400 (check local listings nationwide)
www.aa.org

Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard of Hearing
3417 Volta Place N.W.
Washington, DC 20007
202-337-5220
www.agbell.org

Alliance for Retired Americans
888 16th St. N.W., Suite 520
Washington, DC 20006
888-373-6497 or 202-974-8222
www.retiredamericans.org

Alzheimer's Association
919 N. Michigan Ave., Suite 1100
Chicago, IL 60611-1676
800-272-3900 or 312-335-8700
www.alz.org

Alzheimer's Disease Education and Referral Center
P.O. Box 8250
Silver Spring, MD 20907-8250
800-438-4380 or 301-495-3311
www.alzheimers.org

American Academy of Allergy, Asthma and Immunology
611 E. Wells St.
Milwaukee, WI 53202
800-822-2762 or 414-272-6071
www.aaaai.org

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
3615 Wisconsin Ave. N.W.
Washington, DC 20016-3007
202-966-7300
www.aacap.org

American Academy of Dermatology
930 E. Woodfield Road
Schaumburg, IL 60173-4927
847-330-0230
www.aad.org

American Academy of Family Physicians
11400 Tomahawk Creek Parkway
Leawood, KS 66211-2672
800-274-2237 or 913-906-6000
www.aafp.org

American Academy of Ophthalmology
655 Beach St.
San Francisco, CA 94120-7424
415-561-8500
www.aao.org

American Academy of Orthopaedic Surgeons
6330 N. River Road
Rosemont, IL 60018-4262
847-823-7186
www.aaos.org

American Academy of Otolaryngology — Head and Neck Surgery
1 Prince St.
Alexandria, VA 22314-3357
703-836-4444
www.entnet.org

American Academy of Pediatrics
141 Northwest Point Blvd.
Elk Grove Village, IL 60007-1098
847-434-4000
www.aap.org

American Association of Endodontists
211 E. Chicago Ave., Suite 1100
Chicago, IL 60611-2691
800-872-3636 or 312-266-7255
www.aae.org

American Association of Homes and Services for the Aging
2519 Connecticut Ave. N.W.
Washington, DC 20008-1520
202-783-2242
www.aahsa.org

American Association of Kidney Patients
3505 E. Frontage Road, Suite 315
Tampa, FL 33607
800-749-2257 or 813-636-8100
www.aakp.org

American Association of Neurological Surgeons
5550 Meadowbrook Court
Rolling Meadows, IL 60008-3852
888-566-2267 or 847-378-0500
www.neurosurgery.org

American Association of Poison Control Centers
3201 New Mexico Ave., Suite 310
Washington, DC 20016
202-362-7217
www.aapcc.org

American Association of Retired Persons
601 E St. N.W.
Washington, DC 20049
800-424-3410 or 202-434-2277
www.aarp.org

American Board of Medical Specialties
1007 Church St., Suite 404
Evanston, IL 60201-5913
866-275-2267 or 847-491-9091
www.abms.org

American Board of Oral and Maxillofacial Pathology
1 Urban Centre, Suite 690
4830 W. Kennedy Blvd.
Tampa, FL 33609-2571
813-286-2444
www.abomp.org

American Board of Orthodontics
401 N. Lindbergh Blvd., Suite 308
St. Louis, MO 63141
314-432-6130
www.americanboardortho.com

American Board of Pathology
1 Urban Centre, Suite 690
4830 W. Kennedy Blvd.
Tampa, FL 33609-2571
813-286-2444
www.abpath.org

American Board of Periodontology
4157 Mountain Road, PBN 249
Pasadena, MD 21122
410-437-3749
www.perio.org

American Brain Tumor Association
2720 River Road, Suite 146
Des Plaines, IL 60618-4117
800-886-2282 or 847-827-9910
www.abta.org

American Cancer Society
1599 Clifton Road N.E.
Atlanta, GA 30329-4250
800-227-2345 or 404-320-3333
www.cancer.org

American Chronic Pain Association
P.O. Box 850
Rocklin, CA 95677
800-533-3231 or 916-632-0922
www.theacpa.org

American College of Cardiology
9111 Old Georgetown Road
Bethesda, MD 20814-1699
800-253-4636, extension 694, or 301-897-5400
www.acc.org

American College of Emergency Physicians
1125 Executive Circle
Irving, TX 75038-2522
800-798-1822 or 972-550-0911
www.acep.org

American College of Gastroenterology
4900 B S. 31st St.
Arlington, VA 22206-1656
703-820-7400
www.acg.gi.org

American College of Obstetricians and Gynecologists
Resource Center
409 12th St. S.W.
Washington, DC 20090-6920
202-638-5577
www.acog.org

American College of Radiology
1891 Preston White Drive
Reston, VA 20191-4397
800-227-5463 or 703-648-8900
www.acr.org

American College of Rheumatology
1800 Century Place, Suite 250
Atlanta, GA 30345
404-633-3777
www.rheumatology.org

American College of Surgeons
633 N. St. Clair St., 24th Floor
Chicago, IL 60611-3211
312-202-5000
www.facs.org

American Council of the Blind
1155 15th St. N.W., Suite 1004
Washington, DC 20005
800-424-8666 or 202-467-5081
www.acb.org

American Dental Association
211 E. Chicago Ave.
Chicago, IL 60611
312-440-2500
www.ada.org

American Diabetes Association
1701 N. Beauregard St.
Alexandria, VA 22311
800-342-2383 or 703-549-1500
www.diabetes.org

American Dietetic Association
216 W. Jackson Blvd.
Chicago, IL 60606-6995
800-877-1600 or 312-899-0040
www.eatright.org

American Foundation for Suicide Prevention
120 Wall St., 22nd Floor
New York, NY 10005
888-333-2377 or 212-363-3500
www.afsp.org

American Foundation for Urologic Disease
1128 N. Charles St.
Baltimore, MD 21201-5559
410-468-1800
www.afud.org

American Geriatrics Society
Empire State Building, Suite 801
350 Fifth Ave.
New York, NY 10018
212-308-1414
www.americangeriatrics.org

American Health Care Association
1201 L St. N.W.
Washington, DC 20005
202-842-4444
www.ahca.org

American Hearing Research Foundation
8 S. Michigan Ave., Suite 814
Chicago, IL 60603-4539
312-726-9670
www.american-hearing.org

American Heart Association
7272 Greenville Ave.
Dallas, TX 75231-5129
800-242-8721 or 214-373-6300
www.americanheart.org

American Hospital Association
1 N. Franklin St.
Chicago, IL 60606-3421
312-422-3000
www.aha.org

American Lung Association
61 Broadway, Sixth Floor
New York, NY 10006
212-315-8700
www.lungusa.org

American Medical Association
515 N. State St.
Chicago, IL 60610
312-464-5000
www.ama-assn.org

American Music Therapy Association
8455 Colesville Road, Suite 1000
Silver Spring, MD 20910
301-589-3300
www.musictherapy.org

American Nurses Association
600 Maryland Ave. S.W., Suite 100 W.
Washington, DC 20024
800-274-4262 or 202-651-7000
www.nursingworld.org

American Occupational Therapy Association
4720 Montgomery Lane
Bethesda, MD 20824-1220
301-652-2682
www.aota.org

American Osteopathic Association
142 E. Ontario St.
Chicago, IL 60611
800-621-1773 or 312-202-8000
www.aoa-net.org

American Parkinson Disease Association
1250 Hylan Blvd., Suite 4B
Staten Island, NY 10305-1946
800-223-2732 or 718-981-8001
www.apdaparkinson.org

American Psychiatric Association
1400 K St. N.W.
Washington, DC 20005
888-357-7924 or 202-682-6220
www.psych.org

American Psychological Association
750 First St. N.E.
Washington, DC 20002-4242
800-374-2721 or 202-336-5510
www.apa.org

American Public Health Association
800 I St. N.W.
Washington, DC 20001-3710
202-777-2742
www.apha.org

American Red Cross
8111 Gatehouse Road
Falls Church, VA 22042
877-272-7337
www.redcross.org

American Self-Help Group Clearinghouse
100 E. Hanover Ave., Suite 202
Cedar Knolls, NJ 07927-2020
973-326-6789
www.selfhelpgroups.org

American Social Health Association Health Line
P.O. Box 13827
Research Triangle Park, NC 27709
919-361-8400
www.ashastd.org

American Society for Reproductive Medicine
1209 Montgomery Highway
Birmingham, AL 35216-2809
205-978-5000
www.asrm.org

American Society of Anesthesiologists
520 N. Northwest Highway
Park Ridge, IL 60068-2573
847-825-5586
www.asahq.org

American Speech-Language-Hearing Association
10801 Rockville Pike
Rockville, MD 20852
800-638-8255 or 301-897-5700
www.asha.org

American Stroke Association
7272 Greenville Ave.
Dallas, TX 75231
888-478-7653
www.strokeassociation.org

American Tinnitus Association
65 S.W. Yamhill St., Suite 200
Portland, OR 97204
800-634-8978 or 503-248-9985
www.ata.org

American Trauma Society
8903 Presidential Parkway, Suite 512
Upper Marlboro, MD 20772-2656
800-556-7890 or 301-420-4189
www.amtrauma.org

American Veterinary Medical Association
1931 N. Meacham Road, Suite 100
Schaumburg, IL 60173
847-925-8070
www.avma.org

Amyotrophic Lateral Sclerosis Association
27001 Agoura Road, Suite 156
Calabasas Hills, CA 91301-5104
800-782-4747 or 818-880-9007
www.alsa.org

Associated Services for the Blind
919 Walnut St.
Philadelphia, PA 19107
215-627-0600
www.asb.org

Association for Macular Diseases
210 E. 64th St., Eighth Floor
New York, NY 10021
212-605-3777
www.macula.org

Asthma and Allergy Foundation of America
1233 20th St. N.W., Suite 402
Washington, DC 20036
800-727-8462 or 202-466-7643
www.aafa.org

Benign Essential Blepharospasm Research Foundation
P.O. Box 12468
Beaumont, TX 77726-2468
409-832-0788
www.blepharospasm.org

Better Hearing Institute
515 King St., Suite 420
Alexandria, VA 22314
888-432-7435 or 703-684-3391
www.betterhearing.org

Cancer Care
275 Seventh Ave.
New York, NY 10001
800-813-4673 or 212-712-8080
www.cancercare.org

Center for Nutrition Policy and Promotion
Department of Agriculture
3101 Park Center Drive, Room 1034
Alexandria, VA 22302-1594
703-305-7600
www.usda.gov/cnpp

Centers for Disease Control and Prevention
1600 Clifton Road
Atlanta, GA 30333
800-311-3435 or 404-639-3534
www.cdc.gov

Centers for Medicare and Medicaid Services
7500 Security Blvd.
Baltimore, MD 21244-1850
410-786-3000
www.cms.hhs.gov

Christopher and Dana Reeve Paralysis Resource Center
636 Morris Ave.
Short Hills, NJ 07078
800-539-7309 or 973-467-8270
www.paralysis.org

Christopher Reeve Paralysis Foundation
500 Morris Ave.
Springfield, NJ 07081
800-225-0292
www.christopherreeve.org

Clearinghouse on Disability Information
Office of Special Education and Rehabilitative Services
Switzer Building, Room 3132
330 C St. S.W.
Washington, DC 20202-2524
202-205-8241
www.ed.gov/offices/OSERS

Crohn's and Colitis Foundation of America
386 Park Ave. S., 17th Floor
New York, NY 10016-8804
800-932-2423 or 212-685-3440
www.ccfa.org

Cystic Fibrosis Foundation
6931 Arlington Road
Bethesda, MD 20814
800-344-4823 or 301-951-4422
www.cff.org

Department of Health and Human Services
200 Independence Ave. S.W.
Washington, DC 20201
877-696-6775 or 202-619-0257
www.hhs.gov

Depression and Related Affective Disorders Association
Meyer 3-181
600 N. Wolfe St.
Baltimore, MD 21287-7381
410-955-4647 or 202-955-5800
www.drada.org

Diabetes Exercise and Sports Association
P.O. Box 1935
Litchfield Park, AZ 85340
800-898-4322
www.diabetes-exercise.org

Digestive Disease National Coalition
507 Capitol Court N.E., Suite 200
Washington, DC 20002
202-544-7497
www.ddnc.org

Easter Seals
230 W. Monroe, Suite 1800
Chicago, IL 60606
800-221-6827 or 312-726-6200
www.easter-seals.org

Epilepsy Foundation of America
4351 Garden City Drive, Suite 500
Landover, MD 20785-7223
800-332-1000 or 301-459-3700
www.epilepsyfoundation.org

Eye Bank Association of America
1015 18th St. N.W., Suite 1010
Washington, DC 20036
202-775-4999
www.restoresight.org

Family Caregiver Alliance
690 Market St., Suite 600
San Francisco, CA 94104
415-434-3388
www.caregiver.org

Federal Consumer Information Center
Department WWW
31451 United Ave.
Pueblo, CO 81009
888-878-3256 or 719-948-4000
www.pueblo.gsa.gov

Food and Drug Administration
5600 Fishers Lane
Rockville, MD 20857
888-463-6332 or 301-827-4573
www.fda.gov

Food and Nutrition Service
Department of Agriculture
3101 Park Center Drive
Alexandria, VA 22302
703-305-2281
www.fns.usda.gov

Foundation Fighting Blindness
11435 Cronhill Drive
Owings Mills, MD 21117-2220
888-394-3937 or 410-568-0150
www.blindness.org

Gastro-Intestinal Research Foundation
70 E. Lake St., Suite 1015
Chicago, IL 60601-5907
312-332-1350
www.girf.org

Guiding Eyes for the Blind
611 Granite Springs Road
Yorktown Heights, NY 10598
800-942-0149 or 914-245-4024
www.guidingeyes.org

Guillain-Barre Syndrome Foundation International
P.O. Box 262
Wynnewood, PA 19096
610-667-0131
www.gbsfi.org

Health Insurance Association of America
555 13th St. N.W.
Washington, DC 20004
208-824-1600
www.hiaa.org

Health On The Net Foundation
Medical Informatics Division
University Hospital of Geneva
24, rue Micheli-du-Crest
1211 Geneva 14
Switzerland
www.hon.ch

Health Resources and Services Administration
Parklawn Building
5600 Fishers Lane
Rockville, MD 20857
301-443-3376
www.hrsa.gov

Hospice Education Institute
3 Unity Square
P.O. Box 98
Machiasport, ME 04655-0098
800-544-2213 or 207-255-8800
www.hospiceworld.org

Hospice Foundation of America
2991 S St. N.W.
Washington, DC 20009
800-854-3402 or 202-638-54219
www.hospicefoundation.org

Huntington's Disease Society of America
158 W. 29th St., Seventh Floor
New York, NY 10001-5300
800-345-4372 or 212-242-1968
www.hdsa.org

International Association for Medical Assistance to Travellers
417 Center St.
Lewiston, NY 14092
716-754-4883
www.iamat.org

International Hearing Society
16880 Middlebelt Road, Suite 4
Livonia, MI 48154
800-521-5247 or 734-522-7200
www.ihsinfo.org

Intestinal Disease Foundation
Landmarks Building, Suite 525
1 Station Square Drive
Pittsburgh, PA 15219-1138
877-587-9606 or 412-261-5888
www.intestinalfoundation.org

Juvenile Diabetes Research Foundation International
120 Wall St., 19th Floor
New York, NY 10005-4001
800-533-2873 or 212-785-9500
www.jdrf.org

Laurent Clerc National Deaf Education Center
800 Florida Ave. N.E.
Washington, DC 20002
202-651-5051
www.clerccenter.gallaudet.edu

Leukemia and Lymphoma Society
1311 Mamaroneck Ave.
White Plains, NY 10605
877-464-3400 or 914-949-5213
www.leukemia-lymphoma.org

Lighthouse International
111 E. 59th St.
New York, NY 10022-1202
800-829-0500 or 212-821-9200
www.lighthouse.org

Living Bank
4545 Post Oak Place, Suite 315
Houston, TX 77027
800-528-2971 or 713-528-2971
www.livingbank.org

Lupus Foundation of America
1300 Piccard Drive, Suite 200
Rockville, MD 20850-4303
301-670-9292
www.lupus.org

March of Dimes Birth Defects Foundation
1275 Mamaroneck Ave.
White Plains, NY 10605
888-663-4637 or 914-428-7100
www.modimes.org

MayoClinic.com
Mayo Clinic Health Information
200 1st St. S.W.
Rochester, MN 55905
www.MayoClinic.com

Mended Hearts
7272 Greenville Ave.
Dallas, TX 75231-4596
888-432-7899 or 214-706-1442
www.mendedhearts.org

Midwest Bioethics Center
1021-1025 Jefferson St.
Kansas City, MO 64105
800-344-3829 or 816-221-1100
www.midbio.org

Myasthenia Gravis Foundation National Office
5841 Cedar Lake Road, Suite 204
Minneapolis, MN 55416
800-541-5454 or 952-545-9438
www.myasthenia.org

National Alliance for the Mentally Ill
Colonial Place 3
2107 Wilson Blvd., Suite 300
Arlington, VA 22201-3042
800-950-6264 or 703-524-7600
www.nami.org

National Alliance of Breast Cancer Organizations
9 E. 37th St., 10th Floor
New York, NY 10016
888-806-2226 or 212-889-0606
www.nabco.org

National Alopecia Areata Foundation
14 Mitchell Blvd.
San Rafael, CA 94903
415-472-3780
www.naaf.org

National Aphasia Association
29 John St., Suite 1103
New York, NY 10038
800-922-4622
www.aphasia.org

National Association for Home Care
228 Seventh St. S.E.
Washington, DC 20003
202-547-7424
www.nahc.org

National Association for Visually Handicapped
22 W. 21st St., Sixth Floor
New York, NY 10010
800-677-9965 or 212-889-3141
www.navh.org

National Association of the Deaf
814 Thayer Ave.
Silver Spring, MD 20910-4500
301-587-1788
www.nad.org

National Ataxia Foundation
2600 Fernbrook Lane, Suite 119
Minneapolis, MN 55447
763-553-0020
www.ataxia.org

National Brain Tumor Foundation
414 13th St., Suite 700
Oakland, CA 94612-2603
800-934-2873 or 510-839-9777
www.braintumor.org

National Cancer Institute
National Institutes of Health
6116 Executive Blvd., MSC 8322
Bethesda, MD 20892-8322
800-422-6237
www.cancer.gov

National Center for Complementary and Alternative Medicine
National Institutes of Health
P.O. Box 7923
Gaithersburg, MD 20898
888-644-6226 or 301-519-3153
www.nccam.nih.gov

National Chronic Pain Outreach Association
P.O. Box 274
Millboro, VA 24460-9606
540-862-9437

National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information
P.O. Box 2345
Rockville, MD 20847-2345
800-729-6686 or 301-468-2600
www.health.org

National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information
300 C St. S.W.
Washington, DC 20447
800-394-3366 or 703-385-7565
www.calib.com/nccanch

National Clearinghouse on Families and Youth
P.O. Box 13505
Silver Spring, MD 20911-3505
301-608-8098
www.ncfy.com

National Coalition for Cancer Survivorship
1010 Wayne Ave., Suite 770
Silver Spring, MD 20910
301-650-9127
www.canceradvocacy.org

National Council on Alcoholism and Drug Dependence
20 Exchange Place, Suite 2902
New York, NY 10005-3201
800-622-2255 or 212-269-7797
www.ncadd.org

National Depressive and Manic-Depressive Association
730 N. Franklin St., Suite 501
Chicago, IL 60610-7204
800-826-3632 or 312-642-0049
www.ndmda.org

National Diabetes Information Clearinghouse
National Institutes of Health
1 Information Way
Bethesda, MD 20892-3560
800-860-8747 or 301-654-3327
www.niddk.nih.gov/health/diabetes/diabetes.htm

National Digestive Diseases Information Clearinghouse
National Institutes of Health
2 Information Way
Bethesda, MD 20892-3570
800-891-5389 or 301-654-3810
www.niddk.nih.gov/health/digest/digest.htm

National Down Syndrome Society
666 Broadway, Eighth Floor
New York, NY 10012-2317
800-221-4602 or 212-460-9330
www.ndss.org

National Eye Institute
National Institutes of Health
2020 Vision Place
Bethesda, MD 20892-3655
301-496-5248
www.nei.nih.gov

National Federation of the Blind
1800 Johnson St.
Baltimore, MD 21230
410-659-9314
www.nfb.org

National Headache Foundation
428 W. St. James Place, Second Floor
Chicago, IL 60614-2750
888-643-5552 or 773-388-6399
www.headaches.org

National Health Information Center
P.O. Box 1133
Washington, DC 20013-1133
800-336-4797 or 301-565-4167
www.health.gov

National Heart, Lung and Blood Institute
National Institutes of Health
P.O. Box 30105
Bethesda, MD 20824-0105
800-575-9355 or 301-592-8573
www.nhlbi.nih.gov

National Hemophilia Foundation
116 W. 32nd St., 11th Floor
New York, NY 10001
800-424-2634 or 212-328-3700
www.hemophilia.org

National Herpes Resource Center
American Social Health Association
P.O. Box 13827
Research Triangle Park, NC 27709
919-361-8400
www.ashastd.org

National Hospice and Palliative Care Organization
1700 Diagonal Road, Suite 625
Alexandria, VA 22314
703-837-1500
www.nhpco.org

National Human Genome Research Institute
National Institutes of Health
Building 31, Room 4B09
31 Center Drive, MSC 2152
9000 Rockville Pike
Bethesda, MD 20892-2152
301-402-0911
www.genome.gov

National Information Center for Children and Youth With Disabilities
P.O. Box 1492
Washington, DC 20013
800-695-0285
www.nichcy.org

National Institute for Occupational Safety and Health
4676 Columbia Parkway, MSC 13
Cincinnati, OH 45226
800-356-4674 or 513-533-8466
www.cdc.gov/niosh

National Institute of Allergy and Infectious Diseases
National Institutes of Health
Building 31, Room 7A50
31 Center Drive, MSC 2520
Bethesda, MD 20892-2520
301-496-5717
www.niaid.nih.gov

National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases
National Institutes of Health
Building 31, Room 4C05
31 Center Drive, MSC 2350
Bethesda, MD 20892-2350
877-226-4267 or 301-496-8190
www.niams.nih.gov

National Institute of Child Health and Human Development
National Institutes of Health
Building 31, Room 2A32
31 Center Drive, MSC 2425
Bethesda, MD 20892-2425
800-370-2943 or 301-496-5133
www.nichd.nih.gov

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases
National Institutes of Health
Building 31, Room 9A04
31 Center Drive, MSC 2560
Bethesda, MD 20892-2560
301-496-3583
www.niddk.nih.gov

National Institute of Environmental Health Sciences
National Institutes of Health
111 Alexander Drive
Research Triangle Park, NC 27709
919-541-3345
www.niehs.nih.gov

National Institute of General Medical Sciences
National Institutes of Health
45 Center Drive, MSC 6200
Bethesda, MD 20892-6200
301-496-7301

www.nigms.nih.gov

National Institute of Mental Health
National Institutes of Health
6001 Executive Blvd., MSC 9663
Bethesda, MD 20892-9663
301-443-4513
www.nimh.nih.gov

National Institute on Aging
National Institutes of Health
Building 31, Room 5C27
31 Center Drive, MSC 2292
Bethesda, MD 2089-2292
301-496-1752
www.nia.nih.gov

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
National Institutes of Health
Willco Building
6000 Executive Blvd., MSC 7003
Bethesda, MD 20892-7003
301-443-3860
www.niaaa.nih.gov

National Institute on Deafness and Other Communication Disorders
National Institutes of Health
31 Center Drive, MSC 2320
Bethesda, MD 20892-2320
800-241-1004 or 301-496-7243
www.nidcd.nih.gov

National Institute on Drug Abuse
National Institutes of Health
6001 Executive Blvd., MSC 9561
Bethesda, MD 20892-9561
301-443-1124
www.drugabuse.gov

National Institutes of Health
31 Center Drive, MSC 2320
Bethesda, MD 20892-2320
800-241-1004 or 301-496-4000
www.nih.gov

National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse
National Institutes of Health
3 Information Way
Bethesda, MD 20892-3580
800-891-5390 or 301-654-4415
www.niddk.nih.gov/health/kidney/kidney.htm

National Kidney Foundation
30 E. 33rd St., Suite 1100
New York, NY 10016
800-622-9010 or 212-889-2210
www.kidney.org

National Library of Medicine
8600 Rockville Pike
Bethesda, MD 20894
888-346-3656 or 594-5983
www.nlm.nih.gov

National Mental Health Association
2001 N. Beauregard St., 12th Floor
Alexandria, VA 22311
800-969-6642 or 703-684-7722
www.nmha.org

National Neurofibromatosis Foundation
95 Pine St., 16th Floor
New York, NY 10005
800-323-7938 or 212-344-6633
www.nf.org

National Oral Health Information Clearinghouse
National Institutes of Health
1 NOHIC Way
Bethesda, MD 20892-3500
301-402-7364
www.nohic.nidcr.nih.gov

National Organization for Rare Disorders
55 Kenosia Ave.
P.O. Box 1968
Danbury, CT 06813-1968
800-999-6673 or 203-744-0100
www.rarediseases.org

National Osteoporosis Foundation
1232 22nd St. N.W.
Washington, DC 20037-1292
800-223-9994 or 202-223-2226
www.nof.org

National Parkinson Foundation
Bob Hope Parkinson Research Center
Bob Hope Road
1501 N.W. Ninth Ave.
Miami, FL 33136-1494
800-327-4545 or 305-547-6666
www.parkinson.org

National Prevention Information Network
Centers for Disease Control and Prevention
P.O. Box 6003
Rockville, MD 20849-6003
800-458-5231 or 301-562-1098
www.cdcnpin.org

National Psoriasis Foundation
6600 S.W. 92nd Ave., Suite 300
Portland, OR 97223-7195
800-723-9166 or 503-244-7404
www.psoriasis.org

National Rehabilitation Information Center
4200 Forbes Blvd., Suite 202
Lanham, MD 20706
800-346-2742 or 301-459-5900
www.naric.com

National Resource Center on Homelessness and Mental Illness
Policy Research Associates
345 Delaware Ave.
Delmar, NY 12054
800-444-7415 or 518-439-7415
www.nrchmi.com

National Sleep Foundation
1552 K St. N.W., Suite 500
Washington, DC 20005
202-347-3471, extension 205
www.sleepfoundation.org

National Spinal Cord Injury Association
6701 Democracy Blvd., Suite 300-9
Bethesda, MD 20817
800-962-9629 or 301-588-6959
www.spinalcord.org

National Stroke Association
9707 E. Easter Lane
Englewood, CO 80112-3747
800-787-6537 or 303-649-9299
www.stroke.org

National Sudden Infant Death Syndrome
Resource Center
2070 Chain Bridge Road, Suite 450
Vienna, VA 22182
703-821-8955
www.sidscenter.org

National Women's Health Information Center
8550 Arlington Blvd., Suite 300
Fairfax, VA 22031
800-994-9662 or 703-560-6618
www.4woman.org

Neurological Institute of Neurological Disorders and Stroke
National Institutes of Health
P.O. Box 5801
Bethesda, MD 20824
800-352-9424
www.ninds.nih.gov

Office of Research on Women's Health
National Institutes of Health
Building 1, Room 201
9000 Rockville Pike
Bethesda, MD 20892-0161
301-402-1770
www4.od.nih.gov/orwh

Office on Smoking and Health
Centers for Disease Control and Prevention
Publications, MS K-50
4770 Buford Highway N.E.
Atlanta, GA 30341-3717
800-232-1311 or 770-488-5705
www.cdc.gov/tobacco

Oldways Preservation and Exchange Trust
266 Beacon St.
Boston, MA 02116
617-421-5500
www.oldwayspt.org

Osteoporosis and Related Bone Diseases National Resource Center
National Institutes of Health
1232 22nd St. N.W.
Washington, DC 20037-1292
800-624-2663 or 202-223-0344
www.osteo.org

Paget Foundation
120 Wall St., Suite 1602
New York, NY 10005-4001
800-237-2438 or 212-509-5335
www.paget.org

Parkinson's Disease Foundation
William Black Medical Building
Columbia-Presbyterian Medical Center
710 W. 168th St.
New York, NY 10032-9982
800-457-6676 or 212-923-4700
www.pdf.org

President's Council on Physical Fitness and Sports
Department W
200 Independence Ave. S.W., Room 738-H
Washington, DC 20201-0004
202-690-9000
www.fitness.gov

Prevent Blindness America
500 E. Remington Road
Schaumburg, IL 60173
800-331-2020 or 847-843-2020
www.preventblindness.org

Scleroderma Foundation
12 Kent Way, Suite 101
Byfield, MA 01922
800-722-4673 or 978-463-5843
www.scleroderma.org

Sickle Cell Disease Association of America
200 Corporate Point, Suite 495
Culver City, CA 90230-8727
800-421-8453 or 310-216-6363
www.sicklecelldisease.org

Sjogren's Syndrome Foundation
8120 Woodmont Ave., Suite 530
Bethesda, MD 20814
800-475-6473 or 301-718-0300
www.sjogrens.org

Skin Cancer Foundation
245 Fifth Ave., Suite 1403
New York, NY 10016
800-754-6490 or 212-725-5176
www.skincancer.org

Society for Healthcare Consumer Advocacy
1 N. Franklin St.
Chicago, IL 60606
312-422-3726
www.shca-aha.org

Spina Bifida Association of America
4590 MacArthur Blvd. N.W., Suite 250
Washington, DC 20007-4226
800-621-3141 or 202-944-3285
www.sbaa.org

Stuttering Foundation of America
3100 Walnut Grove Road, Suite 603
P.O. Box 11749
Memphis, TN 38111-0749
800-992-9392 or 901-452-7343
www.stutteringhelp.org

Substance Abuse and Mental Health Services Administration
5600 Fishers Lane
Rockville, MD 20857
301-443-4795
www.samhsa.gov

Thyroid Foundation of America
410 Stuart St.
Boston, MA 02116
800-832-8321 or 617-534-1500
www.allthyroid.org

Tourette Syndrome Association
42-40 Bell Blvd.
Bayside, NY 11361
718-224-2999
www.tsa-usa.org

Transplant Recipients International Organization
2117 L St. N.W., Suite 353
Washington, DC 20037
800-874-6386 or 202-293-0980
www.trioweb.org

Tuberous Sclerosis Alliance
801 Roeder Road, Suite 750
Silver Spring, MD 20910
800-225-6872 or 301-562-9890
www.tsalliance.org

United Ostomy Association
19772 MacArthur Blvd., Suite 200
Irvine, CA 92612-2405
800-826-0826 or 949-660-8624
www.uoa.org

United Seniors Health Council
409 3rd St. S.W., Suite 200
Washington, DC 20024
202-479-6973
www.unitedseniorshealth.org

Us Too! International
Prostate Cancer Education and Support
5003 Fairview Ave.
Downers Grove, IL 60515
800-808-7866 or 630-795-1002
www.ustoo.org

Vision Community Services
23A Elm St.
Watertown, MA 02472
617-926- 4232
www.mablind.org

Visiting Nurse Associations of America
11 Beacon St., Suite 910
Boston, MA 02108
617-523-4042
www.vnaa.org

Weight-Control Information Network
National Institutes of Health
1 WIN Way
Bethesda, MD 20892-3665
877-946-4627 or 202-828-1025
www.niddk.nih.gov/health/nutrit/nutrit.htm

Women's Sports Foundation
Eisenhower Park
East Meadow, NY 11554
800-227-3988 or 516-542-4700
www.womenssportsfoundation.org

World Health Organization
2 United Nations Plaza
DC-2 Building, Rooms 0956 to 0976
New York, NY 10017
212-963-3952
www.who.int

Y-Me
National Organization for Breast Cancer Information and Support
212 W. Van Buren, Suite 500
Chicago, IL 60607
800-221-2141 or 312-986-8338
www.y-me.org



Index

Paginile numerotate cu ***italice*** indică ilustraţii.

Paginile numerotate cu *italice* indică ilustraţii.

B

Paginile numerotate cu ***italice*** indică ilustraţii.

Paginile numerotate cu ***italice*** indică ilustraţii.

Paginile numerotate cu ***italice*** indică ilustrații.

Paginile numerotate cu *italice* indică ilustraţii.

D

Paginile numerotate cu *italice* indică ilustrații.

Paginile numerotate cu ***italice*** indică ilustrații.

Paginile numerotate cu *italice* indică ilustrații.

F

G

Paginile numerotate cu ***italice*** indică ilustrații.

H

Paginile numerotate cu *italice* indică ilustrații.

I

Paginile numerotate cu ***italice*** indică ilustraţii.

Î

J

K

L

Paginile numerotate cu ***italice*** indică ilustraţii.

Paginile numerotate cu *italice* indică ilustrații.

Paginile numerotate cu ***italice*** indică ilustraţii.

N

Paginile numerotate cu ***italice*** indică ilustraţii.

O

P

Paginile numerotate cu ***italice*** indică ilustraţii.

Q

R

regimuri restrictive, 42, 46-48

S

Paginile numerotate cu ***italice*** indică ilustrații.

Paginile numerotate cu *italice* indică ilustrații.

Paginile numerotate cu ***italice*** indică ilustraţii.

Ș

T

Paginile numerotate cu ***italice*** indică ilustrații.

Ț

U

V

W

X

Y

Z

CLINICA MAYO GHIDUL SĂNĂTĂŢII FAMILIEI

Ediţia a 3-a Complet revizuită şi adăugită

Folosindu-se de cunoştinţele şi experienţa a peste 2 000 de medici şi alţi specialişti din cadrul Clinicii Mayo, această carte revizuită cu meticulozitate cuprinde informaţii vitale pentru o stare de sănătate mai bună.



De la prevenire la tratament, de la perioada de nou-născut la bătrâneţe, acest ghid cuprinzător de sănătate pentru întreaga familie oferă informaţii sigure şi uşor de înţeles, pe care vă puteţi baza, structurate în şase secţiuni.

I Să trăim corect
Sfaturi practice şi abordări testate pentru o viaţă sănătoasă.

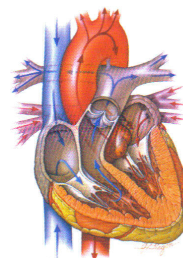
II Afecţiuni şi îngrijorări frecvente de-a lungul stadiilor vieţii
Perioada de nou-născut, anii copilăriei, adolescenţei, maturităţii şi bătrâneţii.



III Interpretarea semnelor şi a simptomelor
Cauze posibile care vă provoacă boala.

IV Primul ajutor şi îngrijirea de urgenţă
Metode pe care le puteţi aplica în diferite situaţii de urgenţă.

V Boli şi tulburări
Informaţii detaliate despre afecţiunile care vă îngrijorează cel mai mult.



VI Teste şi tratamente
Ghidul dumneavoastră privind cele mai noi proceduri medicale.

NOU! Această a treia ediţie a fost atent revizuită şi include informaţii noi privind vaccinările, tulburările genetice, sănătatea sânilor, tulburări ale somnului, controlul durerilor, medicina complementară şi alternativă, probleme legate de deces şi altele.

De asemenea, veţi găsi:

Un ghid al medicamentelor care cuprinde descrierile a peste 500 de medicamente eliberate cu sau fără reţetă.
O secţiune de 40 de pagini color care vă ajută să înţelegeţi mai bine anatomia umană.
Un glosar cu explicaţia a peste 1 000 de termeni medicali importanţi.
O listă cu alte surse adiţionale de informaţie.
Un index bine alcătuit care să vă ajute să găsiţi extrem de repede ceea ce căutaţi.
Şi multe altele.



Pentru informaţii recente legate de sănătate, vizitaţi site-ul Clinicii Mayo de pe internet: www.MayoClinic.com



ISBN 973-571-646-1

